

W N Q O M K I C P C C A
D O D P Z L J D N D M B
E P E S O C E Y L V H O
C Q F T P D F F F F F D
A R G U M E N T A I R E
B H Y V N F L U B J S P
C I M W O G M V C K T Q
D J N K J H D W P L U R
S K O L K K R C H S L D

Pour contrer la
DÉSINSTITUTIONNALISATION



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Novembre 2007

Responsabilité politique

Michèle Boisclair

1^{re} vice-présidente

Rédaction

Lucie Mercier

Conseillère, secteur Santé

Marc Thibault-Bellerose

Conseiller, secteur Santé

Sandra Gagné

Conseillère, service Communication-Information

Collaboration

Simon Barrette

Conseiller, service Organisation syndicale

Révision

Marie Eve Lepage

Conseillère, service Communication-Information

Secrétariat

Francine Parent

L'HÉBERGEMENT : nouveau jalon de la logique néolibérale

Depuis plusieurs années, les représentant-e-s politiques du Québec et du Canada adhèrent à l'idéologie néolibérale. Selon leur conception de la société, les riches le sont parce qu'ils travaillent dur alors que les pauvres le sont parce qu'ils sont paresseux. Selon eux, la pauvreté n'est pas le produit d'un système injuste. En conséquence, les individus devraient être responsables à part entière de leur sort et l'État ne devrait pas intervenir pour les aider, sans quoi il encouragerait la paresse et la dépendance. En fait, pour les néolibéraux, l'État doit intervenir le moins possible, quel que soit le domaine.

Cette façon de voir les choses est constatée dans la majorité des décisions prises par les derniers gouvernements. Ainsi, les services publics sont constamment rationnés : les gouvernements ne cessent de réduire leur marge de manœuvre au profit de baisses d'impôts profitant aux privilégié-e-s. Ensuite, ils justifient le rationnement des services publics par le manque de ressources et, mécontente, la population réclame des solutions, qu'elles soient publiques ou privées.

En santé, ce phénomène est flagrant et sert bien la volonté du gouvernement Charest de privatiser la santé. Dans la vision néolibérale, si les gens veulent des soins de santé, ils n'ont qu'à travailler et à économiser pour y avoir accès. L'État ne devrait plus compenser l'irresponsabilité et les déficiences individuelles. Les orientations du gouvernement en regard de l'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie n'échappent pas à cette logique.

Dans la première partie de cette brochure, les principaux enjeux découlant des choix du gouvernement Charest sont présentés sous forme d'argumentaire, questions réponses, et en second lieu quelques actions sont suggérées pour contrer cette désinstitutionnalisation.

Bonne lecture!

Où peut résider une personne âgée?

De manière générale, le gouvernement propose de privilégier le domicile comme lieu d'habitation où les services de maintien à domicile peuvent suppléer à la perte d'autonomie. Les résidences privées sont considérées comme le domicile d'une personne âgée; les personnes les plus pauvres peuvent avoir accès au logement social avec soutien communautaire (HLM pour personnes âgées en perte d'autonomie).

Lorsque la perte d'autonomie devient plus importante, les personnes âgées peuvent être dirigées soit vers les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI) ou encore vers les CHSLD publics et privés conventionnés.

Pour les personnes qui en ont les moyens, dès que la perte d'autonomie est d'une heure/soin, l'accès à un CHSLD privé non conventionné est possible.

Que veut le gouvernement Charest?

4

Le gouvernement propose la désinstitutionnalisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Il veut que celles-ci demeurent le plus longtemps possible à domicile.

Il veut aussi rehausser le seuil de perte d'autonomie à partir duquel une personne devrait être hébergée en milieu institutionnel. Ce seuil passerait à 3 heures, voire à 3,5 heures/soin pour les CHSLD publics et privés conventionnés. Le scénario est le suivant : maintenir le nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés à 36 000, de telle sorte que le taux d'hébergement passe de 3,5 % en 2004 à 3,1 % en 2009-2010. Des lits seront fermés dans les institutions publiques et transférés dans des établissements construits en partenariat public-privé (PPP). Les personnes en perte d'autonomie dont la condition ne justifierait plus le placement en CHSLD, selon les nouveaux critères, seraient dirigées vers les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Enfin, le gouvernement veut aussi modifier la méthode de calcul de la contribution financière des personnes hébergées. Grâce à cette modification,

demeurer à domicile ne serait pas financièrement désavantageux comparativement au fait de résider dans un CHSLD ou dans une ressource non institutionnelle.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux se donne 10 ans pour réaliser cette transformation.

Qu'est-ce qu'un CHSLD?

Un CHSLD est un établissement, c'est-à-dire une ressource institutionnelle, qui offre un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance, de réadaptation ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux à des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale. L'établissement reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent ces services. Un CHSLD peut être public, privé conventionné ou privé non conventionné.

Qu'est-ce qui différencie les trois sortes de CHSLD?

Le mode de financement différencie les divers CHSLD. Un CHSLD public est un établissement public qui reçoit son budget de l'Agence régionale, et ce, annuellement. Un CHSLD privé conventionné est une compagnie privée. Il signe un contrat ou une convention avec l'Agence régionale et cette dernière lui transmet son budget selon les modalités prévues au contrat. Les salariées sont syndiquées et leur salaire est le même que dans le secteur public. L'usagère-ger contribue financièrement pour être hébergé-e dans un CHSLD public ou privé conventionné. Un CHSLD privé non conventionné est financé directement et entièrement par les usagères-gers. Il ne reçoit pas d'argent du gouvernement.

Faut-il un permis pour opérer un CHSLD?

Oui. Pour opérer un CHSLD, la-le propriétaire doit être détentrice-teur d'un permis émis par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Qu'est-ce qu'une ressource intermédiaire?

Une ressource intermédiaire est rattachée à un établissement public ou à un CSSS. Elle procure à l'usagère-ger un milieu de vie où des services de soutien et d'assistance sont dispensés. Une RI peut être une personne physique ou morale. La personne morale peut être à but non lucratif (organisme communautaire) ou à but lucratif (compagnie cotée en Bourse). Dans une RI, les services peuvent être à court, moyen ou long terme. L'établissement public, après évaluation, peut référer un-e usagère-ger dans une RI.

Qui paie la ressource intermédiaire?

Comme l'établissement signe le contrat avec la ressource intermédiaire, l'établissement verse la rétribution de la RI à même son propre budget. En réalité, l'établissement sous-traite ses lits et son budget. Le taux de rétribution varie selon la condition des patient-e-s évalué-e-s par l'« Instrument de détermination de l'intensité des services attendus de la ressource intermédiaire ». De plus, l'usagère-ger doit contribuer à son hébergement selon la tarification établie par la RAMQ.

6

Comment est sélectionnée une ressource intermédiaire?

L'Agence régionale indique à un établissement de recourir aux services d'une ressource intermédiaire. L'établissement recrute, sélectionne et évalue lui-même la RI et chaque établissement doit établir son programme de recrutement ainsi que le profil des ressources qu'il recherche. Ensuite, l'établissement soumet la candidature d'une RI à l'Agence régionale. L'établissement doit procéder régulièrement à la réévaluation de la RI. De son côté, l'Agence régionale établit les critères de reconnaissance et l'octroie à la RI. Elle doit maintenir un fichier par type de clientèle.

Une ressource intermédiaire doit-elle détenir un permis?

Non. La ressource intermédiaire est liée, par contrat, à l'établissement auquel elle est rattachée. Toutefois, une ressource intermédiaire peut avoir des contrats avec plus d'un établissement. Il existe quatre principaux types de ressources intermédiaires : l'appartement supervisé, la maison de

chambres, la maison d'accueil et la résidence de groupe.

Qu'est-ce qu'une ressource de type familial?

Il existe deux sortes de RTF : les familles d'accueil, réservées aux jeunes en difficulté, et les résidences d'accueil. Seules les résidences d'accueil peuvent recevoir des personnes âgées. Une résidence d'accueil consiste, en réalité, en une ou deux personnes accueillant chez elles un maximum de neuf personnes âgées qui leur sont confiées, par un établissement public, pour leur offrir des conditions de vie se rapprochant d'un milieu naturel. L'usagère-ger est référé-e par l'établissement auquel la RTF est rattachée. L'établissement est responsable de rendre accessibles les soins infirmiers et autres services professionnels aux personnes hébergées.

En quoi une RTF est-elle différente d'une RI?

Une RTF est très semblable à une RI. Toutefois, une RTF ne peut héberger plus de neuf personnes, alors qu'il existe deux sortes de RI : celles hébergeant neuf usagères-gers et moins et celles hébergeant 10 usagères-gers et plus. Ces dernières sont représentées par l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ). Cette association négocie les tarifs avec le gouvernement.

Qu'est-ce qu'une ressource non institutionnelle (RNI)?

Une ressource non institutionnelle est une ressource qui n'est pas dans un établissement de santé. La ressource intermédiaire et la ressource de type familial sont toutes deux des ressources non institutionnelles.

Les salarié-e-s des RI et des RTF peuvent-elles-ils se syndiquer et négocier une convention collective?

Non. Pour une personne travaillant dans une ressource intermédiaire ou dans une ressource de type familial, il est interdit de se syndiquer et de négocier une convention collective de travail. Dans les années 90, pour échapper aux décisions des tribunaux, le gouvernement du Québec a modifié la définition de RI et RTF et, en décembre 2003, il a adopté sous le bâillon un projet de loi y interdisant toute syndicalisation.

Comme il est interdit de détenir un certificat d'accréditation, il est par le fait même impossible de négocier une convention collective de travail. Donc, la Loi sur les normes du travail s'applique dans ces milieux de travail.

Pourquoi le gouvernement préconise-t-il l'arrivée des RNI pour l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie?

Cette décision est motivée par des intérêts financiers, le ministère de la Santé et des Services sociaux pensant économiser beaucoup d'argent grâce à cette mesure. En effet, le gouvernement débourse en moyenne 35 881 \$ par année pour un lit en CHSLD, alors qu'un établissement paye en moyenne 9 844 \$ par année pour un lit en RI. Les sommes totales économisées ne sont pas disponibles, mais l'Agence régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre prévoit économiser 16 millions de dollars grâce à cette relocalisation des personnes âgées en perte d'autonomie.

8 Pourquoi est-ce moins cher en ressources intermédiaires?

En premier lieu, les économies sont réalisées sur le dos des travailleuses-eurs qui œuvrent auprès des personnes âgées. En 2003, le gouvernement Charest a adopté, toujours sous le bâillon, la Loi 7 qui empêche ces travailleuses-eurs de se syndiquer. De ce fait, elles voient nié leur droit de négocier des conditions de travail et des salaires décentes. Dans les RI et les RTF, la Loi des normes du travail s'applique.

En deuxième lieu, les économies sont réalisées en rationnant l'offre de services aux personnes âgées. Ainsi, en plus d'être dispensé par du personnel sous-payé et à bout de souffle, l'éventail de services ne peut être comparé à celui dispensé en CHSLD. Aucun service professionnel n'est requis dans une ressource intermédiaire ou dans une ressource de type familial. Les services de soins infirmiers ne sont offerts que ponctuellement, sans parler des services dispensés par les autres professionnels-le-s de la santé et des services sociaux qui sont pratiquement inexistantes.

La qualité des services dispensés en RI et en RTF est-elle la même que dans un CHSLD?

Non. Par exemple, en CHSLD, les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne continuent à être réservés aux professionnel-le-s. Cependant, ces soins sont déréglementés, depuis l'adoption de la Loi 90 en 2002, lorsqu'ils sont donnés dans une ressource intermédiaire ou de type familial. Le but visé par cette déréglementation est de « permettre à des non professionnel-le-s de dispenser certains soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne, notamment celles liées à l'alimentation et à l'élimination ». Cette déréglementation s'applique aux travailleuses-eurs œuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et l'exclusion ne vise que les milieux de vie, soit les RI, les RTF ou les programmes de soins à domicile. L'exclusion ne s'applique pas dans les milieux de soins, comme en CHSLD ou dans un établissement public.

Enfin, comment est-il possible de s'assurer qu'une personne nécessitant 2,5 à 3 heures/soin bénéficiera des services adéquats en ressources intermédiaires? Les risques de dérapages sont nombreux et il faut s'inquiéter devant cette décision comptable faisant fi de la qualité de vie et pouvant parfois mettre en danger la vie même des aîné-e-s.

La hausse du seuil de perte d'autonomie pour les CHSLD a-t-elle des conséquences pour les professionnelles en soins?

Oui, bien sûr. Les effets combinés de la pénurie de main-d'œuvre infirmière et des pratiques des employeurs limitant la création de postes à temps complet font en sorte que le fardeau de tâche des professionnelles en soins est démesuré et génère de grandes insatisfactions. En augmentant le seuil de perte d'autonomie à 3, voire 3,5 heures/soin, il est évident que, si rien n'est fait pour améliorer les conditions de travail, l'alourdissement des cas présentés par les patient-e-s admis-es en CHSLD accentuera sensiblement le fardeau de tâche des professionnelles y travaillant. Que compte faire le gouvernement pour améliorer les conditions de travail et, par le fait même, l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre en CHSLD? Pour l'instant, il semble plutôt intéressé à accroître la productivité au détriment des conditions de travail des professionnelles en soins. Rien d'étonnant puisque

le gouvernement Charest a démontré à maintes occasions son mépris pour les professionnelles en soins, notamment lors de l'adoption, à toute vapeur et sous le bâillon, du projet de loi 142 décrétant leurs conditions de travail.

Le personnel des RI et des RTF est-il suffisamment formé pour prendre soin des personnes âgées qui leur sont confiées?

Actuellement, aucune réglementation n'exige de formation particulière pour travailler en RI et en RTF. Comme ces endroits ne répondent pas à la définition d'établissement de la loi québécoise, les ressources ne sont pas tenues de détenir de formation spécifique.

Qui est responsable de la qualité des soins en RI et en RTF?

Il est difficile de savoir qui est responsable de la qualité des soins. Comme les RI et les RTF sont considérées comme des milieux de vie et non comme des milieux de soins à l'instar des CHSLD, cet aspect n'est pas réglementé. Il s'agit là d'un fait plutôt inquiétant.

Le gouvernement est-il en train de créer un système à deux vitesses dans l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie?

Oui. Le recours aux ressources intermédiaires et aux ressources de type familial préconisé par le gouvernement Charest risque d'accentuer la présence d'un système à deux vitesses pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, selon les plans ministériels, une personne nécessitant moins de 3 heures ou 3,5 heures/soin sera dorénavant dirigée vers une ressource intermédiaire. Toutefois, une personne relativement fortunée dans la même condition pourra s'offrir une place dans un CHSLD privé non conventionné dès qu'elle aura besoin d'une heure/soin.

Pour la FIQ, la qualité des soins et la dignité ne devraient pas pouvoir s'acheter. Il ne s'agit pas d'un bien de consommation jetable après usage, mais d'un droit non négociable.

Pourquoi le recours accru au secteur privé doit-il inquiéter?

Les secteurs public et privé n'ont pas la même finalité. La notion même de service public signifie d'accepter que le marché génère des inégalités et que l'État, en tant que gardien du bien commun, doit intervenir afin de corriger ces effets pervers. Ainsi, la finalité d'un service public est de garantir le bien commun, de protéger un ou plusieurs droits et d'assurer le bien-être collectif, ce qui n'exclut pas, au contraire, qu'il soit rationnel d'un point de vue économique.

D'autre part, le secteur privé est, par définition, animé par une seule motivation : la recherche du profit. Il s'agit de la raison d'être d'une entreprise. Faute de réaliser des bénéfices, une entreprise fermera ses portes et les investisseurs se chercheront un nouveau créneau afin de pouvoir en réaliser.

Les acteurs privés présents dans le marché de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie ne font pas exception. Avant le bien-être de leurs patient-e-s, leur motivation première demeure la réalisation d'un profit. Si l'entreprise est inscrite en Bourse, les dirigeants auront des comptes à rendre aux actionnaires. La-le patient-e viendra malheureusement toujours en second lieu, après la rentabilité.

Pour assurer la rentabilité de l'entreprise et un meilleur coût que dans le secteur public, l'entrepreneur privé devra augmenter ses tarifs, ce qui occasionnera un coût égal ou supérieur à celui offert dans le secteur public, réduire les services aux patient-e-s ou diminuer les salaires des employé-e-s.

La sécurité des patient-e-s en ressources intermédiaires est-elle compromise par la recherche de rentabilité?

Oui. Comme il a été mentionné précédemment, la recherche de profit aura toujours pré-séance sur la sécurité des patient-e-s. Par exemple, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) mentionne, dans une récente publication, que plusieurs de ses membres négociant des contrats avec des ressources intermédiaires dénoncent le fait que les RI doivent se soumettre à la réglementation municipale en matière de sécurité/incendie. Cette règle-

mentation trop exigeante freinerait le développement des RI et l'obligation d'installer des gicleurs et de prévoir des sorties de secours, qui exigent des investissements importants, compromettrait la rentabilité des ressources intermédiaires. Ainsi, certains établissements se font les porte-parole des RI et font pression sur le gouvernement afin que celles-ci puissent se soustraire aux normes élémentaires de sécurité/incendie, au nom du développement de ce type de ressources.

Pour la FIQ, cette revendication appuyée par plusieurs membres de l'AQESSS résume bien la question qu'il faut se poser en regard du débat public/privé sur les CHSLD : faut-il accepter que la sécurité des personnes âgées soit compromise au nom du profit?

**L'argent avant
les patient-e-s?
L'exemple
états-unien.**

Le prestigieux New York Times rapportait récemment l'éclosion d'un phénomène assez parlant en regard des « finalités » du secteur privé. Longtemps boudée parce que considérée non assez rentable, l'industrie de l'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie connaît un essor grâce aux grandes firmes d'investissement. Au cours des dernières années, elles ont acquis 9 % de l'ensemble des lits disponibles aux États-Unis et accumulent des millions en profits; un centre typique rapporte aux investisseurs 1 700 \$ par résident-e, et ce, annuellement.

Comment ces firmes obtiennent-elles autant de succès? En coupant dans les services. Ainsi, 60 % des centres d'hébergement acquis par les grandes firmes d'investissement entre 2000 et 2006 ont connu une importante diminution du nombre d'infirmières, de sorte que le ratio professionnel-le/patient-e-s est 35 % plus bas que la moyenne nationale. Il n'est donc pas étonnant que le nombre de décès attribués à la négligence soit en augmentation.

Toutefois, ces grandes firmes d'investissement avaient prévu le coup. Afin de minimiser les risques de poursuites, elles ont créé des structures corporatives complexes utilisant la sous-traitance à outrance. De ce fait, il est plus qu'ardu de déterminer qui est imputable. Est-ce vraiment ce qui est à souhaiter pour les aîné-e-s?

**L'État a-t-il
les moyens
de prendre
en charge
l'hébergement
pour les
personnes
âgées
en perte
d'autonomie?**

Oui. Il ne s'agit pas d'une question de moyen, mais bien de volonté politique. Imprégnés par l'idéologie néolibérale, les derniers gouvernements ont fait le choix de réduire les services publics et l'intervention de l'État au profit de baisses d'impôts profitant majoritairement aux plus fortuné-e-s. Par exemple, le gouvernement Charest a choisi, dans son dernier budget présenté en mai 2007, de consacrer les 950 millions \$ issus du règlement partiel du déséquilibre fiscal à des baisses d'impôts profitant aux plus riches. De plus, avec l'abolition de la taxe sur le capital promise aux entreprises, le gouvernement se prive de 1,8 milliard de dollars de revenus. Dernièrement, il a refusé de s'approprier les revenus disponibles à la suite de la réduction de la TPS au niveau fédéral.

Le Québec possède un taux d'imposition des entreprises parmi les plus bas en Amérique du Nord. Ainsi, alors que l'impôt sur les entreprises représentait plus de 60 % des revenus de l'État dans les années 1960, cette source de revenus, à la suite des multiples faveurs de l'État à leur égard, n'en représente plus que 19 %.

En somme, la Fédération croit que le débat entourant la quantité et la qualité des services publics offerts à la population dénote une volonté politique et non une faisabilité économique.

**Le
vieillessement
de la
population
limite-t-il la
croissance
des services
publics?**

Pas du tout. Le vieillissement de la population est un épouvantail qu'agitent les tenants de l'idéologie néolibérale pour justifier la privatisation des services publics. Pourtant, les projections sérieuses démontrent que le vieillissement de la population n'est responsable que de 0,8 % de l'augmentation annuelle des dépenses de santé. Il est estimé que le nombre de travailleuses-eurs par personne dépendante passera de 1,8 à 1,3, ce qui est loin d'être catastrophique. En réalité, le rapport de dépendance sera le même qu'au début des années 1970, période correspondant pourtant au développement de l'État social.

En conclusion

CONSIDÉRANT QUE :

- Les travailleuses-eurs œuvrant dans une ressource intermédiaire n'ont pas le droit de se syndiquer ni de négocier une convention collective;
- Les travailleuses-eurs œuvrant dans une ressource intermédiaire sont donc sous-payé-e-s et à bout de souffle;
- L'éventail des services dispensés en ressources intermédiaires est très limité pour des personnes nécessitant pourtant près de 3 heures/soin;
- L'absence d'exigence quant à la formation des travailleuses-eurs œuvrant dans une ressource intermédiaire;
- Les soins et les services peuvent être dispensés par n'importe quelle personne;
- La difficulté de savoir qui a la responsabilité d'évaluer et de surveiller la qualité des soins et des services dispensés en ressources intermédiaires;
- Les propriétaires de ressources intermédiaires souhaitent se soustraire aux normes municipales en matière de sécurité/incendie afin d'assurer la rentabilité de leur entreprise;
- La recherche de profits aura toujours préséance sur la qualité des soins et des services en ressources intermédiaires.

14

Accepteriez-vous qu'un de vos parents ou ami-e-s soit admis-e en ressource intermédiaire?

Poser la question, c'est y répondre...

À COURT TERME :

- Maintien du nombre de places actuelles en CHSLD comme condition minimale.

En conséquence, toute fermeture de CHSLD, pour quelque raison que ce soit, ne saurait être une solution envisageable.

À MOYEN ET LONG TERME :

- Développement du maintien à domicile grâce à un financement public massif, permettant d'améliorer l'accès aux services PUBLICS pour les personnes en perte d'autonomie légère;
- Développement d'un réseau de ressources PUBLIQUES adapté aux différents besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans le but d'accueillir les personnes ne pouvant demeurer à la maison sans que le recours aux CHSLD soit à privilégier;
- Développement et croissance importante du nombre de places disponibles en CHSLD PUBLICS.

La création d'une caisse contre la perte d'autonomie ne constitue pas une solution à privilégier. Le financement de l'ensemble des soins et des services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie doit provenir de l'impôt sur le revenu et de l'impôt des sociétés.

FERMETURE DE CHSLD OU DE NOMBREUX LITS

Quand la mobilisation devient nécessaire!

Comme il y a rarement de fumée sans feu, il est extrêmement important de demeurer vigilantes à toutes les informations circulant dans votre milieu. Ainsi, dans le but de contrer une éventuelle fermeture de CHSLD ou de nombreux lits, il devient impératif de mobiliser le plus grand nombre de personnes. L'argumentaire proposé par la FIQ vous aidera à alimenter les discussions et vous sera fort utile dans la planification de vos différentes actions.

Dans cette optique, nous vous proposons quelques interventions qui se veulent un canevas de départ pour l'élaboration de votre plan d'action. Il est certain que vous pourrez le modifier ou l'adapter à votre réalité locale.

Avant de débiter vos démarches, il est essentiel de tracer un portrait global de la situation et d'identifier toutes-tous les partenaires potentiel-le-s avec qui vous pourriez faire des alliances dans votre lutte. Sans aucun doute, vous adjoindre des allié-e-s comme des représentant-e-s des usagères-ers, des politicien-ne-s, des représentant-e-s syndicales-aux optimisera vos chances de réussite.

Objectif principal :

Contrer la fermeture d'un CHSLD ou d'un grand nombre de lits

Sous objectifs :

Mobiliser les membres contre la fermeture

Sensibiliser la population aux enjeux de la fermeture

Interpeller les décideurs

Pour informer :

- Convoquer une assemblée d'information
- Effectuer une tournée des sites
- Préparer des tracts destinés à la population

Pour mobiliser :

- Rédiger et faire circuler une pétition :
 - conjointe en Intersyndicale
 - qui peut être déposée à l'Agence ou à l'Assemblée nationale
- Organiser une ou plusieurs activités sur l'heure du dîner :
 - dîner communautaire
 - dîner-causerie avec conférenciers
- Planifier une marche citoyenne

Pour la visibilité :

- Faire des représentations politiques au-x :
 - directeur général
 - conseil d'administration du CSSS
 - conseil d'administration de l'Agence :
 - visite conjointe de l'équipe locale et d'une membre du Comité exécutif de la FIQ
 - députés au pouvoir et dans l'opposition
- S'occuper des relations de presse :
 - conférence de presse
 - communiqué de presse
 - invitation aux journalistes pour les différentes activités
- Acheter de la publicité dans les hebdomadaires régionaux

Dans la réalisation de ces actions, vous pourrez bénéficier de l'appui des divers secteurs et services de la FIQ. Il est aussi important d'impliquer votre conseillère syndicale en relations de travail. De plus, n'hésitez pas à contacter les services Organisation syndicale et Communication-Information qui pourront vous soutenir dans vos démarches.



FIQ Montréal | Siège social
2050, rue de Bleury, 4^e étage
Montréal (Québec)
H3A 2J5
514 987-1141 | 1 800 363-6541 |
Télec. : 514 987-7273
Télec. : 1 877 987-7273

FIQ Québec
1260, boul. Lebourgneuf, bur. 300
Québec (Québec)
G2K 2G2 |
418 626-2226 | 1 800 463-6770 |
Télec. : 418 626-2111
www.fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca