



Association des retraitées
et retraités de l'éducation
et des autres services
publics du Québec CSQ

**Mémoire présenté au Secrétariat aux aînés
du ministère de la Famille**

**Pour une action gouvernementale
respectueuse des personnes âgées**

**Par l'AREQ (CSQ), Association des
retraitées et retraités de l'éducation et des
autres services publics du Québec**

Octobre 2017

Coordonnées

AREQ (CSQ), Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec
320, rue St-Joseph Est, bureau 100
Québec (Québec) G1K 9E7
418 525-0611
1 800 663-2408
Courriel : info@areq.lacsq.org
Site Internet : www.areq.lacsq.org

Présentation de l'AREQ

L'AREQ (CSQ), Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec, représente plus de 58 000 membres dont la moyenne d'âge est de 68 ans. Plus des deux tiers de nos membres sont des femmes.

L'AREQ a été fondée en 1961 par Mme Laure Gaudreault, militante du milieu de l'enseignement. Son principal objectif était de rehausser le revenu du personnel enseignant retraité qui vivait alors dans une extrême pauvreté. Depuis, l'Association a élargi sa mission. Elle consacre ses énergies à promouvoir et à défendre les intérêts et les droits culturels, sociaux et économiques de ses membres et des personnes âgées afin de contribuer à la réalisation d'une société égalitaire, démocratique, solidaire et pacifiste. De plus, l'AREQ intègre dans sa mission le principe de l'égalité de droit et de fait entre les femmes et les hommes.

L'Association œuvre essentiellement au Québec par ses structures nationale, régionale et sectorielle, qui lui permettent d'être présente dans toutes les régions et les municipalités du Québec. Elle regroupe, sur une base volontaire, des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec et de ses syndicats affiliés. Au sein de l'AREQ, on compte dix régions regroupant 88 secteurs qui se sont dotés de nombreux comités de travail touchant une multitude de sujets tels que les soins de santé, l'hébergement des personnes âgées, l'âgisme, les régimes de retraite, le pouvoir d'achat des personnes âgées et l'environnement.

L'AREQ constitue en outre la plus importante association de personnes retraitées de l'État. La majorité de ses membres sont prestataires du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

Présidente : Lise Lapointe
Direction : Dominic Provost
Coordination : Ginette Plamondon
Recherche, analyse et rédaction :
Ginette Plamondon, Tommy Bureau-Boulé et Johanne Freire
Édition et révision : Lucie Archambault et Nathalie Dion

Pour une action gouvernementale respectueuse des personnes âgées

En 2012, le gouvernement du Québec a lancé la politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Elle était accompagnée d'un plan d'action pour la période 2012-2017. Le gouvernement mène actuellement une consultation en vue de l'élaboration d'un second plan d'action qui s'étendra jusqu'en 2023. L'AREQ tient à prendre part à cette consultation afin de faire valoir les attentes de ses membres et de l'ensemble des personnes âgées du Québec.

D'entrée de jeu, nous tenons à signifier notre déception face aux modalités retenues dans le cadre de cette consultation. Avec plusieurs autres associations de défense de droit des personnes âgées, nous avons milité pour la tenue d'états généraux sur les conditions de vie des aînés. Nous croyons que cette approche permettrait un réel exercice démocratique où l'ensemble des intervenants et des milieux concernés pourraient faire valoir leur vision quant aux priorités que devrait adopter le gouvernement pour les prochaines années au regard des conditions de vie des aînés. Nous déplorons que, malgré le dépôt d'une pétition signée par 15 000 personnes, le gouvernement ait refusé d'élargir cet exercice consultatif pour permettre à un plus grand nombre d'acteurs sociaux de s'exprimer : le monde de l'éducation et de la santé, les proches aidants, le milieu communautaire, les associations de personnes âgées, les milieux patronal et syndical sont aussi interpellés par les conditions de vie des aînés.

Nous tenons également à insister sur l'importance, voire la nécessité, que le gouvernement procède régulièrement à une évaluation du futur plan d'action. Un bilan des réalisations du plan précédent a été publié. Celui-ci ne portait que sur des indicateurs de mise en œuvre et ne donnait aucune information sur les impacts réels des actions menées. Nous croyons qu'il est essentiel qu'un bilan de l'état de progression de la réalisation des engagements gouvernementaux soit mené. De plus, au-delà de la mesure de la mise en œuvre des actions annoncées, il importe d'évaluer les effets réels entraînés par les gestes posés par les autorités gouvernementales. Cet exercice est essentiel pour réajuster, au besoin, l'intensité et la qualité des interventions destinées aux aînés.

Le document de consultation soumis par le Secrétariat aux aînés cible trois orientations, sept thèmes et 32 questions qui abordent divers aspects des conditions de vie des aînés. Bien que nous reconnaissons la pertinence des thèmes identifiés, nous constatons que deux sujets qui ont un impact déterminant sur les conditions de vie des aînés ne sont pas abordés directement par cette consultation : les services de santé et sociaux ainsi que la pauvreté des aînés sont absents. Nous déplorons vivement cette situation. Pour notre part, nous croyons qu'il est primordial d'alerter le gouvernement sur ces questions qui constitueront des enjeux importants pour les aînés au cours des prochaines années. Plusieurs de nos recommandations porteront sur ces deux aspects.

Le présent mémoire soumet nos recommandations au gouvernement sur les enjeux des conditions de vie des aînés que nous jugeons les plus importants pour assurer la dignité des personnes aînées. Nous insistons d'abord sur une valeur qui nous apparaît de première importance et qui devrait guider l'ensemble des gestes posés par le gouvernement à l'intention des aînés, soit le respect. Nous faisons ensuite valoir la nécessité de veiller à ce que le second plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble adopte les mécanismes nécessaires pour assurer la prise en compte des spécificités propres à toutes les personnes aînées, quel que soit leur sexe, leur origine ou leur orientation sexuelle.

Nous attirons également l'attention du gouvernement sur un élément qui est fondamental pour les aînés : un réel accès à des services sociaux et de santé publics, universels et de qualité. Nous en appelons à une action urgente afin d'éliminer toute barrière qui priverait les aînés de l'exercice de leur droit à des services de santé de qualité et adaptés à leur besoin.

Le milieu de vie constitue un ancrage important pour les personnes aînées. Nous présentons plusieurs recommandations qui visent à permettre aux aînés à pouvoir demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible malgré une éventuelle perte d'autonomie. Nous poursuivons avec des recommandations visant à assurer un niveau de vie décent aux aînés, une condition nécessaire à leur dignité. Enfin, nous insistons sur les enjeux propres aux aînés en matière de développement durable et d'équité intergénérationnelle.

1. Le respect des aînés : une valeur à promouvoir

Pour l'AREQ, le respect des personnes aînées constitue une valeur phare qui doit guider l'ensemble de l'action gouvernementale. Régulièrement, nous sommes témoins de situations où les choix des aînés sont bafoués. Pensons notamment au respect du choix du domicile. La plupart des aînés souhaitent demeurer dans leur domicile le plus longtemps possible malgré une perte d'autonomie. Pourtant, nombre d'entre eux sont contraints de déménager en raison de la faiblesse, voire de l'absence, de services et de soins offerts dans leur domicile.

C'est également un manque de respect que vivent les couples qui sont séparés lors du déménagement d'un des membres de ce couple en raison de problèmes de santé. Cette séparation brutale, qui survient après de nombreuses années de vie commune, est imposée en raison de contraintes structurelles et financières et constitue un réel manque de respect du choix de vie de milliers d'aînés.

Actuellement, on retrouve au Québec deux visions dominantes au regard du vieillissement. La première présente le vieillissement de façon négative, stéréotypée et stigmatisante : on parle de péril gris, de tsunami, etc. La seconde promeut le vieillissement actif et en santé. Cette vision, bien qu'optimiste à certains égards, laisse de côté toutes les personnes aînées en perte d'autonomie et vulnérables. Dans ces deux perspectives, le respect des choix des aînés, de leur réalité et de leurs besoins est trop souvent absent.

C'est pourquoi nous croyons fermement que toutes les actions qui seront retenues à l'intérieur du prochain plan d'action gouvernemental sur les aînés doivent être basées sur le respect des personnes aînées, quelle que soit leur condition ou leur choix. Les aînés contribuent à la société québécoise et cet apport doit être reconnu. Nous endossons l'adage qui veut qu'une société doit être jugée sur la manière dont elle traite ses aînés, incluant les plus vulnérables d'entre eux.

En conséquence, nous recommandons de :

Faire du respect des aînés une valeur phare qui guidera le deuxième plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble afin que toute personne aînée, quel que soit son état de santé, soit présentée comme une richesse pour la société.

2. Un plan d'action qui prend en compte les spécificités de toutes et de tous

2.1 Les hommes et les femmes aînées : des réalités distinctes

Nombre d'études le confirment : les conditions de vie des femmes et des hommes aînés se distinguent à plusieurs points de vue. Les femmes, pour leur part, connaissent une espérance de vie plus longue que les hommes. Par contre, plusieurs de ces années supplémentaires seront vécues dans un état de santé difficile. Conjugué au fait que les femmes aînées doivent vivre avec des revenus plus faibles que ceux des hommes, il devient crucial pour elles d'avoir accès, notamment, à des services de santé publics de qualité. De plus, une plus large part des revenus des femmes aînées que celui des hommes aînés provient des régimes publics de retraite. Toute modification à ces régimes de revenu entraîne donc des impacts différents sur les femmes et les hommes aînés.

De leur côté, les hommes aînés composent aussi avec des conditions de vie qui leur sont spécifiques. Dans le cadre du projet de recherche *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services*¹, l'équipe de recherche de Gilles Tremblay, directeur de l'École de service social de l'Université Laval, présente de façon approfondie les spécificités des hommes québécois qui méritent une attention particulière. On y décrit notamment, les difficultés plus importantes que les hommes semblent malheureusement avoir encore aujourd'hui à adopter de saines habitudes de vie, à consulter des ressources professionnelles de la santé et tout simplement à reconnaître les difficultés qu'ils vivent au quotidien.

Ces difficultés semblent, selon la recherche, être exacerbées lorsque les hommes adhèrent de façon plus importante au modèle de la masculinité traditionnelle, adhésion que nous pouvons deviner plus importante chez les hommes aînés.

Dans son plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes 2017-2022², le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît le besoin de mieux former les

¹ <http://www.perceptions.svs.ulaval.ca/>

² <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001952/>

professionnels de la santé dans leur intervention auprès des hommes. Il prévoit également augmenter le soutien et le financement aux organismes communautaires offrant des services spécifiques aux hommes puis reconnaît que les hommes âgés vivent des réalités spécifiques moins connues et énonce une intention de mettre l'emphase sur la recherche concernant leurs réalités.

Ces différences se doivent absolument d'être prises en compte pour assurer une réponse adaptée aux besoins de chacune et de chacun.

En conséquence, nous souhaitons que tout soit mis en œuvre pour :

Appliquer une analyse différenciée selon les sexes lors des travaux d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du second plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble.

2.2 Les personnes âgées immigrantes

La situation des âgés immigrants et particulièrement des femmes immigrantes âgées, présente des réalités qui leur sont propres et qui peuvent constituer des facteurs de risque, notamment au regard de la maltraitance. À titre d'exemple, rappelons que très souvent les âgés immigrants ne bénéficient d'aucun revenu de retraite puisqu'ils n'ont pas travaillé, ou alors pendant peu de temps, au Québec ou au Canada. Ils ne se qualifient donc pas aux régimes de soutien du revenu comme la Pension de la sécurité de vieillesse, le Supplément de revenu garanti ou le Régime de rentes du Québec. Ils ne sont pas davantage admissibles pour l'aide sociale à partir de 65 ans. Plusieurs dépendront de leurs enfants ou de leurs proches pour subvenir à leurs besoins, ce qui les rend particulièrement vulnérables à des situations de maltraitance.

De plus, leurs difficultés à intégrer le marché du travail en raison de l'âgisme dont fait preuve la société québécoise à l'égard des travailleurs âgés, alliées au fait que certains d'entre eux possèdent une moins bonne maîtrise de la langue française, réduiront leur possibilité d'intégration à la société d'accueil et les maintiendront dans une situation d'isolement.

C'est pourquoi nous recommandons de :

Hausser le financement des organismes de soutien aux personnes âgées immigrantes et de sensibiliser les intervenants du milieu de la santé et des services sociaux aux réalités particulières des immigrants âgés.

2.3 Les personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres

Nous souhaitons également attirer l'attention sur la situation des aînés appartenant à des minorités sexuelles. Durant toute leur vie, les personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres (LGBT), ont dû se battre pour faire reconnaître leurs droits et contrer la discrimination dont elles étaient victimes. Au Canada, ce n'est qu'en 1969 que l'homosexualité a cessé d'être considérée comme un crime. Les aînés d'aujourd'hui ont dû affronter la réprobation sociale afin d'obtenir les mêmes droits que n'importe quel citoyen. Ces aînés ont vécu l'intolérance et l'intimidation.

Au moment où ils arrivent à la vieillesse, plusieurs craignent de revivre ces situations dans de nouveaux milieux de vie tels que les résidences privées pour personnes âgées ou en milieu d'hébergement. De plus, ils anticipent que les aînés soient plus homophobes que la population en général et s'inquiètent du risque de manque de respect à leur égard.

Il nous apparaît que le prochain plan d'action devrait s'inspirer des principes de la Charte de la bientraitance envers les personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires que propose la Fondation Émergence³. Cette charte préconise, notamment, que toute personne âgée LGBT soit assurée d'un traitement égalitaire exempt de toute manifestation homophobe et transphobe. Elle propose également que les mesures nécessaires soient prises pour que toutes les personnes qui interviennent auprès des personnes âgées LGBT fassent preuve d'une attitude positive à leur égard.

Nous recommandons donc que le prochain plan d'action veille à :

Adopter et mettre en œuvre la charte de la bientraitance proposée par la Fondation Émergence afin de garantir le respect des droits des personnes âgées issues de minorités sexuelles.

3. Pour des services sociaux et de santé publics, universels, de qualité et accessibles

L'accès à des services sociaux et de santé publics, universels, gratuits et de qualité constitue une priorité pour l'AREQ. Pendant des décennies, l'État a promis aux aînés qu'ils auraient accès aux services médicaux et sociaux dont ils pourraient avoir besoin au cours de leur vieillesse. Or, un aîné en perte d'autonomie ou atteint de maladies chroniques connaît actuellement nombre de difficultés pour obtenir les soins et les services que son état de santé requiert. Qu'il s'agisse des nouveaux frais accessoires, de l'accès à un médecin de famille ou à des soins spécialisés pour n'en nommer que quelques-uns, les aînés doivent quotidiennement composer avec d'importants obstacles pour accéder aux soins de santé.

³ FONDATION ÉMERGENCE. *Charte de la bientraitance envers les personnes âgées, gaies, bisexuelles et transidentitaires.*

https://www.fondationemergence.org/wp-content/uploads/2015/02/PQVSG-charte_bientraitance_vF.pdf

3.1 Les frais de stationnement : une nouvelle barrière à l'accessibilité

Dans le cadre de la présente consultation, nous souhaitons attirer l'attention du gouvernement sur les frais de stationnement qui, au cours des dernières années, ont pris une ampleur sans précédent. Les aînés dénoncent les coûts des stationnements situés à proximité des centres hospitaliers, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres de réadaptation. Pour nombre de personnes âgées, ces frais constituent une véritable barrière supplémentaire à l'accès aux services et contribuent à accentuer l'isolement des personnes âgées hospitalisées ou hébergées.

Au cours des dernières années, la plupart, sinon la totalité, des centres hospitaliers, des CHSLD, des CLSC et des centres de réadaptation ont augmenté de façon considérable les tarifs de leurs stationnements. Les aînés sont particulièrement affectés par ces hausses de coûts qu'ils doivent supporter lors d'une consultation médicale ou d'une visite d'un proche hébergé ou hospitalisé. Les conjoints et les membres de la famille sont contraints de réduire le nombre de leurs visites aux personnes hébergées en raison des coûts liés au stationnement qui représentent des sommes importantes. De plus, en milieu rural, ces frais ne peuvent être évités en raison de l'absence de transport en commun⁴.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux oblige les installations de santé à autofinancer leurs stationnements. Pourtant, plusieurs informations indiquent que les sommes recueillies dépassent les coûts d'entretien des stationnements. Ceux-ci deviennent alors des sources de financement utilisées pour pallier au manque de ressources financières⁵. Les usagers sont alors contraints de contribuer au financement du réseau de la santé de manière inéquitable.

En conséquence, nous recommandons de :

Obliger les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à fixer des tarifs raisonnables pour les stationnements situés à proximité des centres hospitaliers, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres locaux de services communautaires et des centres de réadaptation.

3.2 Frais accessoires : une nouvelle génération?

Depuis janvier 2017, les frais médicaux accessoires aux services médicaux assurés par la Loi sur l'assurance maladie sont interdits au Québec. La modification législative adoptée en novembre 2015 a cependant créé une nouvelle exception : des frais pour le transport d'échantillons biologiques sont dorénavant permis. Ces frais ajoutent une autre barrière à l'accès aux soins pour plusieurs aînés.

⁴ Pétition relative aux frais de stationnement dans les établissements de santé.

<https://www.assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-6219/index.html>

⁵ PONTBRIAND, Marie-Maude. Des millions de profit pour les stationnements d'hôpitaux. Radio-Canada, 22 février 2016. <http://beta.radio-canada.ca/nouvelle/766508/chu-profits-stationnement-hopitaux>

Nous avons milité avec d'autres organismes de défense de droits des personnes âgées pour obtenir l'abolition des frais accessoires qui empêchaient les âgés d'avoir accès aux soins de santé que requerrait leur état de santé. Nous nous sommes réjouis de leur abolition. Toutefois, nous sommes inquiets du pouvoir réglementaire accordé au ministère de la Santé et des Services sociaux qui lui permet d'ajouter d'autres exceptions à l'interdiction des frais accessoires. La vigilance demeure de mise.

En outre, nous observons que depuis l'interdiction des frais accessoires, de nouvelles pratiques émergent dans certains milieux médicaux et en pharmacie. Des examens préopératoires non remboursés par la Régie d'assurance maladie du Québec et autrefois considérés comme optionnels sont maintenant présentés comme étant obligatoires. Des cas de ce type sont déclarés notamment pour le traitement des cataractes, un problème de santé relativement fréquent chez les personnes âgées. Divers services qui étaient auparavant offerts en milieu hospitalier ont été transférés aux pharmacies. Cette nouvelle façon de rendre les services s'accompagne de nouveaux frais qui peuvent représenter des sommes importantes.

L'AREQ souhaite donc que le prochain plan d'action veille à :

Éliminer les frais de transport des échantillons biologiques et à interdire tout nouveau frais accessoires.

3.3 Optilab : une centralisation excessive

Le 1^{er} avril 2017, entré en vigueur Optilab, une nouvelle organisation des services de laboratoires médicaux. Auparavant répartis dans les différents centres hospitaliers sur l'ensemble du territoire québécois, cette réorganisation a pour effet de centraliser les activités d'analyses de laboratoire dans onze points de services. Cette réorganisation intervient au moment où de nouveaux frais de transport des prélèvements des échantillons biologiques sont autorisés.

Les âgés s'inquiètent des frais et des risques entraînés par cette centralisation sur le plan de la sécurité, de la fiabilité et de la traçabilité des échantillons prélevés. Diverses situations vécues au cours des derniers mois ont illustré les difficultés liées au transport de prélèvements biologiques sur de longues distances, en région éloignée et lors de conditions météorologiques difficiles⁶.

De plus, certains centres hospitaliers sont préoccupés par la perte d'expertise dans les laboratoires régionaux. La réduction du personnel affecté à ces laboratoires régionaux a aussi généré des pertes de revenus importantes dans plusieurs régions du Québec et entraîné une augmentation significative des délais d'analyse des prélèvements.

⁶ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Centralisation des laboratoires médicaux : la lutte contre Optilab se poursuit*. <http://www.lacsg.org/publications/nouvelles-csg/automne-2016/sante/optimisee-mobile/single/news/centralisation-des-laboratoires-medicaux-la-lutte-contre-optilab-se-poursuit/>

Tous ces éléments inquiètent vivement les personnes âgées et nuisent à la dispensation de soins de santé de qualité et adaptés à leurs besoins.

C'est pourquoi l'AREQ recommande de :

Veiller à tout mettre en œuvre pour assurer la sécurité, la fiabilité et la traçabilité des prélèvements biologiques qui sont acheminés dans les laboratoires centralisés.

3.4 Accès à un médecin de famille

Au Québec, les médecins omnipraticiens constituent la clé de voûte de l'accès aux soins et aux services de santé. En plus de suivre leurs patients, ils assurent la coordination des soins et des services médicaux requis et constituent le point d'accès aux services médicaux spécialisés.

Nous considérons qu'il est absolument essentiel pour toute personne âgée d'être accompagnée par un médecin de famille. La qualité de la relation entre le médecin et son patient doit également être priorisée. S'il est nécessaire pour un aîné de pouvoir compter sur le soutien d'un médecin de famille, nous insistons également sur l'importance de l'établissement d'une relation d'écoute et de respect à l'égard des aînés. Les personnes âgées ont le droit et exigent d'être traitées de manière humaine dans leur relation avec leur médecin de famille.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, au nom du gouvernement du Québec, à ce que 85 % de la population québécoise ait accès à un médecin de famille au plus tard le 31 décembre 2017. Pourtant, à six mois de cette échéance, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec évalue qu'à peine 76,6 % de la population est inscrite dans la clientèle d'un médecin généraliste. De surcroît, des milliers de Québécois et de Québécoises sont inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille depuis plus d'un an mais sont toujours en attente⁷.

Considérant le rôle central des médecins omnipraticiens en matière de coordination des soins et d'accès à des services spécialisés, tous les aînés devraient se voir accorder un médecin de famille de manière urgente.

Nous recommandons que le gouvernement s'engage, dans le cadre du prochain plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble, à :

Mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'accès à un médecin de famille à toutes les personnes âgées du Québec dans les meilleurs délais.

⁷ LAMONTAGNE, Kathryne. Accès à un médecin de famille : Barrette encore loin de sa cible. *Le Journal de Québec*, 27 juin 2017.

<http://www.journaldequebec.com/2017/06/27/acces-aux-soins-la-cible-de-85-encore-loin>

3.5 Des soins de fin de vie de qualité et accessibles à tous

En décembre 2015, entré en vigueur au Québec, la Loi sur les soins de fin de vie. Issue d'une large consultation auprès de la population, des grandes corporations médicales ainsi que des intervenants des milieux scientifique, juridique et de la santé et des services sociaux, cette nouvelle législation garantit le droit à des soins de fin de vie de qualité tant en milieu institutionnel qu'à domicile. En 2015, le gouvernement s'est doté d'un plan pour le développement des soins palliatifs et de fin de vie jusqu'en 2020. Cet effort doit se poursuivre pour permettre à chaque personne d'obtenir des soins de qualité dans le milieu qu'elle choisit. Que ce soit à domicile, en centre hospitalier, en centre d'hébergement et de soins de longue durée ou en maison de soins palliatifs, toute personne en fin de vie doit pouvoir obtenir les soins que son état requiert.

En outre, le ministre de la Santé et des Services sociaux a récemment annoncé des démarches afin de préciser les modalités relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir. Il envisage, notamment, que l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes inaptes à consentir soit revu. Un comité d'experts désignés par le gouvernement sera chargé d'étudier la possibilité qu'une personne en fin de vie qui deviendrait inapte à consentir puisse recevoir l'aide médicale à mourir dans l'éventualité où elle aurait fait part de ce désir dans des directives médicales anticipées.

Cette question est d'une grande complexité au point de vue éthique. Le concept d'autonomie décisionnelle constitue l'ancrage des dispositions actuelles relatives à l'aide médicale à mourir. En élargir l'accès à des personnes en fin de vie qui ne sont plus aptes à décider si elles désirent toujours obtenir l'aide médicale à mourir implique des considérations éthiques différentes. Des risques de dérive sont présents. Dans l'éventualité où le gouvernement irait de l'avant avec cette intention, d'importantes balises devraient encadrer l'exercice de ce type de service médical.

En raison de la complexité et des enjeux éthiques liés à l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes inaptes à consentir, nous attendons du gouvernement qu'il prenne les moyens requis pour :

Mener une large consultation non partisane auprès de la population relativement à un éventuel élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes inaptes à consentir.

3.6 Aides auditives : pour un traitement équitable

Bien que toute personne, quel que soit son groupe d'âge, soit susceptible de connaître des problèmes auditifs, le vieillissement s'accompagne parfois d'une perte d'audition. Une telle situation entraîne des difficultés importantes pour la personne qui en est atteinte, notamment sur le plan des relations sociales et de la sécurité.

Diverses prothèses sont disponibles pour tenter de réduire les impacts négatifs liés à une diminution de l'acuité auditive. Une personne qui doit se procurer des aides auditives peut bénéficier d'un soutien financier du gouvernement. La Régie de

l'assurance maladie du Québec est responsable d'appliquer le Règlement sur les aides auditives et a adopté le programme d'aides auditives.

Ce programme prévoit un soutien qui varie en fonction de la situation des personnes qui déposent une demande d'aide⁸. Ainsi, pour les étudiants de moins de 19 ans et les travailleurs de 19 ans et plus, la Régie d'assurance maladie du Québec peut couvrir les frais encourus pour l'achat de deux prothèses auditives. Par contre, pour une personne de 19 ans et plus qui n'est pas au travail, une seule prothèse sera payée par la Régie d'assurance maladie du Québec⁹. Ainsi, les aînés qui, dans la très vaste majorité, se sont retirés du marché du travail, subissent un traitement différent qui les pénalise : ils ne peuvent obtenir qu'une seule prothèse auditive défrayée par la Régie d'assurance maladie du Québec. Doit-on déduire que, pour le gouvernement du Québec, la qualité de vie liée à une bonne audition est moins importante pour un aîné que pour un travailleur ou un étudiant?

Nous dénonçons cette situation. Rien ne justifie qu'une personne ne puisse bénéficier du même soutien financier au regard des aides auditives en raison du fait qu'elle n'est pas aux études ni au travail. Nombre de personnes aînées ne peuvent déboursier les frais liés à l'achat d'une seconde prothèse auditive, ce qui réduit largement leur qualité de vie et met en péril leur sécurité.

Pour ces motifs, nous recommandons de :

Rembourser le coût d'achat d'une seconde prothèse auditive à toute personne dont la santé auditive le nécessite, quel que soit son âge ou sa situation professionnelle.

3.7 La rémunération des médecins : un mode à revoir

Alors que l'on accuse le vieillissement de la population d'être responsable de la hausse des coûts du système de santé, les experts se tournent de plus en plus vers la rémunération des médecins pour expliquer une large part de cette augmentation. Les travaux menés par l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) ont tracé l'évolution de la rémunération moyenne des médecins québécois de 2004 à 2014. Il en ressort qu'au cours de cette période, le salaire des médecins spécialistes a connu une hausse de 66 % et celui des omnipraticiens de 54 %. Le salaire moyen d'un médecin québécois représente celui de près de huit personnes qui gagnent le salaire moyen au Québec.

Selon l'IRIS, cette hausse démesurée du salaire des médecins s'explique notamment par leur mode de rémunération : le paiement à l'acte. Les sommes consacrées par le gouvernement pour le salaire des médecins pèsent de plus en plus lourd sur les finances publiques. Les 7 milliards de dollars versés annuellement aux médecins équivalent aux budgets réunis de cinq ministères. Pourtant, malgré cette hausse de la

⁸ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. Programme d'aides auditives.

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aides-auditives/Pages/aides-auditives.aspx>

⁹ HALLUIN, Charles. Critères d'admissibilité de la RAMQ. Lobe.

<https://lobe.ca/non-classee/resume-des-criteres-dadmissibilite-de-la-ramq/>

rémunération des médecins, le nombre d'actes médicaux n'a pas augmenté de manière significative. Une diminution a même été observée chez les omnipraticiens à partir de 2009¹⁰.

Devant ces constats, nous considérons qu'une vaste réflexion s'impose quant au mode de rémunération des médecins. Nous sommes convaincus que, bien plus que le vieillissement de la population, la façon dont les médecins sont rémunérés constitue un enjeu pour l'avenir du système de santé et de services sociaux.

Nous recommandons donc de :

Mener une vaste réflexion sur le mode de rémunération des médecins afin de s'assurer que leur rémunération ne croisse pas à un rythme qui hypothèque les sommes disponibles pour la dispensation des soins et des services de santé.

4. Le milieu de vie : un ancrage essentiel à préserver

Le lieu où habite une personne âgée constitue un ancrage important. Pour un aîné, le fait de demeurer dans son domicile facilite le maintien des interactions sociales et une participation active à la société. La perte d'autonomie chez les personnes âgées entraîne des impacts majeurs sur le plan du domicile. Divers milieux de vie doivent alors devenir accessibles en fonction des besoins changeants des aînés.

4.1 Adaptation des domiciles

La plupart des aînés souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible même si leur santé décline. Lors d'une perte d'autonomie légère ou moyenne, des modifications à l'environnement physique du domicile deviennent nécessaires. Les coûts entraînés par ces adaptations peuvent parfois représenter des sommes qui dépassent les capacités financières de certains aînés. Une aide financière devient alors essentielle pour leur permettre de demeurer dans leur domicile.

Le gouvernement a adopté divers programmes d'aide financière et offre des crédits d'impôt pour soutenir l'adaptation des domiciles en raison d'une perte d'autonomie. Toutefois, ces aides sont très peu connues. Les nombreuses modalités d'accès à ces programmes et leur complexité font en sorte que peu de personnes âgées s'en prévalent.

Nous sommes convaincus que si les aînés étaient mieux informés des aides disponibles, ils seraient plus nombreux à s'en prévaloir. De même, les modalités d'accès à ces programmes devraient être revues afin d'en faciliter la compréhension par tous et toutes. L'accès à toute l'information nécessaire à un seul endroit constituerait une excellente façon de soutenir les aînés en perte d'autonomie qui doivent apporter des modifications à leur domicile.

¹⁰ HÉBERT, Guillaume (2016). *La rémunération des médecins québécois*. Institut de recherche et d'information socioéconomiques. <http://iris-recherche.qc.ca/publications/remuneration-medecins>

Nous recommandons que le prochain plan d'action prévoit de :

Mettre en place un guichet unique d'accès à l'information relative à l'aide disponible pour soutenir l'adaptation des domiciles et qu'il soit connu de l'ensemble de la population.

4.2 Résidences privées pour aînés

Le nombre de résidences privées pour aînés (RPA) a connu une hausse constante au cours des dernières années. Malgré l'intérêt que peut présenter ce type de résidence pour certaines personnes, leurs coûts élevés font en sorte que de nombreux aînés, surtout les femmes dont les revenus sont plus faibles, ne peuvent y avoir accès.

De plus, le Protecteur du citoyen a constaté que plusieurs de ces résidences inscrivent dans leurs baux des clauses qui contreviennent à la réglementation applicable. Ainsi, certains baux prévoient que le locateur peut résilier unilatéralement un bail et expulser un locataire, ce qui est illégal. D'autres accordent au locateur la permission de modifier de manière unilatérale le bail qui le lie au locataire.

L'encadrement réglementaire de ces résidences demeure également peu adapté à la réalité des personnes âgées et aux types de services qu'elles y reçoivent. À titre d'exemple, un résident d'une RPA qui désire porter une plainte doit s'adresser à la Régie du logement du Québec. Or, en raison du type de services et de soins que les personnes âgées reçoivent dans les résidences privées, il leur est extrêmement difficile d'exercer ce recours et les risques de représailles à leur endroit sont élevés¹¹.

En outre, un projet de règlement encadrant les RPA publié en 2015 apportait des modifications des plus préoccupantes sur le plan de la sécurité. Certaines dispositions y prévoyaient, notamment, que les services de surveillance pourraient être assurés par des résidents ou des bénévoles qui ne seraient pas contraints d'être sur place. Ces dispositions nous semblent extrêmement préoccupantes dans l'éventualité où un incendie éclaterait. Bien que ce projet de règlement ne soit pas entré en vigueur, ces modifications nous semblent porteuses d'un grave recul en matière de sécurité des aînés qui vivent dans des résidences destinées à des personnes âgées autonomes et semi-autonomes.

Nous croyons fermement que tout doit être mis en œuvre pour assurer la sécurité des personnes qui habitent dans les RPA. Nous appuyons les recommandations formulées par le Protecteur du citoyen à cet égard. Nous insistons notamment sur la nécessité que le gouvernement développe un guide qui explique, dans un langage clair et adapté, les droits et les obligations des locataires et des locateurs. De plus, nous souhaitons que les centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes soient désignés pour soutenir les personnes âgées qui désirent exercer un recours à l'encontre d'un locateur.

¹¹ PROTECTEUR DU CITOYEN (2016). Les résidences privées pour aînés : plus que de simples entreprises de location résidentielle. Québec.
https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2016-06-16_droit-aines-residences-privees.pdf

En conséquence, nous souhaitons que le prochain plan d'action voit à :

Prendre acte et assurer la mise en œuvre des recommandations du Protecteur du citoyen relativement aux résidences privées pour aînés, notamment rendre disponible un guide d'information destiné aux locataires.

Renoncer formellement à implanter le projet de règlement sur la certification des résidences privées pour aînés publié en octobre 2015.

4.3 Centre d'hébergement et de soins de longue durée : assurer la dignité des résidents

Lors d'une perte d'autonomie très importante, le transfert en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) devient parfois nécessaire. La récente réorganisation du système de santé qui s'est accompagnée d'importantes réductions des ressources dans les CHSLD, a entraîné de nombreuses difficultés dont les personnes hébergées subissent les conséquences quotidiennement. La mauvaise qualité de la nourriture, des soins d'hygiène déficients et le manque de soins sont régulièrement dénoncés tant par le personnel, les personnes hébergées que par leur famille. Plusieurs s'inquiètent pour la dignité des aînés et associent les conditions de vie de certains CHSLD à une forme de maltraitance organisationnelle. Nous sommes très préoccupés par cette situation.

La récente annonce du ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'injection de nouvelles sommes en vue d'offrir la possibilité d'un deuxième bain aux résidents de CHSLD constitue un pas dans la bonne direction. Toutefois, les difficultés de recrutement de préposés aux bénéficiaires demeurent. Les conditions de travail qui prévalent pour cette catégorie de personnel font en sorte que la disponibilité de nouvelles sommes risque fort de ne pas se traduire par une amélioration réelle des conditions d'hygiène avant plusieurs mois.

En outre, la présence de médecins de famille en CHSLD est devenue problématique au cours des dernières années. En raison des exigences quant au nombre de patients que les omnipraticiens doivent suivre, plusieurs médecins ont abandonné la pratique en milieu d'hébergement. Ce choix s'explique, notamment, par le désir des médecins de traiter une clientèle plus jeune qui nécessite des soins moins intensifs, ce qui leur permet de répondre aux exigences posées par le ministre de la Santé et des Services sociaux en termes de quotas de patients.

En juin 2016, la Commission de la santé et des services sociaux, après trois ans de travaux sur les conditions de vie en CHSLD, a formulé une vingtaine de recommandations au gouvernement du Québec¹². Nous croyons qu'il est urgent que ces propositions, qui demeurent toujours d'actualité, soient mises en œuvre. Nous insistons particulièrement sur l'importance de fixer des ratios minimums de personnel que tous les centres d'hébergement seraient obligés de respecter. En ce qui concerne

¹² COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). Les conditions de vie des adultes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée – Observations, conclusions et recommandations, Assemblée nationale.
[file:///C:/Users/plamgin1/Downloads/rapport- chsld_16-06-07.recommandations_final%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/plamgin1/Downloads/rapport- chsld_16-06-07.recommandations_final%20(3).pdf)

les repas, il importe également que les CHSLD offrent une diversité de mets et une qualité de nourriture qui tiennent compte des besoins et des préférences des personnes hébergées. Seul le respect de la dignité des personnes âgées doit guider l'action du gouvernement en cette matière.

Il nous apparaît donc essentiel de :

Mettre en œuvre l'ensemble des recommandations de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

4.4 Les soins et les services à domicile : un enjeu crucial

Lorsque survient une perte d'autonomie chez une personne âgée, le fait de pouvoir obtenir des soins et des services à son domicile peut faire la différence entre devoir quitter son milieu de vie ou y demeurer. Dans un contexte où la vaste majorité des âgés vivent et souhaitent vivre le plus longtemps possible dans leur domicile et considérant que les soins que nécessitent une personne en perte d'autonomie qui vit dans son domicile coûtent beaucoup moins cher que ceux requis par une personne hébergée en CHSLD, il nous apparaît crucial que le gouvernement investisse massivement dans les soins à domicile.

Pourtant, au cours des dernières années, le gouvernement a emprunté la voie contraire. Les données indiquent une réduction du nombre d'heures de services et de soins à domicile sans que l'état de santé des personnes concernées n'ait changé, des disparités quant aux soins offerts dans les différentes régions, un manque de diversité de soins et des services à domicile, une diminution de l'offre des services publics et l'obligation de se tourner vers des services privés qui impliquent des coûts pour les personnes âgées. Le rapport annuel 2016-2017 du Protecteur du citoyen rendu public le 28 septembre 2017 pose des constats très durs quant aux impacts de la récente austérité budgétaire gouvernementale sur les personnes vulnérables et qui ont besoin de soutien à domicile pour assurer leur survie¹³. Le Protecteur du citoyen constate le recul des investissements en soins à domicile confirmant ainsi nos inquiétudes.

Conséquemment à ce désengagement de l'État en matière de dispensation de soins à domicile, nous observons une privatisation croissante des services disponibles. Les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires pour âgés et les entreprises privées se substituent aux services publics. Or, pour les âgés un tel transfert de responsabilités implique qu'ils doivent assumer des coûts supplémentaires. Les déboursés entraînés par cette privatisation des services constituent une nouvelle barrière à l'accès à des services qui se situent dans le prolongement des services médicaux et qui sont nécessaires pour le maintien de l'autonomie de milliers de personnes âgées au Québec.

¹³ PROTECTEUR DU CITOYEN (2017). Rapport annuel d'activités 2016-2017.
https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2016-2017-ra-protecteur.pdf

Pour tous ces motifs, nous jugeons qu'il est essentiel et urgent pour soutenir les personnes âgées qui vivent une perte d'autonomie, qu'une politique gouvernementale sur les soins et les services à domicile soit adoptée et mise en œuvre dans les plus brefs délais. Les sommes requises doivent y être consenties par le gouvernement. Cette politique doit assurer que toute la panoplie de services tant sur le plan des activités de vie quotidienne (soins d'hygiène, alimentation, etc.) que des activités de vie domestique (entretien ménager, courses, etc.) soit offerte. Des normes nationales doivent être établies et publicisées afin que toute personne qui serait en situation d'y recourir, les connaisse et en fasse la demande.

Nous recommandons que le gouvernement s'engage à :

Adopter et mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, une politique sur les soins et les services à domicile qui assureraient un réel accès aux personnes âgées en perte d'autonomie.

4.5 Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants d'âgés

Au cours des dernières années, plusieurs éléments ont contribué à alourdir la tâche des personnes proches aidantes. La réorganisation des services de santé conjuguée aux importantes réductions budgétaires qui l'ont accompagnée ont fait en sorte de complexifier leur tâche. Elles doivent composer avec des conditions de vie qui deviennent de plus en plus difficiles. La contrainte à poser des gestes à caractère médical exigeant des connaissances et des habiletés qu'elles ne possèdent pas toujours, crée un stress supplémentaire important pour l'aidant et l'aidé. De surcroît, les organismes de soutien aux proches aidants ne disposent pas du financement requis pour offrir le soutien et le répit nécessaires.

La charge représentée par cette responsabilité entraîne des impacts importants sur la santé physique et psychologique des proches aidants. Nombre d'entre eux vivent de l'anxiété, du stress et de l'inquiétude¹⁴. Plusieurs doivent réduire leurs activités sociales et en subissent des conséquences négatives au plan professionnel.

Plusieurs proches aidants sont eux-mêmes des personnes âgées. L'AREQ a conduit son propre sondage auprès de ses membres et les a questionnés sur leur réalité en tant que proche aidant. Ainsi, parmi nos 58 000 membres, près du quart indiquent assumer ce rôle auprès d'un de leur proche. Ce sont 26 % des femmes et 17 % des hommes membres de notre association qui, en moyenne, consacrent près de 10 heures par semaine à ce rôle d'aidant. Les personnes aidées sont un conjoint, des membres de la famille ou de la parenté, un ami ou un voisin.

Un nombre important de ces personnes proches aidantes affirme rencontrer multiples difficultés. Plusieurs éprouvent un grand stress en raison de cette responsabilité. De plus, nos membres ont indiqué que les efforts physiques requis ainsi que l'obligation de poser des gestes à caractère médical constituent un fardeau qui leur pèse de plus en

¹⁴ SINHA, M. (2013). « Portrait des aidants familiaux, 2012 », Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale, Statistiques Canada.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.pdf>

plus. En fait, le nombre de proches aidants qui identifient ces éléments a été multiplié par trois de 2013 à 2016, période qui coïncide avec la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Les personnes proches aidantes parmi nos membres espèrent vivement obtenir de l'aide pour les soutenir dans leurs responsabilités. Elles insistent particulièrement sur la nécessité d'un meilleur soutien à domicile. Du répit ainsi qu'une meilleure reconnaissance, notamment au plan financier, sont également réclamés. Du soutien psychologique et de la formation pourraient aussi constituer un apport important¹⁵.

Face à ces constats, nous enjoignons au gouvernement d'agir sans plus tarder pour soutenir les personnes proches aidantes. Un des meilleurs moyens pour venir en aide aux personnes proches aidantes est sans contredit une offre de services et de soins à domicile adaptée aux besoins de la personne aidée.

De plus, une véritable politique de soins à domicile doit prévoir une place importante pour les proches aidants. Un statut officiel accompagné de droits qui leur sont spécifiques doit leur être reconnu. Un plan d'intervention propre à chaque aidant doit également être développé et mis en œuvre afin d'assurer une réponse à ses propres besoins.

Trop souvent, les personnes qui sont proches aidantes ne se perçoivent pas comme telles. Des outils d'information doivent être développés et publicisés pour faciliter cette reconnaissance par le proche aidant lui-même mais également par les membres de son entourage. Un soutien financier doit être fourni aux proches aidants afin de les accompagner dans leur responsabilité. Les divers crédits d'impôt destinés aux aidants naturels en vue du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie doivent être mieux connus et plus facilement accessibles.

Ainsi, nous recommandons de :

Développer une stratégie gouvernementale de soutien à l'égard des proches aidants qui permettrait de :

- **Reconnaître un statut formel aux personnes proches aidantes et leur accorder des droits spécifiques;**
- **Intégrer les droits des proches aidants dans une politique de soins à domicile;**
- **Obliger l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intervention pour chaque personne proche aidante;**
- **Développer des outils d'information à l'intention des proches aidants;**
- **Faciliter l'accès aux crédits d'impôt destinés aux aidants naturels.**

¹⁵ Données tirées d'un sondage mené par la firme CROP auprès de 1 000 membres de l'AREQ en mars 2016. La marge d'erreur est 3,07 % 19 fois sur 20.

5. Un niveau de vie décent : une condition à la dignité des aînés

Les études en santé publique sont unanimes sur un aspect : le lien entre le niveau de revenu dont dispose une personne et son état de santé est sans équivoque. Les personnes pauvres sont largement plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé multiples que celles qui disposent d'un revenu adéquat. Les différences de revenu sont même liées à l'espérance de vie qui, de façon générale, diminue lorsque les ressources sont plus faibles¹⁶.

Les dernières années indiquent un appauvrissement des personnes aînées. Les données du recensement de 2016 démontrent que le nombre d'aînés à faible revenu est passé de 12 % en 2005 à 14,5 % en 2015¹⁷. Les travaux menés par l'Institut Broadbent pointent dans le même sens : le taux de personnes aînées dont le revenu se situe sous le seuil fixé par la mesure de faible revenu est passé de 3,9 % en 1995 à 11,1 % en 2013¹⁸. Les personnes qui vivent seules et les femmes sont plus pauvres et dépendent davantage des régimes publics de remplacement du revenu.

Signe d'un appauvrissement des aînés, le réseau des banques alimentaires du Québec indique aussi une hausse des demandes provenant des personnes de 65 ans et plus¹⁹. L'Union des consommateurs, quant à elle, observe une augmentation de l'endettement, voire du surendettement, chez les aînés.

Aux prises avec une baisse de revenu au moment de la prise de retraite, un faible taux d'épargne et des rendements médiocres, nombre d'aînés sont contraints de s'endetter pour répondre à leurs besoins de base²⁰.

Face à ces constats, nous recommandons de :

Prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer un revenu décent à toutes les personnes aînées.

¹⁶ AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2016). État de santé des Canadiens 2016 – Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique.

<http://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-status-2016-etat-sante-publique-statut/alt/pdf-fra.pdf>

¹⁷ MELOCHE-HOLUBOWSKI, Mélanie (2017). Des revenus à la hausse, mais pas pour tous les Canadiens. Radio-Canada.

<http://beta.radio-canada.ca/nouvelle/1055308/recensement-revenu-salaire-statistique-canada-pauvrete-riche>

¹⁸ SHILLINGTON, Richard (2016). La condition économique des personnes âgées. Institut Broadbent. https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/broadbent/pages/4905/attachments/original/1455217056/La_conditio_n_economique_des_personnes_agees

¹⁹ BANQUE ALIMENTAIRE DU QUÉBEC (2016). Bilan-faim Québec 2016.

<http://www.banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2016/11/BilanFaimQc20161.pdf>

²⁰ UNION DES CONSOMMATEURS (2017). Émergence de l'endettement chez les personnes aînées : bien comprendre pour mieux agir – Rapport final Programme Québec ami des aînés.

<http://uniondesconsommateurs.ca/docu/rapports%202017/20170228-UC-QADA-RapportF.pdf>

5.1 Réformer le Régime de rentes du Québec

En janvier 2017, la population du Québec était invitée à une consultation publique sur le Régime de rentes du Québec (RRQ). Dans sa proposition, le gouvernement provincial parle d'une réforme du régime et offre notamment à tous les travailleurs de bonifier la rente de retraite. Cette bonification est en deçà de ce qui a été convenu pour le Régime de pensions du Canada (RPC) entre le gouvernement du Canada et les neuf autres provinces du pays, ce qui fait en sorte que les travailleurs québécois hériteraient du régime de retraite public le moins généreux du pays creusant ainsi l'écart financier entre les aînés du Québec et ceux du reste du Canada.

Le fait de bonifier la rente de retraite du RRQ en deçà de ce qui est prévu au RPC, de relever l'âge minimal d'admissibilité à la rente de retraite anticipée, de couper dans la rente du conjoint survivant, de réduire le montant de la rente combinée de conjoint survivant à compter de 65 ans et d'instaurer un facteur de longévité qui rendrait variable les prestations du régime a un impact négatif direct sur les plus vulnérables, notamment les personnes aînées à faible revenu et les femmes aînées.

Nous nous attendons à ce que le RRQ remplisse son rôle de régime public adéquatement, c'est-à-dire celui de diminuer le niveau de pauvreté chez les personnes aînées, d'augmenter le nombre de personnes aînées vivant avec un revenu décent et de réduire la disparité de revenu entre les femmes et les hommes. Et pour cela, des améliorations sont nécessaires. Pourtant, plusieurs propositions du gouvernement s'attaquent aux plus vulnérables de la société.

En conséquence, nous recommandons de :

Bonifier la rente de retraite minimalement à la hauteur de celle prévue au RPC et renoncer aux propositions entourant l'âge d'admissibilité à la rente de retraite anticipée, le facteur de longévité et la rente du conjoint survivant.

6. Principes directeurs – Équité intergénérationnelle et développement durable

Dans les principes directeurs de la politique Vieillir et vivre ensemble, nous retrouvons la notion d'équité intergénérationnelle. Cette notion inclut implicitement, selon nous, les notions de développement durable et de protection de l'environnement. Effectivement, la définition de développement durable, telle que présentée dans le Rapport Brundtland, se lit comme suit : « Le développement durable est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs²¹ ». Il importe donc, dans les mesures de la politique, de considérer leur impact sur les générations futures, que ce soit dans leurs aspects économiques, sociaux mais aussi environnementaux.

En ce sens, nous recommandons de :

Intégrer, dans les principes directeurs de la nouvelle politique, la notion de développement durable.

6.1 Aménagement du territoire

Nous proposons de considérer l'aménagement du territoire comme une pratique qui a un impact important sur la qualité de vie des personnes âgées. Au-delà du pertinent *Programme d'infrastructures Québec-Municipalités – Municipalité amie des aînés*²², qui finance des projets ponctuels, l'aménagement du territoire doit globalement prendre en considération plusieurs éléments qui peuvent influencer sur la santé et la mobilité des aînés.

6.1.1 La lutte contre les îlots de chaleur

Il a été démontré que les îlots de chaleur, qu'on retrouve en milieu urbain, pouvaient avoir des impacts négatifs importants sur la santé des personnes plus vulnérables, dont les personnes âgées, tel que souligné par l'Institut national de santé publique du Québec²³ (INSPQ). En effet, les personnes âgées seraient moins protégées par les mécanismes naturels de protection du corps aux effets de la chaleur²⁴ ; et leurs problèmes de santé lorsqu'elles sont atteintes de maladies chroniques, seraient exacerbés par une température ambiante élevée²⁵. Malheureusement, leur accès à la climatisation serait loin d'être acquis, autant à la maison que dans les résidences de personnes âgées²⁶.

Afin de lutter contre les îlots de chaleur, l'INSPQ propose d'adopter entre autres des mesures de végétalisation, des mesures liées à l'architecture et à l'aménagement du

²¹ http://www.diplomatie.gouv.fr/sites/odyssee-developpement-durable/files/5/rapport_brundtland.pdf

²² https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/programme_infrastructure.aspx

²³ <http://www.monclimatmasante.qc.ca/%C3%AEilots-de-chaleur.aspx>

²⁴ <http://www.tvanouvelles.ca/2017/09/27/pourquoi-les-aines-supportent-mois-bien-la-chaleur>

²⁵ http://www.naturequebec.org/fichiers/Biodiversite/Ilotsdefraicheur/Fi13-06_Ilots_fiche1_web.pdf

²⁶ <http://beta.radio-canada.ca/nouvelle/731668/chaleur-aines-quebec-accablante-canicule-climatisation-chsld>

territoire²⁷. Dans sa publication *Verdir les villes pour la santé de la population*, l'INSPQ affirme que la verdure permet, pour les personnes âgées, « une meilleure disposition pour la marche et réduit les problèmes de santé chroniques²⁸ ».

Conséquemment, l'AREQ recommande que le gouvernement s'engage, dans la nouvelle mouture de la politique, à :

Encourager concrètement la lutte contre les îlots de chaleur

6.1.2 L'amélioration de l'accès aux services et la lutte aux déserts alimentaires

La perte du permis de conduire représente une épreuve difficile pour les personnes âgées et augmente le risque d'isolement social, selon le Conseil national des aînés du Canada²⁹. De plus, dans plusieurs régions du Québec, autant urbaines que rurales, l'accès aux services peut s'en trouver grandement diminué.

En plus d'un accès limité aux services de santé, la perte du permis peut représenter un défi de taille pour les nombreux Québécois n'ayant pas un accès facile à un marché d'alimentation. Malheureusement, Radio-Canada rapporte que « près d'un demi-million de Québécois n'ont pas d'épicerie à moins de 15 minutes de leur domicile³⁰ ». Selon Martine Croteau, du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, « 46 % de la population du Québec habite dans un secteur qui a un faible accès aux commerces d'alimentation³¹ ». Il est également rapporté par Radio-Canada qu'en 2010, « environ 40 % de la population montréalaise n'avait pas accès à des fruits et légumes à distance de marche³² ». C'est ce qu'on appelle des « déserts alimentaires ».

L'aménagement du territoire afin de lutter contre l'existence des déserts alimentaires et la lutte à l'étalement urbain représentent donc des mesures importantes afin d'assurer la sécurité des personnes âgées souhaitant rester à leur domicile suite à la perte de leur permis de conduire, tout en continuant à obtenir des services et des denrées de qualité.

L'AREQ recommande donc au gouvernement de :

Favoriser un aménagement du territoire qui fait la lutte aux déserts alimentaires et qui facilite l'accès aux services par les transports collectifs et actifs.

²⁷ <http://www.monclimatmasante.qc.ca/%C3%AEIlots-de-chaleur.aspx>

²⁸ <https://www.inspq.qc.ca/publications/2265>

²⁹ <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines/page05.html>

³⁰ <http://ici.radio-canada.ca/tele/l-epicerie/2014-2015/segments/reportage/1150/desert-alimentaire>

³¹ <http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/actualites/201703/31/01-5084313-des-solutions-aux-deserts-alimentaires.php>

³² <http://beta.radio-canada.ca/nouvelle/766002/est-montreal-alimentation-carence-pauvrete-sante>

CONCLUSION

Le Québec, comme toutes les sociétés occidentales, connaît un vieillissement accéléré de sa population. Loin de constituer un problème, ce phénomène démographique a le potentiel de devenir un atout pour la population québécoise. Le gouvernement québécois se doit de s'acquitter de ses responsabilités à l'égard des aînés.

Afin de permettre à toute personne aînée de continuer à faire partie intégrante de la société québécoise, nous appelons le gouvernement du Québec à poser les gestes nécessaires à l'accès à des services sociaux et de santé de qualité, au maintien d'un milieu de vie adapté, à un niveau de vie décent pour toutes et tous ainsi qu'à un aménagement du territoire visant le maintien de la qualité de vie des aînés.

Il est grand temps que le gouvernement démontre par ses actes que, au-delà des mots, il croit réellement que les personnes aînées constituent une richesse pour le Québec. Il lui appartient de tout mettre en œuvre pour que chaque aîné puisse s'épanouir. Le prochain plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble constitue une occasion inespérée pour que le gouvernement manifeste une vision positive et respectueuse des aînés.

Liste des recommandations

L'AREQ recommande :

- 1) Faire du respect des aînés une valeur phare qui guidera le deuxième plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble afin que toute personne aînée, quel que soit son état de santé, soit présentée comme une richesse pour la société.
- 2) Appliquer une analyse différenciée selon les sexes lors des travaux d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du second plan d'action de la politique Vieillir et vivre ensemble.
- 3) Hausser le financement des organismes de soutien aux personnes aînées immigrantes et de sensibiliser les intervenants du milieu de la santé et des services sociaux aux réalités particulières des immigrants aînés.
- 4) Adopter et mettre en œuvre la charte de la bientraitance proposée par la Fondation Émergence afin de garantir le respect des droits des personnes aînées issues de minorités sexuelles.
- 5) Obliger les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à fixer des tarifs raisonnables pour les stationnements situés à proximité des centres hospitaliers, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres locaux de services communautaires et des centres de réadaptation.
- 6) Éliminer les frais de transport des échantillons biologiques et à interdire tout nouveau frais accessoires.
- 7) Veiller à tout mettre en œuvre pour assurer la sécurité, la fiabilité et la traçabilité des prélèvements biologiques qui sont acheminés dans les laboratoires centralisés.
- 8) Mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'accès à un médecin de famille à toutes les personnes aînées du Québec dans les meilleurs délais.
- 9) Mener une large consultation non partisane auprès de la population relativement à un éventuel élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes inaptes à consentir.
- 10) Rembourser le coût d'achat d'une seconde prothèse auditive à toute personne dont la santé auditive le nécessite, quel que soit son âge ou sa situation professionnelle.
- 11) Mener une vaste réflexion sur le mode de rémunération des médecins afin de s'assurer que leur rémunération ne croisse pas à un rythme qui hypothèque les sommes disponibles pour la dispensation des soins et des services de santé.

- 12) Mettre en place un guichet unique d'accès à l'information relative à l'aide disponible pour soutenir l'adaptation des domiciles et qu'il soit connu de l'ensemble de la population.
- 13) Prendre acte et assurer la mise en œuvre des recommandations du Protecteur du citoyen relativement aux résidences privées pour aînés, notamment rendre disponible un guide d'information destiné aux locataires.

Renoncer formellement à implanter le projet de règlement sur la certification des résidences privées pour aînés publié en octobre 2015.

- 14) Mettre en œuvre l'ensemble des recommandations de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.
- 15) Adopter et mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, une politique sur les soins et les services à domicile qui assureraient un réel accès aux personnes aînées en perte d'autonomie.
- 16) Développer une stratégie gouvernementale de soutien à l'égard des proches aidant qui permettrait de :
 - Reconnaître un statut formel aux personnes proches aidantes et leur accorder des droits spécifiques;
 - Intégrer les droits des proches aidants dans une politique de soins à domicile;
 - Obliger l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intervention pour chaque personne proche aidante;
 - Développer des outils d'information à l'intention des proches aidants;
 - Faciliter l'accès aux crédits d'impôt destinés aux aidants naturels.
- 17) Prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer un revenu décent à toutes les personnes aînées.
- 18) Bonifier la rente de retraite minimalement à la hauteur de celle prévue au RPC et renoncer aux propositions entourant l'âge d'admissibilité à la rente de retraite anticipée, le facteur de longévité et la rente du conjoint survivant.
- 19) Intégrer, dans les principes directeurs de la nouvelle politique, la notion de développement durable.
- 20) Encourager concrètement la lutte contre les îlots de chaleur.
- 21) Favoriser un aménagement du territoire qui fait la lutte aux déserts alimentaires et qui facilite l'accès aux services par les transports collectifs et actifs.

