

AREQ

Le mouvement des personnes
retraitées CSQ



Mémoire présenté à la Direction générale des aînés
et des proches aidants
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Pour un virage audacieux en soutien à domicile :
Le Québec n'a plus le luxe d'attendre**

PAR L'AREQ (CSQ)

Décembre 2024

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| Préambule | |
| Présentation de l'AREQ (CSQ)..... | |
| Pour un virage audacieux en soutien à domicile : Le Québec n'a plus le luxe d'attendre | |
| Introduction | |
| Mise en contexte et diagnostic | 1 |
| Portrait des besoins actuels..... | 1 |
| Le résultat de ce retard?..... | 1 |
| Problèmes identifiés | 2 |
| Position de l'AREQ (CSQ) : Un appel à un virage public..... | 2 |
| Éviter de refiler la facture aux patients et à leurs proches : une « taxe SAD déguisée » | 2 |
| Pour un financement à la hauteur des meilleurs modèles de SAD dans le monde | 3 |
| Le statu quo coûtera plus cher de toute manière | 3 |
| Un investissement et non une dépense | 4 |
| Simplifier la façon dont l'État finance le SAD | 4 |
| Renforcement des conditions de travail du personnel en SAD et intégration dans les services publics | 5 |
| Le privé en SAD contribue à la pénurie de main-d'œuvre | 5 |
| Viser la qualité des soins, c'est rentable | 6 |
| Les CLSC comme pôles d'organisation et de livraison des soins et des services de SAD | 7 |
| Coordination et continuité des services..... | 7 |
| Accessibilité universelle..... | 8 |
| Une infrastructure déjà en place..... | 8 |
| Un soutien accru aux proches aidants | 8 |
| Pour que les personnes proches aidantes puissent jouer leur rôle sans s'épuiser à la tâche..... | 8 |
| Conclusion | 9 |
| Cinq propositions pour un virage audacieux en soutien à domicile | 9 |
| Liste de références | 11 |

Préambule

L'heure n'est plus à « pelleter le problème par en avant ». Revoyons le modèle du soutien à domicile (SAD) en profondeur pour que les personnes desservies soient au cœur des décisions. Cessons de financer un système dysfonctionnel, qui a été maintes fois mis en lumière par des experts au fil des ans.

« Augmenter les budgets sans revoir l'organisation des services semble donc avoir un impact limité. »

– Joanne Castonguay, commissaire à la santé et au bien-être (2023)

« Il y a des sommes très importantes dans ce domaine-là, mais il y a des lacunes majeures. Les personnes âgées en perte d'autonomie sont une population vulnérable et il y a un coup de barre à donner. »

– Michel Samson, vérificateur général par intérim (2013)

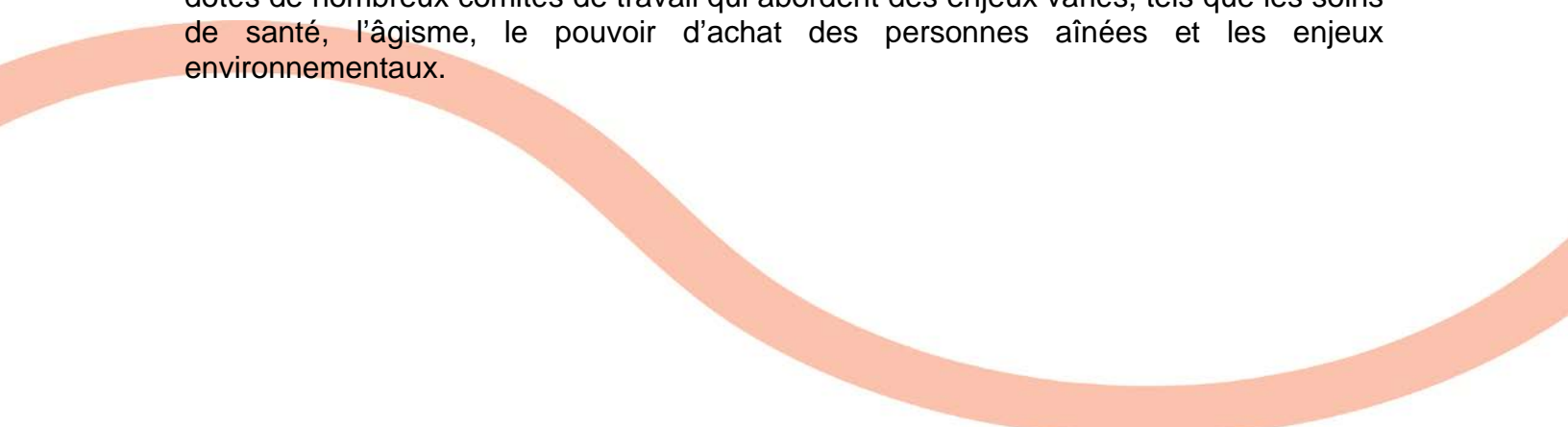
Il faut plutôt financer les besoins des personnes là où elles choisissent de vivre et éviter de les déraciner passivement à mesure que leurs conditions évoluent, comme nous le faisons actuellement.

Enfin, c'est le temps de mettre un frein à la marchandisation de la vulnérabilité des personnes âgées. L'expérience québécoise démontre que les résidences privées pour aînés (RPA) n'ont pas su répondre aux attentes en SAD et ont finalement trouvé le moyen de se faire subventionner par l'État afin de maintenir leurs marges de profits, et ce, pour des soins et des services qui ne sont pas toujours à la hauteur de ce que les personnes âgées méritent.

Présentation de l'AREQ (CSQ)

Fondée en 1961 par Laure Gaudreault, militante engagée du milieu de l'enseignement, l'AREQ (CSQ), le mouvement des personnes retraitées CSQ, représente plus de 60 000 membres, dont la moyenne d'âge est de 75 ans.

L'AREQ est active dans toutes les régions du Québec grâce à ses structures nationale, régionale et sectorielle. Elle regroupe, sur une base volontaire, des personnes retraitées de la CSQ et de ses syndicats affiliés. L'Association compte 10 régions et 81 secteurs, dotés de nombreux comités de travail qui abordent des enjeux variés, tels que les soins de santé, l'âgisme, le pouvoir d'achat des personnes âgées et les enjeux environnementaux.



Pour un virage audacieux en soutien à domicile : Le Québec n'a plus le luxe d'attendre

Introduction

À l'AREQ (CSQ), nous croyons que les aînés doivent pouvoir vivre là où elles le souhaitent, dans la dignité, et ce, avec un accès universel à des services publics de qualité en matière de soins de santé.

La consultation actuelle sur une nouvelle Politique nationale en SAD, représente une opportunité historique au Québec de réorienter les priorités gouvernementales vers une égalité d'accès et une meilleure intégration des services de SAD.

Pour ce mémoire, l'AREQ s'appuie notamment sur les constats et les recommandations de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). Celle-ci propose une vision ambitieuse inspirée des meilleurs modèles dans le monde pour le SAD dans son étude publiée en novembre 2024 intitulée *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec* ». En complément, nous citons les récents travaux du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), qui ont documenté en profondeur les défis du soutien à domicile au Québec.

Mise en contexte et diagnostic

Portrait des besoins actuels

La part des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec est passée de 13 % en 2001 à 20,8 % en 2022, et devrait atteindre 25 % d'ici 2031, selon les données démographiques publiées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Or, le rapport du CSBE révèle que le Québec se classe parmi les provinces canadiennes ayant les dépenses les plus basses en services à domicile et soins communautaires par habitant. En 2021-2022, le Québec a dépensé 259 \$ par habitant dans ce secteur, le plaçant au 11^e rang sur 13 provinces et territoires¹. Force est d'admettre que le SAD n'a pas été une priorité budgétaire au Québec dans les dernières décennies et il faut considérer ce retard dans l'élaboration d'une nouvelle politique nationale.

Le résultat de ce retard?

En 2023, le taux de réponse aux services à domicile de longue durée est évalué à 10,7 %, ce qui est très faible². Une étude récente, faite par l'IRIS, propose des investissements équivalents à la Norvège qui nous feraient passer à un taux de couverture publique de 65 %³.

Par ailleurs, malgré une augmentation de 35 % des dépenses par habitant, entre 2015 et 2022, nous notons que le Québec peine à réduire les listes d'attente et à résorber les inégalités régionales⁴. Selon l'IRIS, ces disparités régionales s'aggravent dans les zones rurales, où l'offre de services reste limitée.

Problèmes identifiés

L'étude de l'IRIS identifie plusieurs enjeux majeurs qui sont également observés par l'AREQ (CSQ) :

- **Fragmentation des services** : Le système de SAD manque de coordination. Le CSBE (*Tome 3*) souligne d'ailleurs une faible intégration entre les acteurs publics et privés, ce qui complique les parcours des usagers;
- **Inégalités d'accès** : Les coûts liés aux soins privés créent des barrières financières importantes pour les usagères et les usagers, en contradiction avec le principe d'universalité qui devrait guider notre système de santé;
- **Pénurie de main-d'œuvre** : Le manque de personnel qualifié en SAD, documenté par le CSBE et l'IRIS, est aggravé par des conditions de travail difficiles et des salaires peu compétitifs.

Position de l'AREQ (CSQ) : Un appel à un virage public

Pour l'AREQ (CSQ), la solution réside dans un virage décisif vers un SAD universel, accessible et administré par le réseau public. Les recommandations formulées dans les rapports de l'IRIS et du CSBE convergent vers des principes clés :

- Augmenter le financement public pour éliminer les barrières financières et régionales;
- Intégrer les services de manière cohérente pour garantir un parcours simplifié pour les usagers;
- Renforcer les conditions de travail et la formation des employés du SAD, comme recommandé dans le *Tome 4* du CSBE.

Éviter de refiler la facture aux patients et à leurs proches : une « taxe SAD déguisée »

L'approche proposée par l'AREQ (CSQ), axée sur la justice sociale et l'efficacité économique, cherche notamment à éviter les coûts cachés de l'externalisation des services au privé. Nous rappelons qu'en 2021, les ménages québécois ont dépensé un total de 3,2 milliards de dollars de leur portefeuille pour l'achat de soins de longue durée, soit une moyenne de 840 \$ par ménage pour des services qui devraient être accessibles et universels.⁵

Pour un financement à la hauteur des meilleurs modèles de SAD dans le monde

Sans contredit, le modèle nordique représente une transition réussie vers le soutien à domicile. À l'exception de la Finlande, les pays nordiques allouent une proportion significative de leurs dépenses en soins de longue durée au soutien à domicile. Ces pays figurent parmi les premiers au sein de l'OCDE en termes de pourcentage du PIB consacré aux soins de longue durée.⁶

De plus, ces pays se distinguent par une proportion élevée de bénéficiaires de soins de longue durée qui reçoivent ces services directement à domicile. Cela symbolise leur capacité à répondre aux besoins des usagers à domicile, et ce, même lors d'une haute intensité de soins.⁷

Le statu quo coûtera plus cher de toute manière

Avec le vieillissement de la population, des dépenses importantes seront inévitables. Si elles ne sont pas orientées vers le soutien à domicile, elles devront être investies dans les services d'hébergement et les soins hospitaliers, qui sont à la fois moins adaptés aux préférences des personnes âgées et nettement plus coûteux.

D'ici 2050, par exemple, si le modèle actuel de prise en charge basé sur l'hébergement demeure inchangé, les dépenses en soins de longue durée au Québec, qui sont évaluées à 7,7 milliards de dollars, pourraient grimper à 25,6 milliards. En revanche, un virage réussi vers le soutien à domicile permettrait de réaliser des économies substantielles, estimées à plusieurs milliards de dollars.⁸

Le modèle nordique prouve qu'il est tout à fait réalisable d'investir massivement des fonds publics dans le financement du soutien à domicile, tout en maintenant des finances publiques saines et exemplaires.⁹

Pour égaler le niveau de dépenses en soutien à domicile (SAD) de la Norvège, qui se classe au premier rang des pays de l'OCDE dans ce domaine, le Québec devrait augmenter ses investissements annuels de 7,9 milliards de dollars par rapport aux montants alloués en 2023. Il est important de noter que la Norvège et les autres pays scandinaves atteignent ces niveaux de dépenses malgré une population proportionnellement moins vieillissante que celle du Québec. En effet, la part des personnes âgées de 65 ans et plus est supérieure de 16,2 % à celle de la Norvège. Si les dépenses du Québec étaient ajustées proportionnellement à ses besoins accrus en raison du vieillissement, elles devraient atteindre 12,7 milliards de dollars, soit une augmentation de 9,7 milliards de dollars par rapport à 2023.¹⁰

En se basant sur le coût horaire des services de SAD en 2023, de tels investissements permettraient de multiplier par six le taux de couverture des besoins actuels du Québec, le faisant passer de 10,7 % à 63 %.¹¹

Un investissement et non une dépense

Au Québec, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent actuellement entre 20 % et 30 % des usagers des services d'urgence. Dans la majorité des cas, elles consultent pour des problèmes de santé (ex. : subaigus ou chroniques, de faible acuité), des situations qui auraient pu être évitées ou mieux gérées par des services de première ligne, notamment le soutien à domicile (SAD). Nous estimons que des services de SAD efficaces permettraient de réduire de 10 % les dépenses associées aux urgences, ce qui équivaldrait à une économie de 100 millions de dollars en 2023.¹²

De plus, en 2023, 500 millions de dollars ont été consacrés à des services d'hébergement en milieu hospitalier, souvent en raison du manque de places en centres d'hébergement ou de l'incapacité des CISSS et CIUSSS à offrir des services de SAD adéquats. Le coût horaire de ces services en milieu hospitalier est nettement supérieur à celui des services offerts à domicile ou en CHSLD. En transférant ces services à des milieux plus appropriés, nous pourrions générer des économies estimées entre 300 et 400 millions de dollars.¹³

Proposition 1 : Accroître les investissements publics en SAD pour élargir la couverture des besoins des personnes, actuellement à seulement 10,7 %, afin d'atteindre plus de 60 % de couverture, à l'image des pays nordiques qui offrent la couverture de SAD la plus généreuse dans le monde.

Simplifier la façon dont l'État finance le SAD

Le CBSE démontre que le SAD « [...] s'appuie sur six programmes de financement, budgétaires (financement des services directs aux usagers) et fiscaux (soutien aux personnes en perte d'autonomie et aux proches aidants), construits sans souci de complémentarité ni de synergie pour atteindre des objectifs communs [...] »¹⁴ :

- Les services de soutien à domicile offerts par les CISSS ou CIUSSS;
- Programme d'allocation directe – Chèque emploi-service;
- Programme d'exonération financière pour les services d'aide-domestique;
- Programme de soutien aux organismes communautaires;
- Crédit d'impôt pour maintien à domicile d'un aîné;
- Crédit d'impôt pour personne aidante.

D'ailleurs, nous soulignons que 30 % des fonds publics investis dans le SAD sont accordés sans qu'une évaluation des besoins par un professionnel de la santé ait été faite¹⁵. La grande part de ces dépenses (86 %) est allouée au crédit d'impôt pour le maintien à domicile des aînés, qui est presque entièrement accaparé par les résidences privées pour aînés (RPA)¹⁶. En effet, plus de 80 % des dépenses fiscales liées à ce crédit d'impôt se dirigent vers les RPA¹⁷. Pourtant, seulement 17 % des personnes âgées de 75 ans et plus résident dans des RPA au Québec (2021)¹⁸.

Le CSBE indique que la multiplicité de ces mesures budgétaires se traduit en complications inutiles pour chacune des parties prenantes (usagers, proches aidants et prestataires de services) et qu'elle entraîne des coûts qui pourraient être évités¹⁹. Selon l'AREQ, il faut plutôt chercher à dégager les usagères et les usagers ainsi que les personnes proches aidantes de la responsabilité « de courir après l'argent » dans les dédales administratifs, tout en simplifiant la tâche des équipes SAD en Centres locaux de services communautaires (CLSC) pour le financement et la livraison des soins et des services en SAD.

Proposition 2 : Réviser le modèle de financement du SAD pour le simplifier, au maximum, afin que les usagères et les usagers puissent être évalués dans le réseau public et que des équipes SAD des CLSC puissent disposer des ressources et du financement nécessaires pour répondre aux besoins des personnes en SAD.

Renforcement des conditions de travail du personnel en SAD et intégration dans les services publics

L'intégration des travailleuses et travailleurs du secteur privé dans le réseau public entraînerait une augmentation des coûts en raison de la bonification substantielle de leur rémunération, mais la déprivatisation des services entraînerait des économies.

En effet, le coût horaire des services fournis par les agences de placement pour le soutien à domicile, incluant les marges de profits de ces entreprises, dépasse désormais celui de la main-d'œuvre du réseau public, et ce, même dans le domaine de l'aide à domicile. Contrairement à d'autres secteurs privés, le rapatriement de la main-d'œuvre indépendante au sein du réseau public permettrait ainsi de réduire les coûts.

De plus, les résidences pour aînés (RPA) génèrent des taux de profits estimés en moyenne à 10,1 %. Cela signifie qu'une partie des subventions accordées par l'État pour financer une portion des salaires dans ces entreprises privées, ainsi que les dépenses des établissements publics pour l'achat de services auprès de sous-traitants, contribue indirectement à ces profits. Ces coûts pourraient être éliminés en optant pour une déprivatisation des services.

Le privé en SAD contribue à la pénurie de main-d'œuvre

De toute évidence, la privatisation des services de SAD est liée à une dégradation marquée des conditions de travail, qui sont elles-mêmes étroitement liées à la qualité des soins, notamment parce que ces conditions de travail inférieures s'accompagnent d'un plus grand roulement de personnel.²⁰

Historiquement, les établissements publics ont généralement exigé des formations plus approfondies pour les postes en aide à domicile, comme des diplômes d'études professionnels comprenant entre 700 et près de 1 000 heures de formation.

En revanche, les fournisseurs privés imposent parfois des exigences beaucoup moins strictes, se limitant à une formation d'environ 30 heures en réanimation cardiorespiratoire et en déplacement sécuritaire des personnes.²¹

Dans le cas des résidences pour aînés (RPA), les conditions de travail sont si précaires que l'État a dû intervenir en offrant des subventions salariales aux entreprises du secteur durant la pandémie dans le but d'éviter des ruptures de services résultant de l'aggravation soudaine de la pénurie de personnel. Ces subventions, reconduites à plusieurs reprises depuis, resteront en place au moins jusqu'à la fin de 2026.²²

Nous notons qu'une pénurie persistante de main-d'œuvre nuit à l'efficacité des services alors que les besoins se feront de plus en plus criants au terme du défi démographique québécois. Selon le CSBE, environ 6 600 équivalents temps complet seront nécessaires d'ici 2040 pour répondre aux besoins croissants²³.

En ce sens, le gouvernement du Québec a déjà fait un pas important dans la bonne direction. En effet, « [...] pour offrir davantage de stabilité aux équipes et réduire les coûts, une loi et un règlement ont été adoptés en 2023 pour limiter l'utilisation des agences de placement de personnel et de la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans le domaine de la santé et des services sociaux (DSSS). »²⁴. Cette logique doit être appliquée dans la nouvelle politique SAD du gouvernement.

Viser la qualité des soins, c'est rentable

Dans le domaine du SAD, la privatisation des services entraîne une dégradation de leur qualité sur au moins deux aspects principaux. Premièrement, elle s'accompagne d'une externalisation significative des services, confiés à des fournisseurs privés dont les employés ne sont pas intégrés aux équipes multidisciplinaires du réseau public. Ces fournisseurs privés ne sont pas soumis à une surveillance aussi rigoureuse concernant la qualité des services qu'ils offrent. Deuxièmement, cette externalisation conduit à une multiplication des intervenants et à un roulement fréquent du personnel, ce qui compromet la coordination, l'intégration, la stabilité et la continuité des services pour les usagers.²⁵

Or, l'intégration complète des travailleurs du SAD au sein des équipes publiques de première ligne, où ils jouent souvent un rôle essentiel en tant qu'« yeux et oreilles » sur le terrain, ainsi que la continuité des services, constituerait des éléments essentiels pour garantir la qualité des soins.²⁶

À cet effet, l'IRIS a produit une estimation des coûts d'un tel chantier²⁷ :

| Estimation des coûts supplémentaires et des économies associés au modèle proposé de SAD par rapport au modèle actuel | |
|---|------------------|
| Dépenses totales en SAD 2023-2024 | 2618 M\$* |
| Rémunération des travailleuses et travailleurs du privé équivalente à celle des employé-e-s du réseau public | 380 M\$ |
| Travailleuses et travailleurs du CES | + 165 M\$ |
| Travailleuses et travailleurs des EÉSAD et des RPA | + 270 M\$ |
| Travailleuses et travailleurs des agences de placement | - 55 M\$ |
| Élimination des subventions salariales aux RPA | - 83 M\$ |
| Élimination des profits pour les services sous-traités aux RPA | - 25 M\$ |
| Réduction de 20 % des heures consacrées aux tâches administratives | - 110 M\$ |
| Réduction du temps de déplacement | - 295 M\$ |
| Réduction du nombre d'intervenant-e-s par usagère ou usager | - 235 M\$ |
| Déplacements locaux plutôt que régionaux | - 60 M\$ |
| Total des coûts supplémentaires et des économies | - 133 M\$ |
| Économies en pourcentage des dépenses actuelles | 5 % |

* Ce nombre diffère de celui présenté au tableau 1 puisque nous n'utilisons pas la même source de données.
Tableau: IRIS - Source: CISSS et CIUSSS, Rapports financiers 2023-2024, formulaire AS-471, 2024; CSBE, Bien vieillir chez soi - tome 1 - comprendre l'écosystème, 2023; MSSS, demande d'accès à l'information, 2024; MFQ, Plan budgétaire, Budget 2024-2025, mars 2024; Statistique Canada, Établissements privés de soins infirmiers et pour bénéficiaires internes, statistiques sommaires, Tableau 13-10-0102-01, consulté le 13 septembre 2024; Fanny Lévesque, « Petite résidences privées pour aînés : Québec paiera les soins de santé », La Presse, 30 janvier 2024; Nicholas-James Clavet et autres, Horizon 2040 : projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec, 2023; Nicholas-James Clavet et autres, Les impacts financiers d'un virage vers le soutien à domicile au Québec, cahier de recherche, Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, mai 2021; Maudie Benoit, Léonie Pierron et Gabriel Lévesque, Aux premières lignes du soutien à domicile : une enquête auprès de 697 travailleuses du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées à travers le Québec, État 21, UQAM, 2020. Calculs de l'IRIS.

Proposition 3 : Au public, rapatrier le personnel en SAD pour les soins de santé et les activités de la vie quotidienne (AVQ) et donc bonifier les conditions des travailleuses et des travailleurs en SAD. De ce fait, en augmentant les salaires, en offrant des possibilités de formations continues et en intégrant des équipes multidisciplinaires en santé.

Les CLSC comme pôles d'organisation et de livraison des soins et des services de SAD

L'AREQ (CSQ) appuie la recommandation de l'IRIS qui propose de redonner aux CLSC un rôle central dans l'organisation et la prestation du SAD²⁸. Les CLSC ont une mission ancrée dans les soins de proximité dans le but de répondre aux besoins de base des citoyens en matière de santé et de soutien, en réduisant la dépendance aux hôpitaux et à l'hébergement. Cette approche préventive et communautaire est parfaitement alignée avec les objectifs du soutien à domicile, qui visent à maintenir les personnes dans leur milieu de vie le plus longtemps possible.

Coordination et continuité des services

Les CLSC sont bien positionnés pour jouer un rôle central dans la coordination des services de SAD. En s'appuyant sur des équipes multidisciplinaires et en intégrant des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des infirmières et infirmiers, des médecins, des préposées et préposés aux bénéficiaires dans des équipes coordonnées, les CLSC peuvent assurer une prise en charge globale et continue des usagers.

Puis, leurs liens avec les hôpitaux, les CHSLD et les organismes communautaires facilitent le transfert fluide des usagers entre différents niveaux de soins, évitant les ruptures de services.

Accessibilité universelle

Étant donné leur présence dans toutes les régions du Québec, les CLSC garantissent une accessibilité équitable aux services de SAD. Contrairement aux fournisseurs privés, qui concentrent leurs services dans les zones urbaines et les secteurs rentables, les CLSC ont pour mandat de servir tous les citoyens, peu importe leur lieu de résidence ou leur revenu.

Une infrastructure déjà en place

Les CLSC disposent d'une infrastructure physique et organisationnelle qui peut être renforcée pour répondre aux besoins croissants en SAD. Leur réseau est déjà implanté sur tout le territoire québécois, ce qui permet un accès rapide et direct aux services.

Proposition 4 : Que les CLSC deviennent de véritables pôles pour le SAD avec une approche intégrée, préventive et centrée sur l'utilisateur, tout en misant sur le réseau public pour assurer l'universalité et l'équité des services ! Pour ce faire, le gouvernement du Québec doit s'assurer de fournir les ressources et les budgets à la hauteur des besoins populationnels.

Un soutien accru aux proches aidants

Les proches aidants jouent un rôle central dans le soutien à domicile (SAD) en fournissant des soins essentiels à leurs proches, sans rémunération ni accès à des ressources de soutien suffisantes. En 2022, environ un tiers des adultes québécois, soit 2,4 millions de personnes, agissaient en tant que proches aidants, fournissant au moins une heure d'aide ou de soins par semaine à un proche²⁹.

En aucun cas, les proches aidants ne doivent remplacer le manque de ressources dans le réseau de la santé. Toute nouvelle politique publique en SAD doit pouvoir prendre en compte les capacités et les limites des personnes proches aidantes dans le rôle qu'elles peuvent jouer.

Pour que les personnes proches aidantes puissent jouer leur rôle sans s'épuiser à la tâche

En 2018, 16,4 % des personnes proches aidantes au Québec consacraient 20 heures ou plus par semaine à leurs activités de soutien³⁰. Selon un sondage récent auprès des membres de l'AREQ, six personnes proches aidantes sur dix affirment rencontrer des défis psychologiques ou physiques en lien avec l'aide qu'elles apportent.

Malheureusement, les services de répit sont insuffisants et, souvent, inaccessibles pour de nombreuses familles selon les régions.

Proposition 5 : Renforcer les programmes de répit et faciliter l'accès aux programmes d'assistance financière pour les proches aidants en offrant une aide administrative via le CLSC pour les usagers et leurs proches.

Conclusion

Le Québec se trouve à la croisée des chemins pour son offre de soins et de services aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap. Le vieillissement rapide de la population, les inégalités régionales et la fragmentation des services demandent une réponse forte et concertée. L'AREQ propose un virage audacieux misant sur un financement accru dans le réseau public et une intégration renforcée des services vers les CLSC.

Un tel virage pourra non seulement contrôler la croissance des coûts hospitaliers (ex. : à l'urgence) et en hébergement (ex. : création de places en CHSLD/Maison des aînés et location de places en RPA), mais surtout permettre aux personnes âgées de choisir leur milieu de vie, près de leurs repères, de leurs services, de leur entourage et de contribuer dans leur communauté en préservant leur autonomie le plus longtemps possible.

Enfin, le gouvernement du Québec ne doit pas reproduire la même erreur qu'en 2003 avec la politique *Chez soi : Le premier choix*. Toute nouvelle politique publique en SAD proposée par le gouvernement actuel, qui ne serait pas accompagnée d'un cadre financier rigoureux et d'un budget substantiel, ne ferait que répéter cet échec à l'aube du plus grand défi démographique de notre histoire.

Cinq propositions pour un virage audacieux en soutien à domicile

Proposition 1 : Accroître les investissements publics en SAD pour élargir la couverture des besoins des personnes, actuellement à seulement 10,7 %, afin d'atteindre plus de 60 % de couverture, à l'image des pays nordiques qui offrent la couverture de SAD la plus généreuse dans le monde.

Proposition 2 : Réviser le modèle de financement du SAD pour le simplifier, au maximum, afin que les usagères et les usagers puissent être évalués dans le réseau public et que des équipes SAD des CLSC puissent disposer des ressources et du financement nécessaires pour répondre aux besoins des personnes en SAD.

Proposition 3 : Au public, rapatrier le personnel en SAD pour les soins de santé et les activités de la vie quotidienne (AVQ) et donc bonifier les conditions des travailleuses et des travailleurs en SAD. De ce fait, en augmentant les salaires, en offrant des possibilités de formations continues et en intégrant des équipes multidisciplinaires en santé.

Proposition 4 : Que les CLSC deviennent de véritables pôles pour le SAD avec une approche intégrée, préventive et centrée sur l'utilisateur, tout en misant sur le réseau public pour assurer l'universalité et l'équité des services ! Pour ce faire, le gouvernement du Québec doit s'assurer de fournir les ressources et les budgets à la hauteur des besoins populationnels.

Proposition 5 : Renforcer les programmes de répit et faciliter l'accès aux programmes d'assistance financière pour les proches aidants en offrant une aide administrative via le CLSC pour les usagers et leurs proches.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- ¹ Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023). *Bien vieillir chez soi : Comprendre l'écosystème du soutien à domicile au Québec – Rapport préliminaire* (Tome 1). Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/services-soutien-domicile-performance.html>
- ² Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024). *Bien vieillir chez soi : Une transformation qui s'impose – Rapport final sur le soutien à domicile au Québec* (Tome 4). Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose/>
- ³ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ⁴ Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023). *Bien vieillir chez soi : Comprendre l'écosystème du soutien à domicile au Québec – Rapport préliminaire* (Tome 1). Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/services-soutien-domicile-performance.html>
- ⁵ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ⁶ *Ibid.*
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ *Ibid.*
- ⁹ *Ibid.*
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² *Ibid.*
- ¹³ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ¹⁴ Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024). *Bien vieillir chez soi : Une transformation qui s'impose – Rapport final sur le soutien à domicile au Québec* (Tome 4). Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose/>
- ¹⁵ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ¹⁶ *Ibid.*
- ¹⁷ *Ibid.*
- ¹⁸ Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). (2021). *Les résultats de l'ERPA de 2021 sont arrivés*. L'Observateur du logement. [En ligne] : <https://www.cmhc-schl.gc.ca/observateur-du-logement/2021/les-resultats-de-lerpa-de-2021-sont-arrives>
- ¹⁹ Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024). *Bien vieillir chez soi : Une transformation qui s'impose – Rapport final sur le soutien à domicile au Québec* (Tome 4). Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose/>
- ²⁰ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ²¹ *Ibid.*
- ²² *Ibid.*
- ²³ Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024). *Bien vieillir chez soi : Une transformation qui s'impose – Rapport final sur le soutien à domicile au Québec* (Tome 4). Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose/>
- ²⁴ Gouvernement du Québec. (n.d.). *Fin du recours aux services des agences de placement de personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux*. [En ligne] : <https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/sante-services-sociaux/fin-recours-services-agences-placement-personnel-reseau-sante-services-sociaux>
- ²⁵ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ²⁶ *Ibid.*
- ²⁷ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*. Montréal, Québec : IRIS. [En ligne] : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ L'Appui pour les proches aidants. (2022). *Enquête sur la proche aide au Québec en 2022*. [En ligne] : <https://lappui.org/fr/enquete-sur-la-proche-aidance-au-quebec-en-2022/>
- ³⁰ Observatoire québécois de la proche aide. (n.d.). *La proche aide*. [En ligne] : <https://observatoireprocheaide.ca/la-proche-aidance/>