

RAPPORT DE CONSULTATION DE L'AUTOMNE 2024

Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais

À quand le grand virage vers le soutien à domicile?

Rédigé par

Mathieu Charbonneau

**L'Association québécoise de défense des droits
des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais
(AQDR Outaouais)**

et

Action Santé Outaouais (ASO)

4 septembre 2025



Table des matières

Remerciements	1
Sommaire court	2
1. Mise en contexte	5
Encadré 1. Définitions	6
Tableau 1. Nombres et tranches d'âges de population en Outaouais, 2024	8
Tableau 2. Indices de défavorisation matérielle et sociale dans les MRC de Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau	9
2. Évènements publics de l'automne 2024	11
Soirée « panel et discussions » du 6 novembre 2024.....	11
Forum de consultation citoyenne du 20 novembre 2024	13
Graphique 1. Répartition des heures d'aide à domicile de longue durée selon le fournisseur de services.....	15
Graphique 2. Distribution des heures de soutien à domicile de longue durée par catégories de prestataires dans les régions du Québec, 2018-2019.....	16
3. Synthèse des ateliers de consultation citoyenne	19
3.1 Écosystème du maintien de l'autonomie.....	19
Tableau 3 : Défis et solutions dans l'écosystème du soutien à domicile	22
3.2 Conditions de travail, formation et proche-aidance.....	24
Tableau 4. Défis et solutions pour les personnes soignantes et aidantes.....	26
3.3 Financement du soutien à domicile.....	28
Tableau 5. Besoins, modes de financement, obstacles et iniquités	28
4. Les solutions pour le maintien de l'autonomie en Outaouais	32
<i>Encadré 2. Les solutions pour un grand virage vers le maintien de l'autonomie de la Coalition pour la dignité des aînés</i>	32
Écosystème du soutien à domicile	33
Conditions de travail, formation et proche-aidance	33
Financement du maintien de l'autonomie.....	34
Le financement public, équitable et efficace du virage vers le maintien de l'autonomie.....	35
Annexe A. Liste des groupes et organismes représentés lors du Forum de consultation « Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais », 20 novembre 2024	38
Annexe B. Notes méthodologiques : ateliers de consultation et analyse thématique	39
Références bibliographiques et informations	39

Remerciements

L'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais (AQDR Outaouais) et Action Santé Outaouais (ASO) tiennent à remercier leurs partenaires ayant été engagés à l'une ou l'autre des étapes de ce projet, notamment : Services aux aînés des Collines, Intervention Soutien aux aînés victimes d'abus (SAVA) Outaouais, les Habitations partagées de l'Outaouais, la Vigie santé des Collines, le Regroupement des personnes handicapées de l'Outaouais (RAPHO) et la Table des aînés de Gatineau. L'AQDR Outaouais et ASO tiennent aussi à remercier Campus 3 pour sa contribution à la présentation du forum de consultation du 20 novembre 2024, en plus de la Direction des services de soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation du CISSS de l'Outaouais et des personnes suivantes : Louise Boivin, D^{re} Isabelle Brousseau-Tremblay, Chantal Duguay, Guillaume Hébert, Isabelle Léger, Patrik Marier et Anne Plourde. Enfin, l'AQDR Outaouais et ASO remercient toutes les personnes présentes aux événements publics des 6 et 20 novembre 2024.

Sommaire court

- Dans un contexte vieillissement de la population et de sous-financement historique de la santé d'au moins 200 M\$ par année, l'Outaouais, et en particulier ses territoires ruraux, risquent de frapper un mur d'ici une quinzaine d'années en matière de soins de longue durée.
- À l'automne 2024, l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais (AQDR Outaouais) et Action Santé Outaouais ont senti le besoin de rassembler citoyens, groupes, professionnelles de la santé et élus de la région afin de cibler les défis et les solutions pour travailler ensemble au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Les deux organismes ont présenté une soirée « panel et discussions » le 6 novembre et une journée forum de consultation citoyenne le 20 novembre. Ce rapport présente les résultats de cette consultation.
- Les personnes consultées observent des problèmes causés par le manque de coordination et la fragmentation du système québécois SAD : manque d'informations sur les services disponibles et sur les portes d'entrée du système, problèmes d'accessibilité aux services, manque de services, suivi insuffisant (problèmes de communication entre prestataires de services) et problèmes de qualité des services. Les personnes consultées constatent un important manque de personnel, une surcharge de travail, un manque de formation de certaines catégories de personnel et une précarité touchant le travail des femmes, lesquelles forment la majorité des usagères, des travailleuses et des proches-aidantes en SAD.
- L'Outaouais est parmi les régions avec la plus faible part d'heures de SAD de longue durée dispensées par le réseau public par rapport aux heures financées par le chèque emploi-service et les fournisseurs privés. La privatisation du SAD contribue aux problèmes de coordination, de fragmentation, de qualité des services, de suivi, de conditions de travail et de formation.
- Face à ces constats, les personnes consultées proposent des solutions, dont voici les principales :
 1. Faire des CLSC les véritables portes d'entrée du SAD : mettre en place une gestion locale et une gouvernance démocratique des CLSC ;
 2. Ouvrir les CLSC 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour améliorer la coordination du SAD, l'accessibilité aux services et le suivi ;
 3. Faire des travailleuses sociales en CLSC les personnes pivots du SAD et augmenter leur nombre ;
 4. Professionnaliser le personnel : augmenter la proportion du personnel ayant une formation professionnelle afin d'améliorer la qualité des services de SAD et le suivi par une augmentation du nombre d'auxiliaire de santé et services sociaux et de travailleuses sociales (rémunérer la formation et les stages) ;
 5. Investir pour bonifier les salaires, les conditions de travail et le soutien à la proche-aidance ;
 6. Décentraliser la gouvernance publique afin que l'allocation du financement se fasse en fonction des besoins des populations et des territoires en matière de SAD ;
 7. Rehausser le financement public du logement adapté aux besoins des personnes âgées.
- Les personnes âgées veulent maintenir leur autonomie, faire leurs choix de vie, subvenir à leurs besoins et demeurer dans leur chez soi. L'argent existe pour mettre fin au sous-financement de l'Outaouais et du SAD. Il faut passer de la parole aux actes et investir dans des services visant le maintien de l'autonomie des aînés sans oublier la nécessité de mieux financer les soins de longue durée. À quand le grand virage promis depuis des décennies vers le soutien à domicile?

Sommaire long

Au Québec, il y a sous-financement des soins de longue durée en général et du soutien à domicile en particulier par rapport au reste du Canada et à plusieurs pays occidentaux. Aux prises avec un sous-financement historique de la santé d'au moins 200 millions de dollars par année, les enjeux en soins de longue durée et en SAD sont sans surprise majeure en Outaouais. Il manque près de 400 places en soins de longue durée en Outaouais et 1500 places risquent de manquer en 2040 en Outaouais.

Les territoires ruraux de l'Outaouais sont touchés par un vieillissement rapide de la population et les personnes âgées des milieux ruraux de l'Outaouais sont plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté que dans les milieux urbains. Face à ces enjeux majeurs, l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais (AQDR Outaouais) et Action Santé Outaouais ont senti le besoin de rassembler citoyens et groupes de la région afin de cibler les défis et les solutions pour travailler ensemble au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans notre région.

L'AQDR Outaouais et Action santé Outaouais ont présenté deux événements publics sur le SAD et le maintien de l'autonomie des personnes âgées à l'automne 2024. Le premier événement a consisté en une soirée « panel et discussion » dont l'objectif était de réfléchir à la question du maintien de l'autonomie et du SAD à l'échelle du Québec et des politiques en vigueur ailleurs dans le monde. Le second événement a pris la forme d'un forum de consultation citoyenne, ayant réuni 89 citoyennes et citoyens, représentants d'organismes, professionnelles de la santé, personnes proches-aidantes et élus de la région de l'Outaouais.

En plus du sous-financement public du SAD au Québec, l'hébergement reçoit la majorité des ressources financières en soins de longue durée mais prend en charge une minorité de personnes, alors que la SAD reçoit une minorité du financement en soins de longue durée mais prend en charge une grande majorité de personnes. Le sous-financement du SAD, la concentration des ressources en hébergement et l'absence de mise en application d'une politique nationale ont contribué à la privatisation du SAD au Québec. Cette privatisation contribue elle-même au manque de coordination, aux problèmes de qualité des services et au manque de formation du personnel en SAD. L'Outaouais est d'ailleurs parmi les régions avec la plus faible part d'heures de SAD de longue durée dispensée par le réseau public par rapport aux heures financées par le chèque emploi-services et les fournisseurs privés.

Les ateliers du forum de consultation du 20 novembre 2024 visaient à cibler les défis et les solutions quant à trois thèmes : l'écosystème du maintien de l'autonomie, le personnel et la proche-aidance et le financement du SAD en Outaouais. Les personnes consultées constatent plusieurs défis liés aux effets néfastes du manque de coordination et de la fragmentation du SAD. Nous partageons le constat d'un important manque d'information sur les différentes portes d'entrée et sur les services disponibles, et ce, même à l'intérieur des CLSC et auprès des certains médecins. Les personnes consultées observent que la fragmentation de l'écosystème et la privatisation du SAD ont conduit à une hiérarchisation des prestataires de services : on a créé des catégories de personnel ayant de meilleures conditions de travail et de meilleures formations, face à d'autres travailleuses précaires souvent sans formation et issues de l'immigration.

Dans le contexte de sous-financement et de privatisation en Outaouais, les personnes consultées ont identifié plusieurs besoins de financement et plusieurs problèmes liés à certains modes de financement du SAD. De manière générale, le sous-financement public apparaît criant dans les milieux ruraux où le vieillissement de la population est le plus rapide et où les services sont encore moins accessibles. Des personnes consultées dénoncent le niveau excessif de dépenses individualisées et privées exigées des personnes usagères et de leur famille pour avoir accès aux services de SAD.

Les principales solutions ciblées par les personnes consultées pour améliorer le SAD et le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais concernent d'abord le rôle des centres locaux de services communautaires (CLSC). On propose de faire des CLSC les véritables portes d'entrée du SAD en réinvestissant et en mettant en place une gestion locale et une gouvernance démocratique dans les CLSC. Ouvrir les CLSC 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, permettrait d'améliorer la coordination du SAD, l'accessibilité aux services et le suivi des personnes usagères. Pour ce faire, on propose de faire des travailleuses sociales en CLSC les personnes pivots du SAD et en augmentant leur nombre. De plus, la professionnalisation du personnel en SAD figure parmi les principales solutions ciblées ; cette professionnalisation passerait notamment par une augmentation de la proportion du personnel ayant une obligation de formation professionnelle afin d'améliorer la qualité des services et le suivi en SAD. Enfin, en matière de financement, les personnes consultées proposent notamment de mettre fin au sous-financement public des soins de longue durée et du SAD au Québec, de rééquilibrer le financement alloué en soins de longue durée vers le SAD, de mettre fin au sous-financement de l'Outaouais en santé et services sociaux en réinvestissant notamment dans les territoires ruraux de la région, et de décentraliser la gouvernance publique afin que l'allocation du financement se fasse en fonction des besoins des populations et des territoires en matière de SAD.

L'AQDR Outaouais et Action Santé Outaouais rappellent que la solution souhaitée par les personnes âgées est un grand virage vers le maintien de l'autonomie. La population âgée veut maintenir son autonomie, faire ses choix de vie, subvenir à ses besoins et demeurer dans son chez soi. En mettant fin au sous-financement de la santé et des services sociaux en Outaouais, il faut passer de la parole aux actes et investir dans des services visant le maintien de l'autonomie des aînés sans oublier la nécessité de mieux financer les soins de longue durée. À quand le grand virage promis depuis des décennies vers le soutien à domicile?

1. Mise en contexte

Résumé

Au Québec, il y a sous-financement des soins de longue durée en général et du soutien à domicile en particulier par rapport au reste du Canada et à plusieurs pays occidentaux. Aux prises avec un sous-financement historique de la santé d'au moins 200 millions de dollars par année, les enjeux en soins de longue durée et en SAD sont sans surprise majeure en Outaouais. Il manque près de 400 places en soins de longue durée en Outaouais et 1500 places risquent de manquer en 2040 en Outaouais. Les territoires ruraux de l'Outaouais sont touchés par un vieillissement rapide de la population et les personnes âgées des milieux ruraux de l'Outaouais sont plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté que dans les milieux urbains. Face à ces enjeux majeurs, l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais (AQDR Outaouais) et Action Santé Outaouais ont senti le besoin de rassembler citoyens et groupes de la région afin de cibler les défis et les solutions pour travailler ensemble au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans notre région.

« Le système de soins de santé au Canada et au Québec a été institué dans les années 1960 au moment où la population était jeune et les maladies surtout aiguës. Les services couverts ont visé surtout les soins hospitaliers et médicaux. Ces systèmes ne se sont pas adaptés au vieillissement de la population et à la prépondérance des maladies chroniques. L'hospitalocentrisme du système de soins et services au Québec ne permet pas de répondre convenablement aux besoins des personnes âgées à domicile et en institutions d'hébergement. Les réformes structurelles récentes du réseau de la santé et des services sociaux ont amplifié ce phénomène. Les soins à domicile sont insuffisants et la qualité des services en institutions d'hébergement est loin d'être optimale ». ¹

Le vieillissement de la population est une réalité dans la majorité des pays industrialisés. Le Québec se démarque toutefois par un vieillissement de la population parmi les plus rapides des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)². Le Québec vient au 11^e rang sur 38 pays de l'OCDE pour la part de personnes de 65 ans et plus dans la population³. Dans ce contexte, la pandémie de COVID-19 a été certes catastrophique autour de la planète, mais plusieurs milieux d'hébergement québécois pour personnes âgées ont généré des conditions de vie indignes. Après les deux premières vagues pandémiques, la majorité des décès chez les personnes âgées sont survenus au Québec dans les résidences privées pour âgées (RPA) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)⁴. Comme l'explique l'Institut national de santé publique du Québec, au début de la pandémie au printemps 2020 :

« ...le Québec faisait partie des provinces canadiennes, avec l'Ontario, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, parmi lesquelles les résidents en soins de longue durée représentaient plus de 70 % de tous les décès dont la cause initiale est la COVID-19. Le Québec est, par ailleurs, la province où l'on observe la plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en soins de longue durée. De plus, les femmes sont plus nombreuses à vivre dans ces milieux, ce qui explique probablement la surmortalité un peu plus élevée observée chez ces dernières [...] lors de la première vague »⁵.

En 2016, 10,5% des Québécois et Québécoises de plus de 75 ans résidaient en RPA, contre des proportions de 5,8% pour l'ensemble du Canada et 3,4% en Ontario⁶. La proportion particulièrement élevée de Québécoises et de Québécoise résidant en RPA et en CHSLD est d'autant plus préoccupante que les dépenses en soins de longue durée⁷ sont au Québec proportionnellement inférieures aux moyennes du Canada et des pays de l'OCDE⁸. Aux problèmes de qualité et de sous-financement des soins de longue durée au Québec s'ajoutent des problèmes en matière de soutien à domicile (SAD).

Encadré 1. Définitions ⁹

Soutien à domicile (SAD)

Le SAD « comprend les services de courte durée (soins postopératoires, suivis périnataux, etc.) ainsi que des services de longue durée, qui visent pour leur part le maintien à domicile et le maintien de l'autonomie des personnes. Le SAD inclut les soins et services professionnels à domicile ainsi que l'aide à domicile. »

Soins et services professionnels à domicile

Les soins et services professionnels correspondent aux soins dispensés à domicile par des infirmières et infirmiers, travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes et inhalothérapeutes.

Aide à domicile

L'aide à domicile est dispensée par des auxiliaires en santé et services sociaux ou par des préposées. Elle comprend l'aide aux activités de la vie quotidienne, l'aide aux activités de la vie domestique et les activités de soutien civique.

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

L'aide aux AVQ correspond aux services d'assistance à la personne (soins d'hygiène, assistance pour l'alimentation, aide pour les déplacements, etc.).

Activités de la vie domestique (AVD)

L'aide aux AVD correspond aux services d'aide domestique (entretien ménager, préparation des repas, etc.).

Activités de soutien civique

Le soutien civique correspond à l'aide fournie pour l'accomplissement de tâches administratives (administrer un budget, remplir des formulaires, etc.) ainsi que l'accompagnement pour les sorties.

Au Québec les dépenses publiques en aide à domicile, en proportion des dépenses en soins de longue durée sont sous la moyenne des pays industrialisés et les dépenses par habitant en SAD et en soins communautaires, sont les troisièmes plus faibles au Canada, après l'Alberta et le Nunavut¹⁰.

Pourtant, en 2003, le gouvernement du Québec adoptait une première politique nationale de SAD, nommée « Chez soi : le premier choix »¹¹. En janvier 2024, la Commissaire à la santé et au bien-être a fait un bilan des deux décennies de cette politique nationale en publiant le dernier tome d'un rapport intitulé *Bien vieillir chez soi*¹². La Commissaire conclut que la politique de 2003 a été « peu implantée » et « n'a jamais été examinée ni approuvée par le Conseil des ministres »¹³. Elle établit quatre constats généraux au sujet du SAD au Québec : le système est « construit sur des assises fragiles » ; il est « complexe, peu intégré et peu performant » ; il y a un manque de cohérence entre les besoins de la population et les conditions d'éligibilité aux programmes ; et le système est « peu soutenable financièrement »¹⁴. Bref, selon la Commissaire, l'actualisation de la politique de 2003, amorcée en avril 2023 et qui a accouché d'un nouveau plan d'action 2024-2029¹⁵, risque fortement de donner les mêmes résultats : manque de coordination nationale, problèmes d'intégration des services, incohérences dans les conditions d'éligibilité aux programmes et sous-financement.

Aux prises avec un sous-financement historique de la santé d'au moins 200 millions de dollars par année¹⁶, les enjeux en soins de longue durée et en SAD sont sans surprise majeure en Outaouais. Par exemple, il manque près de 400 places en soins de longue durée en Outaouais. Si rien n'est fait, 1500 places manqueront en 2040 en Outaouais, même avec les ouvertures de Maisons des aînés prévues en 2025 et en 2026 en dans la région¹⁷.

En 2024, la proportion de personnes de 65 ans et plus était de 18,4% en Outaouais, légèrement sous la moyenne québécoise de 21,1%, mais de 28% dans la Municipalité régionale de comté (MRC) de Pontiac, de 28,7% dans la MRC de Papineau et de 29,7% dans la MRC Vallée-de-la-Gatineau (voir Tableau 1).

Tableau 1. Nombres et tranches d'âges de population en Outaouais, 2024¹⁸

	Ville de Gatineau	MRC Les Collines-de- l'Outaouais	MRC de Papineau	MRC de Pontiac	MRC Vallée-de- la- Gatineau	Outaouais
Population	305 334	58 101	27 182	14 918	21 708	427 243
0-19 ans	68 737 (22,5%)	14 072 (24,2%)	4 625 (17%)	2900 (19,4%)	3 580 (16,5%)	93 914 (21,9%)
20-64 ans	183 882 (60,2%)	34 688 (59,7%)	14 761 (54,3%)	7834 (52,5%)	11 684 (53,8%)	252 849 (59,2%)
65 ans et plus	52 715	9341	7796	4184	6 444	80 480
% de 65 ans et plus	17,3%	16,1%	28,7	28,0%	29,7%	18,8%

Ces données démographiques permettent d'identifier un indice de dépendance, défini par le rapport entre la population aux deux extrêmes de la pyramide des âges (jeunes et aînés) et la population active (20-64 ans). On constate qu'entre les milieux ruraux et urbains, il y a un écart de 7 points de pourcentage entre la proportion de la population active sur le marché du travail et la proportion des jeunes et aînés. C'est un premier indice de la pauvreté relative des citoyens des milieux ruraux par rapports à ceux des milieux urbains. Cela signifie que les enfants et les personnes aînées des milieux ruraux sont plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté que dans les milieux urbains.

Le Tableau 2 indique qu'en plus d'être touchés par une population particulièrement vieillissante, les territoires ruraux de l'Outaouais se caractérisent par des concentrations de populations défavorisées.

Tableau 2. Indices de défavorisation matérielle et sociale dans les MRC de Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau¹⁹

MRC	Communauté	Matérielle	Sociale	Combinée	% identité autochtone
Pontiac	Rapides-des-Joachims, Sheenboro, Chichester, Waltham, L'Isle-aux-Allumettes	5	1	3	21,60 %
	Mansfield-et-Pontefract, Fort-Coulonge	5	2	4	28,40 %
	Litchfield, L'Île-de-Grand-Calumet, Campbell's Bay, Bryson	5	2	4	15,40 %
	Thorne, Otter Lake	5	1	3	20,80 %
	Shawville, Clarendon	4	3	4	5,10 %
	Pontiac				18 %
La vallée-de-la-Gatineau	Bois-Franc, Montcerf-Lytton, Grand-Remous	5	2	4	19,40 %
	Aumond, Déléage	5	2	4	25,70 %
	Maniwaki, Egan Sud	5	4	5	23,10 %
	Kitigan Zibi	N. d.	N. d.	N. d.	
	Blue Sea, Bouchette, Messines, Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau	4	2	3	18,40 %
	Kazabazua, Lac-Sainte-Marie, Low, Alleyn-et-Cawood	5	1	3	12,40 %
	Gracefield, Cayamant	5	2	4	11,60 %
	La Vallée-de-la-Gatineau				22,90 %

En effet, la population des MRC de Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau se retrouvent presque toutes dans le dernier quintile de l'indice de défavorisation matérielle²⁰. Dans ces deux MRC, 12 communautés sur un total de 13 comptent entre 11,6% et 28,4% de personnes autochtones²¹.

Les deux tableaux précédents indiquent que les données moyennes pour l'Outaouais sur la situation des personnes âgées ne doivent pas occulter les écarts de vulnérabilité et de pauvreté relative entre les milieux urbains et ruraux de la région. Cependant, face aux enjeux majeurs à court terme, en matière de vieillissement de la population et de maintien de l'autonomie des

personnes âgées, l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais (AQDR Outaouais) et Action Santé Outaouais ont senti le besoin de rassembler citoyens et groupes de la région afin, d'une part, de mieux comprendre l'écosystème québécois de soutien à domicile, les limites des politiques québécoises et les solutions qui existent ici et ailleurs. D'autre part, et surtout, les deux organismes ont senti la nécessité de rassembler les citoyens et représentants des organismes, professionnelles et territoires de l'Outaouais pour cibler les défis et les solutions afin de travailler ensemble au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans notre région.

2. Événements publics de l'automne 2024

Résumé

L'AQDR Outaouais et Action santé Outaouais ont présenté deux événements publics sur le SAD et le maintien de l'autonomie des personnes âgées à l'automne 2024. Le premier événement a consisté en une soirée « panel et discussion » dont l'objectif était de réfléchir à la question du maintien de l'autonomie et du SAD à l'échelle du Québec et des politiques en vigueur ailleurs dans le monde. Le second événement a pris la forme d'un forum de consultation citoyenne, ayant réuni 89 citoyennes et citoyens, représentants d'organismes, professionnelles de la santé, personnes proches-aidantes et élus de la région de l'Outaouais. En plus du sous-financement public du SAD au Québec, l'hébergement reçoit la majorité des ressources financières en soins de longue durée, mais prend en charge une minorité de personnes, alors que la SAD reçoit une minorité du financement en soins de longue durée mais prend en charge une grande majorité de personnes. Le sous-financement du SAD, la concentration des ressources en hébergement et l'absence de mise en application d'une politique nationale ont contribué à la privatisation du SAD au Québec. Cette privatisation contribue elle-même au manque de coordination, aux problèmes de qualité des services et au manque de formation du personnel en SAD. L'Outaouais est d'ailleurs parmi les régions avec la plus faible part d'heures de SAD de longue durée dispensée par le réseau public par rapport aux heures financées par le chèque emploi-services et les fournisseurs privés.

Au mois de novembre 2024, l'AQDR Outaouais et Action santé Outaouais ont présenté deux événements publics sur le SAD et le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Voici les comptes rendus de ces événements.

Soirée « panel et discussions » du 6 novembre 2024

« Le soutien à domicile : vieillir dans la dignité dans sa communauté »

Le premier événement, présenté le 6 novembre 2024 au Relais plein-air du Parc de la Gatineau, a consisté en une soirée « panel et discussion », ayant réuni 64 personnes, dont l'objectif était de réfléchir à la question du maintien de l'autonomie et du SAD à l'échelle du Québec et des politiques en vigueur ailleurs dans le monde. Il s'agissait de discuter du plus récent rapport de la Commissaire à la santé et au bien-être²², de la politique *Vieillir et vivre ensemble* et de son nouveau plan d'action 2024-2029²³, et des solutions et des modèles en vigueur dans d'autres pays.

Pour l'occasion, l'AQDR Outaouais et Action santé Outaouais ont reçu comme panélistes Patrik Marier, professeur à l'Université Concordia, et Guillaume Hébert, chercheur à l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS)²⁴. Les discussions du panel ont tourné autour de sept grands thèmes.

1. ***Approche médicalisée du vieillissement*** : Au Canada, l'approche sur le vieillissement est très médicalisée et non préventive. On accorde peu de place aux différents professionnels de la santé qui gravitent autour du gériatre, contrairement aux autres professionnelles de la santé, comme les infirmières et autres spécialistes. Les soins en intervention sociale sont considérés dans le domaine privé alors que les soins médicaux sont dans le secteur public. Le vieillissement est souvent pensé comme un enjeu de santé, alors que c'est un enjeu plus global qui nécessite de considérer les aspects sociaux.
2. ***Définitions de bases et bienfaits du maintien de l'autonomie*** : Les définitions de base sur le SAD au Québec ont été présentées (voir « Encadré 1. Définitions » page 6). Nous avons vu que plusieurs recherches démontrent qu'il y a des bienfaits au maintien de l'autonomie des personnes et que, par exemple, l'entrée dans un CHSLD réduit l'espérance de vie des gens, surtout dans les petites communautés éloignées des services, où les personnes sont déracinées de leurs milieux de vie et se voient forcées de déménager à plusieurs dizaines de kilomètres de leur domicile. L'approche globale préconisée par le maintien de l'autonomie tout au long de la vie adulte permet d'intervenir dès les premières manifestations de perte d'autonomie et ainsi éviter de trop attendre et éviter que la personne aînée se retrouve en milieu hospitalier faute de service en amont. Le SAD s'inscrit donc dans une perspective de prévention et de promotion du vieillissement en santé.
3. ***L'histoire du système de soutien à domicile au Québec*** : Les panélistes ont effectué un retour dans le passé pour remonter aux origines du système actuel de soutien à domicile. Avant la création du système public de santé au tournant des années 1970, il existait peu d'initiatives en matière de SAD, à part quelques communautés religieuses et organismes qui faisaient des visites à domicile. Le SAD des personnes aînées était surtout géré dans le domaine privé et il incombait aux familles, principalement aux femmes, d'assurer l'aide aux personnes aînées. Les ménages les plus nantis pouvaient payer une aide domestique et pouvaient se débrouiller, mais les responsabilités revenaient généralement aux femmes. La mise sur pied des CLSC en 1971 a été très difficile et le modèle a rapidement failli éclater. Ce qui a sauvé les CLSC, c'est le mandat de gérer les SAD confié en 1979, en vertu de leur proximité avec les milieux et leur ancrage dans les communautés. Au milieu des années 1990, le chèque emploi-service a été créé, à la demande du mouvement des personnes en situation de handicap, et des responsabilités ont été peu à peu transférées aux entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSSAD). En 2003, la première politique nationale de SAD, déposée sous le gouvernement libéral de Jean Charest, est venu changer le rôle des CLSC en matière de SAD, mais cette politique été peu implantée et le SAD souffre toujours de sous-financement public au Québec.
4. ***Fragmentation et inefficacités*** : Il y a fragmentation du continuum de services en SAD en raison de l'absence d'une politique nationale intégrée et bien financée au Québec. Cette fragmentation et la diversité des parties prenantes dans l'écosystème de SAD amènent plusieurs enjeux : coordination difficile, cultures organisationnelles différentes, ordres professionnels qui viennent parfois trop baliser certaines actions et qui génèrent des doublons ou de l'inefficacité, problèmes de confidentialité et de partage d'informations entre tiers.
5. ***Iniquités, financement et privatisation*** : Le système actuel est générateur d'iniquités. Par exemple, l'allocation directe, le chèque emploi-service et les mesures fiscales font en sorte que les personnes moins nanties sont pénalisées puisqu'elles ne peuvent généralement pas payer les soins dans le secteur privé. Plusieurs personnes rencontrent des enjeux d'accessibilité au système public et elles sont incapable de bonifier le chèque emploi-service en payant des sommes supplémentaires au montant de base alloué pour attirer ou retenir du personnel préposé aux soins ou de l'aide domestique.

6. **Travail précaire et droits des femmes** : Les femmes sont au cœur du SAD. Il y a une importante précarisation du travail alors que les travailleuses et les personnes soignantes sont souvent des femmes, immigrantes, avec de mauvaises conditions de travail et peu de formation, dans un système incohérent. Les femmes sont plus nombreuses dans les cohortes plus âgées en raison de leur espérance de vie supérieure, elles représentent l'énorme majorité des proches-aidantes et des travailleuses de la santé et de l'aide à domicile. Le soutien à domicile est un enjeu directement lié aux droits des femmes et au droit de vivre dans la dignité chez soi.
7. **Solutions ailleurs dans le monde** : Il existe des pistes de solutions et des modèles ailleurs dans le monde en matière de maintien de l'autonomie, notamment en Allemagne, en Corée du sud et en France où il existe des financements dédiés au SAD, par exemple à travers des allocations publiques. En Suède, le SAD est géré par les municipalités et peut représenter jusqu'à 40 % du budget d'une municipalité. Les municipalités suédoises doivent respecter la loi nationale sur les services sociaux, mais elles ont beaucoup de flexibilité sur les priorités qu'elles souhaitent mettre de l'avant. Au moins deux pistes de solutions générales sont ressorties. D'un côté, il s'agit d'améliorer les méthodes de gestion en redonnant plus de discrétion et d'autonomie aux professionnelles qui œuvrent en SAD. De l'autre, plus la gouvernance et le financement sont près des personnes âgées et des communautés, plus élevées sont l'accessibilité et la qualité des services. Les responsabilités et les budgets doivent être rapprochés des personnes et des communautés.

Forum de consultation citoyenne du 20 novembre 2024

« *Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais* »

Le second évènement, le 20 novembre 2024, a pris la forme d'un forum de consultation citoyenne, tenu à Campus 3 à Gatineau, où se sont réunis 89 citoyennes et citoyens, représentants d'organismes, professionnelles de la santé, personnes proches-aidantes et élus de la région de l'Outaouais. Au moins 24 groupes et organisations furent représentés durant ce forum de consultation (voir Annexe A).

La journée a débuté par un panel régional mettant en vedette Dre Isabelle Brousseau-Tremblay, Mme Isabelle Léger et Mme Chantal Duguay²⁵. Lors de ce panel, Dre Brousseau-Tremblay a brossé un portrait des fondements médicaux du maintien de l'autonomie et de l'importance du SAD en gériatrie. Isabelle Léger a pour sa part présenté la gamme des services de SAD offerts par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais ainsi que le travail du réseau public de la santé et des services sociaux en collaboration avec les organismes communautaires, les groupes de médecines familiales (GMF) et les résidences privées pour aînés (RPA) en matière de maintien de l'autonomie. Chantale Duguay, l'une des trois initiatrices de *Logement intégré de Hull*, a expliqué l'origine de la corporation démarrée en 1987, sa mission

et ses services de maintien à domicile. En 1987, *Logement intégré de Hull* est devenu le milieu de vie de 8 personnes vivant auparavant au CHSLD La Pietà et de 4 personnes attendant une place en CHSLD. Ces personnes sont passées du statut de patient à un statut de locataire. Vivre à *Logement intégré de Hull* c'est vivre dans un immeuble privé, accessible aux personnes handicapées, dans un logement adapté et recevoir des services d'aide physique et d'aide domestique pour maintenir son autonomie, et ce, sur une base de 24/7. La longévité de cet organisme communautaire qui accueille aujourd'hui 18 personnes démontre le besoin réel de telle initiative qui combine le logement adapté et le partage de services de maintien de l'autonomie. Les trois panélistes ont enfin été invitées à partager leur vision des principaux besoins, des principaux défis et des principales solutions en SAD dans la région.

Durant la journée, il y a eu trois ateliers de consultation. Le premier atelier a porté sur l'écosystème du maintien de l'autonomie. Tel qu'indiqué ci-dessus, la Commissaire à la santé et au bien-être constate que le système québécois de SAD est « construit sur des assises fragiles », « complexe, peu intégré et peu performant »²⁶. Ce premier atelier été l'occasion de réfléchir aux rôles de chacune des parties prenantes en maintien de l'autonomie dans les milieux de vie, les milieux de travail et les municipalités de Outaouais, tout en ciblant les principaux défis et les principales solutions. Cet atelier a été suivi d'une période de mise en commun.

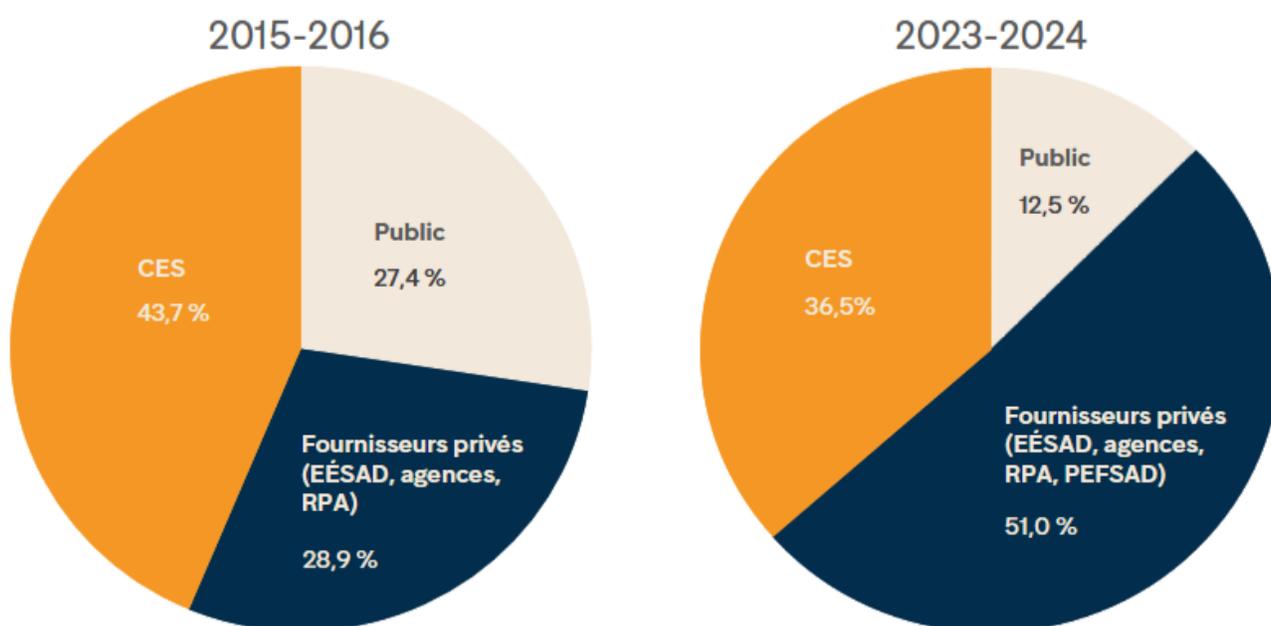
Le second atelier a pour sa part porté sur les conditions de travail, la formation et la proche-aidance. Lors de la soirée « panel et discussion » du 6 novembre 2024, nous avons vu que le manque de coordination et d'intégration des services de SAD au Québec conduit notamment à des problèmes de continuité et de qualité des services, de suivi des personnes et de différences dans le niveau de formation des personnes offrant les services. Ce second atelier visait donc à réfléchir aux défis vécus par les personnes usagères, soignantes et/ou proche-aidantes en matière de conditions de travail en SAD en Outaouais et à proposer des solutions répondant aux besoins de la région.

En introduction à ce second atelier, [une capsule vidéo avec Louise Boivin](#), sociologue et professeure associée au Département de relations industrielles de l'Université du Québec en Outaouais, a été présentée à l'auditoire. Louise Boivin y décrit le contexte de marchandisation et de privatisation du soutien à domicile et de ses impacts sur les conditions de travail. Par exemple,

de 2015-2016 à 2023-2024, il y a eu une forte privatisation de services d'aide à domicile de longue durée, alors que la part du secteur public (donc les auxiliaires de santé et services sociaux) a diminué de plus de la moitié (voir Graphique 1).

Graphique 1. Répartition des heures d'aide à domicile de longue durée selon le fournisseur de services²⁷

CES : Chèque emploi-service - EÉSSAD : entreprises d'économie sociale en soutien à domicile – RAP : résidences privées pour aînés.



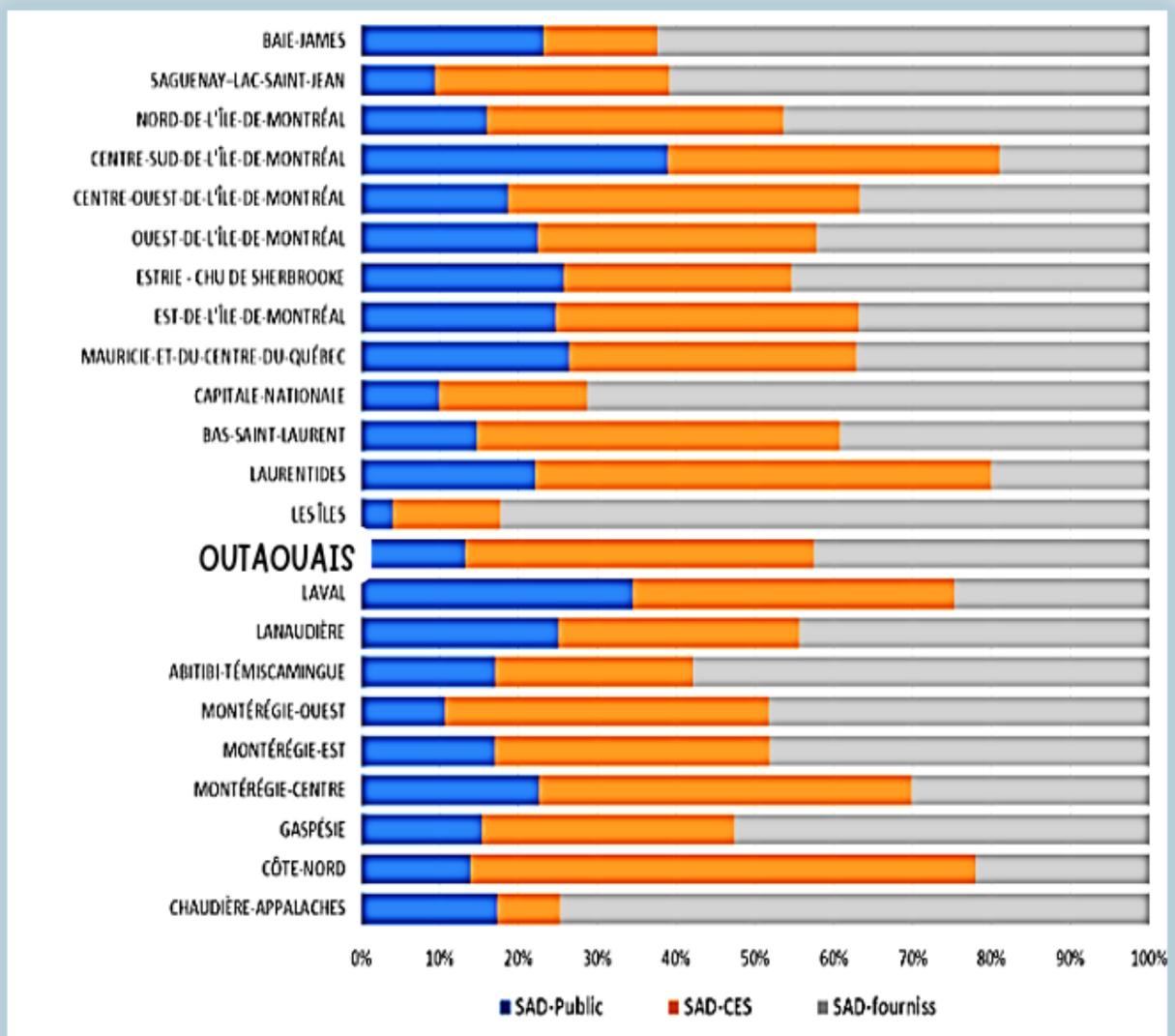
NOTE : La comparaison entre ces deux années doit être faite avec prudence parce qu'un changement de méthodologie est survenu en 2019-2020 dans la compilation des données par le MSSS. Notamment, les heures achetées en PEFSAD lorsque les établissements publics assument la contribution de l'usagère et de l'utilisateur ont été ajoutées dans la catégorie « fournisseurs privés ». Néanmoins, ce changement n'altère pas les tendances générales à la privatisation des services illustrées dans ce graphique. Comme on le constate au graphique 9, les interventions réalisées dans le cadre du PEFSAD ne représentent que 5 % du total des interventions effectuées par les fournisseurs privés.

SOURCES : Louise Boivin, *La place des secteurs public et privé dans la prestation des services d'aide à domicile au Québec depuis la réforme Barrette de 2015*, UQO et FSSS, 2020; MSSS, demande d'accès à l'information, 2024.

En 2024, 12,5% des heures de services étaient offertes par le secteur public au Québec (voir la pointe de tarte en beige) alors que le chèque emploi services et le fournisseurs privés (entreprises d'économie sociale en soutien à domicile, agences de placement et résidences privées pour aînés) représentent 90% des heures de services (voir les pointes de tarte en orange et bleu)²⁸.

La région de l’Outaouais est d’ailleurs parmi les régions avec la plus faible part d’heures de SAD de longue durée dispensée par le réseau public par rapport aux heures financées par le chèque emploi-services et les fournisseurs privés (voir Graphique 2).

Graphique 2. Distribution des heures de soutien à domicile de longue durée par catégories de prestataires dans les régions du Québec, 2018-2019²⁹



Les impacts de cette privatisation sur les conditions de travail des personnes soignantes sont nombreux. Par exemple, comme l'explique Louise Boivin, dans un contexte de budgets inférieurs au besoin, les établissements publics vont avoir recours aux prestataires privés afin d'offrir un maximum d'heures de services à un coût moindre, c'est-à-dire en ayant recours à une main d'œuvre ayant de faibles salaires, des conditions précaires, souvent de la formation déficiente, et souvent des problèmes de qualité des soins, par exemple dans les EÉSSAD et les RPA. En effet,

«...ces conditions de travail inférieures s'accompagnent d'un plus grand roulement de personnel (avec les conséquences décrites plus haut sur la continuité des services) et d'exigences moindres sur le plan de la formation. Ainsi, historiquement, les établissements publics ont eu tendance à exiger des formations plus approfondies pour les postes en aide à domicile, comme des diplômes d'études professionnelles variant de 700 à près de 1000 heures de formation, alors que les fournisseurs privés n'exigent parfois aucune formation autre qu'une trentaine d'heures en réanimation cardiorespiratoire et en déplacement sécuritaire des personnes. »³⁰

Le troisième et dernier atelier de consultation a soulevé la question du financement du SAD. L'objectif était de réfléchir aux obstacles et défis vécus par les personnes usagères, soignantes et/ou proche-aidantes faisant face aux différents modes de financement du SAD en Outaouais, tout en proposant des solutions. Il y a au Québec un sous-financement public du SAD, par rapport au reste du Canada et à plusieurs pays occidentaux³¹. De plus, comme l'explique la Commissaire à la santé et au bien-être, au Québec, « l'hébergement reçoit 62% des ressources financières destinées aux soins de longue durée, mais prend en charge seulement 16% des usagers, alors que le soutien à domicile reçoit 38% des ressources financières et prend en charge 84% des usagers. »³² La complexité du système, avec ses programmes comme le chèque emploi-service, les crédits fiscaux et les services pour lesquels il faut payer individuellement, génère des inefficacités et des iniquités.

En introduction à ce dernier atelier, une [capsule vidéo avec Anne Plourde](#), politologue et chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques, a été présentée. Anne Plourde y explique qu'il y a sous-financement des soins de longue durée, mais aussi du SAD au Québec, ce qui empêche d'effectuer le grand virage promis depuis des années vers le maintien de l'autonomie. Le recours au privé et le financement indirect du réseau privé par l'État québécois via les programmes de crédit d'impôts et le chèque service-emploi contribuent à la fragmentation, aux inefficacités et aux iniquités observées en matière de SAD. Dans les deux cas, la personne ayant besoin de services doit faire des dépenses dans le privé. Ces mesures sont donc inéquitables car les personnes ayant le plus de besoins font face aux plus grands obstacles financiers. Bref,

l'État se trouve donc à supporter le développement du secteur privé à but lucratif, par exemple finançant les importants profits de l'industrie des résidences privées pour aînés (RPA). Les RPA sont considérées par le gouvernement du Québec comme des « domiciles ». Au Québec, 30% des dépenses publiques en SAD, soit 826 M\$ sur un total de 2981 M\$, est alloué à des services sans évaluation professionnelles des besoins et 86% de ces dépenses « est alloué au crédit d'impôt pour le maintien à domicile des aînés, lui-même presque entièrement accaparé par les [RPA] »³³.

Avant la clôture du forum, une période de mise en commun et de plénière a été tenue. Ce forum de consultation citoyenne sur le maintien de l'autonomie des personnes aînées en Outaouais a généré une couverture médiatique le jour même, alors que Mme Luce Bernier, présidente de l'AQDR Outaouais, a été reçue en entrevue par la journaliste Marie-Jeanne Dubreuil à l'émission *Sur le vif* de la radio Ici Première de Radio-Canada Ottawa-Gatineau. Comme l'expliquait Mme Bernier, « *les aînés veulent choisir leur lieu de résidence, ils veulent rester autonomes, ils veulent s'occuper d'eux-mêmes, mais le jour où ils ont des difficultés passagères ou à plus long terme, ils veulent être capables d'avoir des services qui sont à proximité.* »³⁴

3. Synthèse des ateliers de consultation citoyenne

Résumé

Les ateliers du forum de consultation du 20 novembre 2024 visaient à cibler les défis et les solutions quant à trois thèmes : l'écosystème du maintien de l'autonomie, le personnel, la proche-aidance et le financement du SAD en Outaouais. Les personnes consultées constatent plusieurs défis liés aux effets néfastes du manque de coordination et de la fragmentation du SAD. On partage le constat d'un important manque d'information sur les différentes portes d'entrée et sur les services disponibles, même à l'intérieur des CLSC et auprès des certains médecins. Les personnes consultées observent que la fragmentation de l'écosystème et la privatisation du SAD ont conduit à une hiérarchisation des prestataires de services : on a créé des catégories de personnel ayant de meilleures conditions de travail et de meilleures formations, face à d'autres travailleuses précaires souvent sans formation et issues de l'immigration. Dans le contexte de sous-financement et de privatisation en Outaouais, les personnes consultées ont identifié plusieurs besoins de financement et plusieurs problèmes liés à certains modes de financement du SAD. De manière générale, le sous-financement public apparaît criant dans les milieux ruraux où le vieillissement de la population est le plus rapide et où les services sont encore moins accessibles. Des personnes consultées dénoncent le niveau excessif de dépenses individualisées et privées exigées des personnes usagères et de leur famille pour avoir accès aux services de SAD. Plusieurs solutions concrètes ont été identifiées, dont les principales concernent les centres locaux de services communautaires (CLSC) : faire des CLSC les véritables portes d'entrée du SAD : réinvestir en mettant en place une gestion locale et une gouvernance démocratique dans les CLSC ; ouvrir les CLSC 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour améliorer la coordination du SAD, l'accessibilité aux services et le suivi des personnes usagères et faire des travailleuses sociales en CLSC les personnes pivots du SAD et augmenter leur nombre.

Après le panel régional, le forum de consultation du 20 novembre 2024 s'est déroulé en trois ateliers de discussion portant respectivement sur l'écosystème du maintien de l'autonomie, le personnel et la proche-aidance et le financement du SAD. Voici la synthèse des constats, des défis et des solutions en matière de SAD en Outaouais identifiés par les personnes ayant participé à cette importante consultation (voir Annexe B. Note méthodologiques : ateliers de consultation et analyse thématique).

3.1 Écosystème du maintien de l'autonomie

Des personnes consultées mentionnent à quel point il faut faire preuve de persévérance et de leadership pour les personnes usagères et leurs proches pour naviguer dans l'écosystème bureaucratique et fragmenté du SAD. Les aînés peuvent facilement être perdus dans cet écosystème et se sentir désemparés, surtout si elles sont seules et peu familières du réseau de la santé. Les personnes usagères et aidantes peuvent se demander : « où est la porte d'entrée? ». On

partage le constat d'un important manque d'information sur les différentes portes d'entrée et sur les services disponibles, même à l'intérieur des CLSC et auprès des certains médecins.

Généralement, les personnes consultées constatent plusieurs défis liés aux effets néfastes du manque de coordination et de la fragmentation du SAD. Ce manque de coordination existe tant à l'intérieur du réseau public, au sein des CLSC, entre les CLSC, les organismes communautaires et les EÉSSAD, qu'en relation avec les prestataires privés (chèque emploi-service et RPA). Dans le cas de toutes les parties prenantes en SAD, on remarque des défis liés au manque de services, aux problèmes d'accessibilité aux services, au manque de suivi et de continuité et au manque d'informations et de communications au sujet des services disponibles. La déresponsabilisation de l'État et le sous-financement figurent parmi les principaux défis identifiés : sous-financement de la santé et des services sociaux en général et sous-financement public du SAD en particulier en Outaouais.

Malgré leurs défis, les CLSC sont vus comme les principaux dispensateurs de services et coordonnateurs du SAD, entre le réseau public et les organismes communautaires. Leur ancrage dans les communautés et les territoires et leur capacité à intervenir en temps de crise constituent l'une des forces des CLSC en Outaouais.. En revanche, on remarque que les CLSC ont perdu leur vocation initiale : avant, les CLSC étaient l'une des principales portes d'entrée du système de santé et du SAD. On souhaitait notamment désengorger les urgences et faire de la prévention. Les CLSC contribuaient à la coordination des services et à l'aiguillage des usagers. Il était possible de téléphoner directement dans un CLSC et d'avoir accès à des travailleuses sociales. Les personnes les plus vulnérables pouvaient avoir directement accès aux services en CLSC.

Les réformes de centralisation et les fusions ont fait perdre aux CLSC ce rôle de porte d'entrée. Les médecins, les groupes de médecine familiale (GMF) et dans une certaine mesure le 811 sont devenus les portes d'entrée du système. La prévention a été confié à la Direction de la santé publique et le réseau public de la santé travaille maintenant davantage en silo. Par exemple, dans les Collines-de-l'Outaouais, la fusion de quatre CLSC a conduit à la désintégration de leurs rôles initiaux. Les CLSC sont devenus essentiellement administratifs et de moins en moins actifs dans les services directs et sur le terrain. Plusieurs membres du personnel des CLSC ont été transférés

vers les GMF (groupe de médecine familiale³⁵, mais ceux-ci ne réussissent pas à jouer le rôle qui était celui des CLSC, notamment en raison de l'accent des GMF mis sur le curatif et du manque d'information de certains médecins au sujet des services de SAD. Avant, lorsque l'évaluation en SAD se faisait sur le nombre d'heures que la personne avait besoin, c'était des employés du CLSC qui fournissaient les services, alors que maintenant, il y a un manque d'employés et de la sous-traitance. Le manque de personnel est si important qu'on peut voir de 2 à 3 ans d'attente pour des services de SAD.

Au sujet des organismes communautaires, on remarque qu'ils viennent souvent palier au sous-financement et aux manques dans le réseau public de santé et de services sociaux, surtout en période de coupures, en plus d'être eux-mêmes sous-financés. Les organismes communautaires aident dans certains cas les personnes à naviguer et à les aiguiller dans le système fragmenté du SAD, par exemple dans les cas où le 811 ne parvient pas à les aider. Les listes d'attente en SAD font en sorte que les organismes doivent se tourner vers les entreprises privées pour référer leurs membres.

Au contraire du réseau public, des CLSC et des organismes communautaires, les discussions en ateliers semblent avoir peu portées sur les EÉSSAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile). Il est difficile d'offrir une explication de cette situation, mais on peut proposer au moins deux hypothèses. La première est que, contrairement aux CLSC et aux organismes communautaires, l'ancrage des EÉSSAD dans les communautés est généralement plus faible. La deuxième hypothèse tient à la présence d'une seule EÉSSAD urbaine à Gatineau, Remue-Ménage de l'Outaouais (RMO Services de maintien à domicile), desservant également une partie de la MRC des Collines-de-l'Outaouais. Il existe seulement trois autres EÉSSAD dans la région : le Mont d'OR (Pontiac), la Coopérative de solidarité en aide domestique (Vallée-de-la-Gatineau) et la Coop des 1001 corvées (Papineau et surtout la Petite-Nation)³⁶. Enfin, des personnes consultées soulèvent le besoin criant de mesures de protection pour les aînées en matière de logement et de logements adaptés et à prix modique (sur le logement, voir 3.3 ci-dessous).

Tableau 3 : Défis et solutions dans l'écosystème du soutien à domicile

Atelier #1	Défis	Solutions
Réseau public de santé et des services sociaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fragmentation et manque de coordination entre les services (par exemple entre le 811 et les CLSC) 2. Accès difficile au <i>Guichet d'accès régional des services à domicile et des services gériatrique</i> 3. Manque d'informations sur les services disponibles en SAD 4. Offre de plusieurs services ne favorisant pas le maintien à domicile des aînés 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la coordination entre le 811, le <i>Guichet d'accès</i>, les CLSC et les organismes communautaires 2. Donner les capacités organisationnelle et financière aux CLSC pour remplir le rôle de coordination des parties prenantes et du suivi des usagers 3. Se rapprocher des organismes communautaires
CLSC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mission, structure et culture : <ol style="list-style-type: none"> a. Perte du rôle initial (porte d'entrée) b. Lourdeur bureaucratique c. Complexité d. Déshumanisation 2. Difficultés à répondre aux besoins le soir, la nuit et les fins de semaine 3. Manque de services : services souvent insuffisants ou inadaptés aux besoins 4. Manque d'accessibilité aux services 5. Suivi insuffisant : besoin d'un accompagnement plus régulier 6. Manque d'informations sur les services disponibles en SAD 7. Personnel (voir aussi 3.2 ci-dessous) <ol style="list-style-type: none"> a. Transfert vers les GMF b. Manque de personnel et temps d'attente trop élevé (ergothérapeutes, physiothérapeutes) c. Surcharge de travail 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire des CLSC la véritable porte d'entrée du SAD <ol style="list-style-type: none"> a. Mettre en place une gestion locale des CLSC par et pour les communautés et les territoires b. Faire des travailleuses sociales en CLSC les personnes pivots du SAD c. Prioriser l'accueil et l'écoute des usagers 2. Ouvrir les CLSC 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour une véritable prise en charge des aînés 3. Assurer la coordination des services entre les CLSC et l'écosystème du SAD (ex. diriger les gens au bon endroit et mieux connaître les organismes sur leur territoire) 4. Améliorer et rendre accessible l'information sur les services disponibles 5. Augmenter le personnel pour maximiser les suivis individuels (par exemple les suivis téléphoniques) 6. Améliorer l'information (voir ci-dessus) 7. Personnel (voir 3.2 ci-dessous)
EÉSSAD Entreprise d'économie sociale en aide à domicile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malgré leur important financement public, les EÉSSAD souffrent d'une importante pénurie de personnel 2. Problèmes de coordination des services et de collaboration dans l'écosystème 3. Il y a des rencontres et des échanges entre les organismes communautaires et les EÉSSAD, par exemple dans le secteur Gâtineau. 	
OC Organismes communautaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déresponsabilisation de l'État et sous-financement <ol style="list-style-type: none"> a. Santé et services sociaux en Outaouais b. Manque de financement c. Iniquités dans les subventions (un organisme faisant plus de tâches reçoit la même subvention qu'un autre qui en fait moins) 2. Manque de coordination 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investir dans les organismes communautaires en fonction des besoins des populations desservies tout en évitant que l'État se déresponsabilise de sa mission de services publics 2. Contribuer à une meilleure coordination de l'écosystème du SAD <ol style="list-style-type: none"> a. Créer des liens avec le réseau public

Atelier #1	Défis	Solutions
	<ul style="list-style-type: none"> a. Problèmes de communications (les OC ne connaissent parfois pas bien les services et les ressources disponibles dans le réseau) b. Concentration des ressources à Gatineau et ressources insuffisantes dans les territoires ruraux c. Difficultés dans les relations avec les CLSC dans le cadre du programme <i>Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV)</i>³⁷ d. Le 811 et le 211 réfèrent aux OC financés par le PSOC³⁸ mais pas aux OC auto-financés <p>3. Personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manque de personnel b. Problèmes de rétention et de roulement c. Nombre insuffisant d'heures de services d. Travail à temps partiel <p>4. Plusieurs problèmes liés au travail bénévole</p>	<ul style="list-style-type: none"> b. Passer d'une concertation à une véritable coordination des OC entre eux et dans leurs relations avec le réseau public <p>3. Mieux coordonner le recrutement de personnel à l'intérieur du secteur communautaire (entre organismes)</p> <p>4. Mieux encadrer, former et soutenir les bénévoles</p>

Pour plusieurs personnes consultées, le renforcement du système de SAD passe par un rôle actif du réseau public de santé et de services sociaux dans la coordination entre les CLSC, le 811, le *Guichet d'accès régional des services à domicile et des services gériatrique* et les organismes communautaires. Pour ce faire, on doit donner les capacités organisationnelle et financière aux CLSC et en faire les véritables portes d'entrée du SAD. En plus d'un réinvestissement dans les CLSC, on propose de mettre en place une véritable gestion locale des CLSC, au sein desquels les communautés et les territoires participent réellement à une gouvernance démocratique des services. On propose d'intégrer des mécanismes de consultations publiques à la gouvernance des CLSC. Des CLSC ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, permettraient d'améliorer la coordination du SAD, l'accessibilité aux services et le suivi, en augmentant le nombre de travailleuses sociales, lesquelles doivent devenir les personnes pivots du SAD.

Des personnes consultées proposent un réinvestissement en SAD en fonction des besoins des populations desservies, tout en évitant que l'État ne se déresponsabilise davantage de sa mission de services publics en SAD. Les organismes communautaires ont une grande expertise de leurs milieux et peuvent contribuer à améliorer la coordination générale de l'écosystème du SAD en collaborant davantage avec les CLSC. Cette contribution des organismes communautaires

nécessiterait en revanche, en plus d'une volonté de la part du réseau public et d'une augmentation du financement à la mission, la mise en place d'un mode de gouvernance ou de mécanismes de coordination à l'intérieur même du milieu communautaire afin de mieux structurer les relations des organismes avec le réseau public.

3.2 Conditions de travail, formation et proche-aidance

Dans le réseau public, on observe une certaine standardisation des conditions de travail et de la formation et la présence de formation continue pour le personnel professionnel avec un permis de pratique. Cependant, la déresponsabilisation de l'État a conduit à une privatisation du SAD, laquelle a eu des impacts néfastes sur les droits du travail et les conditions de travail, notamment dans les contextes de sous-traitance. La fragmentation de l'écosystème et la privatisation du SAD ont conduit à une hiérarchisation des prestataires de services : on a créé des catégories de personnel ayant de meilleures conditions de travail et de meilleures formations, face à d'autres travailleuses précaires souvent sans formation et issues de l'immigration.

Tant dans le réseau public que dans le secteur privé, on remarque que les services de santé et les services sociaux, comme le SAD, ne sont pas adaptés aux techniques de gestion *Lean* ou de type « toyotiste ». Cette gestion inspirée du secteur privé nuit à l'autonomie professionnelle et aux conditions de travail des personnes, mais aussi à la qualité des services offerts. Les tâches de SAD ne peuvent pas être toutes quantifiées et mesurées ; cette gestion technocratique est souvent improductive et même contre-productive.

Dans le contexte de sous-financement de la santé et des services sociaux en Outaouais et de concurrence de la province voisine, la bonification des salaires est évidemment un besoin crucial. En revanche, on doit aussi respecter l'autonomie professionnelle et s'assurer que l'ensemble des personnes soignantes participe à l'organisation du travail. Les conditions de travail sont souvent le premier facteur qui pousse les gens à quitter le réseau public de la santé, par exemple pour un emploi au gouvernement fédéral. Les horaires éclatés qu'offre le secteur privé et le mi-temps peuvent être des avantages et favoriser l'exode des travailleurs du public vers le privé.

La formation accélérée est insuffisante pour assurer connaissances et compétences adéquates et il y a peu de temps et de budget alloué à la formation continue (ce qui est notamment un défi pour les organismes communautaires). L'absence de formation professionnelle pour une importante partie du personnel en SAD est un défi important identifié par plusieurs personnes consultées. De plus, le manque de lieu de formation dans les territoires ruraux de l'Outaouais et les obstacles linguistiques et les différences culturelles représentent les autres principaux défis en matière de formation en SAD. Des personnes consultées remarquent que certaines EÉSSAD s'assurent que les personnes donnant les SAD aient les mêmes qualifications que dans le réseau public, mais que ce n'est pas le cas pour toutes les entreprises.

En proche-aidance, la capacité à se reconnaître soi-même comme personne proche-aidante est un défi identifié. Sans surprise, on remarque que les proches-aidantes font souvent face à une surcharge de travail, à de l'épuisement, à de l'isolement et à des difficultés à concilier vie professionnelle et proche-aidance. Les proches-aidantes sont parfois forcées de jouer un plus grand rôle lorsque les préposés ne savent pas comment intervenir. Notons que certains organismes comme la Société Alzheimer Outaouais et Parkinson Outaouais ont une offre de formations pour les proches-aidantes et les intervenants. Par contre, les personnes aidantes sont parfois entièrement mobilisées par les soins à donner à leur proche et n'ont pas le temps d'assister à des formations. La possibilité pour les personnes proches-aidantes de prendre du répit apparaît aussi comme l'un des principaux défis.

Tableau 4. Défis et solutions pour les personnes soignantes et aidantes

Atelier #2	Défis	Solutions
Conditions de travail	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déresponsabilisation de l'État et manque de coordination : <ol style="list-style-type: none"> a. Loi 25 : différents niveaux d'autorisation empêchant la coordination et l'intégration des soins b. Chèque emploi-services : faibles salaires, peu de reconnaissance et complexité 2. Mauvaises conditions de travail et précarité : surcharge, stress et santé mentale <ol style="list-style-type: none"> a. Approche privé « toyotiste » axée sur la productivité et difficultés à respecter l'approche relationnelle de soins³⁹ (surtout depuis la pandémie de COVID-19) b. Difficultés dans la prise en charge et le suivi pour les personnes soignantes c. Changement de personnel (la période de transition peut être trop longue pour la personne usagère) d. Manque et roulement de personnel et problèmes de recrutement e. Manque de reconnaissance et de valorisation 3. Racisme envers l'employée (de la part de l'employeur ou de la personne usagère) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer la coordination dans l'écosystème du SAD (voir 3.1 ci-dessus) <ol style="list-style-type: none"> a. Allocation directe et Chèque emploi-services : les travailleuses doivent avoir accès à des formations professionnelles (être intégrées comme auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS)* et travailleuses sociales (TS) dans le réseau public) b. Remettre en question les mesures fiscales et le Chèque emploi-service c. Réduire le prix des services par un financement public suffisant 2. Remettre l'autonomie professionnelle et la participation à l'organisation du travail au cœur du système <ol style="list-style-type: none"> a. Améliorer l'accompagnement, l'encadrement et la supervision du personnel dans l'ensemble de l'écosystème 3. Mettre en place un système de plainte à la fois pour le personnel et pour les personnes usagères <p>*ASSS : auxiliaire aux services de santé et sociaux</p>
Formation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque de formation : trop grande proportion de personnel sans obligation de formation professionnelle 2. Auxiliaire en santé et services sociaux : concentration de la formation à Hull (Vision Avenir) 3. Adaptation culturelle : <ol style="list-style-type: none"> a. Problèmes d'adaptation culturelle des formations pour les personnes issues de l'immigration (obstacles linguistiques et différences culturelles) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la formation et le développement professionnel (formation améliorée et beaucoup de pratique obligatoire sur le terrain) : ASSS et travailleuses sociales (voir ci-dessus) 2. Élargir les obligations de formation (par exemple dans l'aide aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique) 3. Rémunération de la formation et des stages

Atelier #2	Défis	Solutions
Proche-aidance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficultés à identifier ses propres besoins comme proche-aidante (culpabilité ou honte accepter de ne pas pouvoir tout faire et demander de l'aide) 2. Surcharge de tâches, épuisement physique, charge mentale, isolement, conciliation travail/proche-aidance (enjeux de santé et de sécurité pour les proches-aidants et pour les personnes aidées) 3. Différences de perceptions et d'attentes entre personnes aidante et aidée 4. Difficulté à obtenir du répit 5. Gérer les lacunes et le manque de formation de la personne proche-aidante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaissance de la proche-aidance <ol style="list-style-type: none"> a. Sensibiliser pour aider à se reconnaître comme proche-aidante b. Rôles et responsabilités du gouvernement et du ministère : améliorer le soutien financier aux proches-aidants (voir aussi point #2 sur « formations » ci-dessous) 2. Prévention et amélioration de l'offre de soutien <ol style="list-style-type: none"> a. Offrir des formations sur une variété de questions (aidants et famille, mandat d'incapacité, procuration, mandat à l'hôpital, aide médicale à mourir ; gestion du stress et à la santé mentale) b. Mieux informer sur les services de SAD disponibles (Bottin de ressources de l'AQDR et Service 211 à Gatineau) c. Faire connaître l'organisme L'Appui pour les proches aidants 3. Changer la culture et la perception de la proche aidance <ol style="list-style-type: none"> a. Développer une bienveillance envers les personnes proches-aidantes b. Amener la personne aidée à accepter que le proche-aidant prenne du répit c. Encourager davantage les logements intergénérationnels 4. Plus de soutien et de répit pour les proches aidants : communiquer les ressources disponibles et offrir des endroits pour se ressourcer et des lignes téléphoniques

Face au manque de coordination et aux mauvaises conditions de travail, des personnes consultées proposent de remettre en question l'allocation directe, le chèque emploi-service et les crédits d'impôt et d'intégrer les travailleuses sans formation professionnelle au réseau public en augmentant le nombre d'auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) et de travailleuses sociales. En plus de bonifier le statut, la formation et évidemment le salaire du personnel en SAD, l'amélioration de la coordination et des conditions de travail devraient passer par le respect de l'autonomie professionnelle et le contrôle de l'organisation du travail, par et pour les personnes soignantes. Il faut améliorer les conditions de travail du personnel car plusieurs employés du réseau public quittent vers le secteur privé, pas seulement pour le salaire mais aussi pour la flexibilité des horaires et la conciliation travail-famille.

La bonification du statut des travailleuses nécessiterait une augmentation de la proportion du personnel ayant une obligation de formation professionnelle, ce qui devrait améliorer le suivi et la qualité des services de SAD. Pour répondre aux besoins des aînés, améliorer la qualité des services et augmenter le suivi, il faut notamment professionnaliser le personnel dans l'aide aux activités de la vie quotidienne et l'aide aux activités de la vie domestique. La rémunération de la formation et des stages sont aussi préconisées par des personnes consultées.

Enfin, les participants à la consultation proposent de favoriser la reconnaissance des personnes proches-aidantes par la sensibilisation et par la bonification du soutien financier aux proches-aidantes, deux responsabilités qui doivent revenir au gouvernement et au MSSS. De plus, on souhaite, notamment de la part des CLSC, un travail de prévention et l'amélioration de l'offre de soutien auprès des personnes proches-aidantes au moyen de formations variées, du partage d'informations sur les services de SAD disponibles et de services d'accompagnement.

3.3 Financement du soutien à domicile

Tel qu'indiqué plus haut, les soins de longue durée et le SAD sont sous-financés au Québec. Ce sous-financement est aggravé en Outaouais par un sous-financement historique de la santé et des services sociaux. L'Outaouais est parmi les régions avec la plus faible part d'heures de SAD de longue durée dispensées par le réseau public par rapport aux heures financées par le chèque emploi-service et les fournisseurs privés⁴⁰. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que les personnes consultées ont identifié plusieurs besoins de financement et plusieurs problèmes liés à certains modes de financement du SAD.

Tableau 5. Besoins, modes de financement, obstacles et iniquités

Atelier #3	Constats
Besoins de financement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le personnel dans l'ensemble de l'écosystème (SAD, soins et services professionnels à domicile, aide à domicile, activités de la vie quotidienne, activités de la vie domestique, activités de soutien civique) <ol style="list-style-type: none"> a. CLSC : Augmenter le nombre d'ASSS et de travailleuses sociales (faire de ces dernières les personnes pivots pour l'accès et la coordination du SAD) (voir 3.1 ci-dessus) b. Mise en place d'un plan de service individualisé incluant la personne ayant besoin d'aide, la (les) proche(s)-aidante(s), l'intervenant pivot et les professionnels pertinents 2. Logement : <ol style="list-style-type: none"> a. Logement à prix modique, logement social et logement avec soutien communautaire

Atelier #3	Constats
	<ul style="list-style-type: none"> b. Adaptation des logements aux besoins des personnes âgées et en situation de handicap 3. Prévention et repérage des personnes à risque et en perte d'autonomie (répondre le plus rapidement possible aux besoins) 4. Bénévoles : soutien financier aux initiatives communautaires (ex. programme « Aide-moi! » des Services aux aînés des Collines) 5. Transport et loisirs : besoin de briser l'isolement des personnes âgées 6. Activités de la vie domestique (AVD) : entretien ménager, repas et collations pour personnes à faible revenu 7. Activités de soutien civique : soutien en fiscalité et comptabilité
<p>Modes de financement du SAD :</p> <p>obstacles, iniquités, problèmes et personnes touchées</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Financement public : <ul style="list-style-type: none"> b. Milieux ruraux : le nombre d'ânés est plus important qu'en milieu urbain et les services sont moins accessibles c. Paradigme : partir des besoins des populations et des territoires pour ensuite allouer les ressources en fonction de ces besoins 2. Financement individualisé - Allocation directe, Chèque emploi-services et crédits d'impôts : <ul style="list-style-type: none"> a. Iniquités (ex. avantage les personnes ayant des revenus suffisants) b. Exclusion des personnes légèrement au-dessus des seuils d'éligibilité aux programmes c. Complexité et lourdeur dans l'accès et la gestion (individus et proches) d. Problèmes de qualité des services e. Manque de formation f. Les crédits d'impôts financent les résidences privées, une industrie très profitable g. Travail précaire des femmes (voir ci-dessous) 3. Dépenses et assurances privées (individus et proches) <ul style="list-style-type: none"> a. Iniquités : obstacles dans l'accès aux services pour les personnes à faible revenu b. Trop de dépenses privées par les individus et les familles 4. Problèmes d'allocation des ressources et de priorisation des services dans l'écosystème du SAD 5. Femmes : <ul style="list-style-type: none"> a. Droits des travailleuses en SAD : précarité, faibles salaires, agences de placement b. Travailleuses et proches-aidantes : surcharge de travail et charge mentale

De manière générale, le sous-financement public apparaît criant dans les milieux ruraux où le vieillissement de la population est le plus rapide et où les services sont encore moins accessibles. En matière de gouvernance publique, plusieurs personnes consultées proposent un changement de paradigme : plutôt que des décisions de financement centralisées qui se prennent à Québec et à Gatineau, il est nécessaire de partir des besoins des populations et des territoires en SAD pour ensuite allouer les ressources en fonction de ces besoins sociosanitaires et des données démographiques.

Des personnes consultées dénoncent le niveau excessif de dépenses individualisées et privées exigées des personnes usagères et de leur famille pour avoir accès aux services de SAD. L'allocation directe, le chèque emploi-service et les crédits d'impôts semblent préoccupées plusieurs personnes consultées en tant que modes de financement du SAD. On constate que ces

modes de financements individualisés et privés génèrent des iniquités, excluent certaines personnes, créent une complexité administrative, favorisent la privatisation du SAD et le travail précaire des femmes (souvent issues de l'immigration), et conduisent à un manque de formation et à des problèmes de qualité des services.

Par exemple, le chèque emploi-service ne couvre pas tous les frais, certaines personnes ne réussissent pas à obtenir les services nécessaires car elles n'ont pas la capacité de payer un supplément dans le secteur privé pour attirer ou retenir du personnel. La personne qui a besoin d'aide devient un employeur et doit prendre en charge un rôle complexe et difficile, surtout pour les personnes vulnérables avec un faible réseau de soutien et si en plus le personnel n'a pas les qualifications requises (ce qui génère des risques de blessures) la gestion mensuelle du chèque emploi-service devient un véritable fardeau. Selon des personnes consultées, il serait possible d'abolir le financement individualisé et privé si les CLSC étaient suffisamment financés et avaient assez de personnel. Le recul de la privatisation du SAD et la bonification des salaires et conditions de travail réduiraient l'exode et contribueraient à un retour du personnel dans les CLSC. Dans le contexte actuel, des personnes proposent d'accompagner le chèque emploi-service d'une obligation de formation des personnes employées par les fournisseurs de services privés comme le EÉSSAD, les agences de placement et les RPA.

En somme, la diversité des modes de financement du SAD crée des problèmes liés à l'allocation des ressources financières dans l'écosystème et à la privatisation, en réduisant la capacité de planification et de priorisation optimales des services. Rappelons qu'au Québec, 30% des dépenses publiques en SAD, soit 826 M\$ sur un total de 2981 M\$, est alloué à des services sans évaluation professionnelle des besoins, et que 86% de ces dépenses « est alloué au crédit d'impôt pour le maintien à domicile des aînés, lui-même presque entièrement accaparé par les [RPA] »⁴¹.

Deux principales solutions semblent ressortir du lot pour le financement du SAD. Premièrement, on constate qu'il est nécessaire d'investir dans toutes les catégories de personnel et en proche-aidance, peut-être surtout en bonifiant le statut et la formation des travailleuses les plus précaires par une augmentation du nombre d'ASSS et de travailleuses sociales (voir 3.1 ci-dessus). Deuxièmement, plusieurs personnes consultées proposent un rehaussement du financement public

du logement adapté aux besoins des personnes âgées (logement à prix modique, logement social, logement avec soutien communautaire et logement intergénérationnel) et de l'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Par exemple, les organismes Habitations partagées de l'Outaouais et Logement Intégré de Hull sont des modèles répondant à d'importants besoins en logement qui méritent d'être encouragés.

4. Les solutions pour le maintien de l'autonomie en Outaouais

Résumé

Les principales solutions ciblées par les personnes consultées pour améliorer le SAD et le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais concernent d'abord le rôle des centres locaux de services communautaires (CLSC). On propose de faire des CLSC les véritables portes d'entrée du SAD en réinvestissant et en mettant en place une gestion locale et une gouvernance démocratique dans les CLSC. Ouvrir les CLSC 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, permettrait d'améliorer la coordination du SAD, l'accessibilité aux services et le suivi des personnes usagères. Pour ce faire, on propose de faire des travailleuses sociales en CLSC les personnes pivots du SAD et en augmentant leur nombre. De plus, la professionnalisation du personnel en SAD figure parmi les principales solutions ciblées ; cette professionnalisation passerait notamment par une augmentation de la proportion du personnel ayant une obligation de formation professionnelle afin d'améliorer la qualité des services et le suivi en SAD. Enfin, en matière de financement, les personnes consultées proposent notamment de mettre fin au sous-financement public des soins de longue durée et du SAD au Québec, de rééquilibrer le financement alloué en soins de longue durée vers le SAD, de mettre fin au sous-financement de l'Outaouais en santé et services sociaux en réinvestissant notamment dans les territoires ruraux de la région, et de décentraliser la gouvernance publique afin que l'allocation du financement se fasse en fonction des besoins des populations et des territoires en matière de SAD.

Cette synthèse des propos recueillis lors du forum de consultation du 20 novembre 2024 permet de cibler les principales solutions identifiées par les personnes consultées pour améliorer le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais. Ces solutions rejoignent pour la plupart les solutions pour un grand virage vers le maintien à domicile proposées par la Coalition pour la dignité des aînés (voir Encadré 2)⁴².

Encadré 2. Les solutions pour un grand virage vers le maintien de l'autonomie de la Coalition pour la dignité des aînés

1. Adopter une loi cadre intersectorielle sur le maintien de l'autonomie
2. Faire des CLSC la porte d'entrée principale vers les soins et les services à domicile
3. Assurer une meilleure coordination dans chaque région
4. Renforcer la place des soins et services à domicile dans l'organisation du réseau de la santé.⁴³

De plus, comme l'AQDR Outaouais adhère à l'objectif énoncé par la Commissaire à la santé et au bien-être du maintien de l'autonomie des personnes âgées comme clé de voûte de la politique gouvernementale en matière de vieillissement, nous pensons que l'augmentation du revenu des aînés vivant sous le revenu médian des aînés (27 900\$ en 2020) serait une mesure à long terme pour y arriver. En somme, en plus de la bonification des services de SAD, le maintien de l'autonomie des personnes âgées exige des améliorations majeures des politiques publiques en matière de droits au revenu, au transport et au logement.

Écosystème du soutien à domicile

Plusieurs personnes consultées observent les problèmes causés par le manque de coordination, la fragmentation et la privatisation du système québécois de SAD. Ce manque de coordination existe tant à l'intérieur du réseau public qu'entre les CLSC, les organismes communautaires et les EÉSSAD. De plus, il y a un important manque d'information sur les différentes portes d'entrée et sur les services disponibles, par exemple à l'intérieur des CLSC et auprès des certains médecins.

Les principales solutions ciblées par les personnes consultées pour améliorer l'écosystème du SAD en Outaouais sont les suivantes :

1. Garantir au réseau public de santé et de services sociaux un rôle de coordination, à travers les CLSC, entre le 811, le *Guichet d'accès régional des services à domicile et des services gériatrique*, les organismes communautaires et les prestataires privés
2. Faire des CLSC les portes d'entrée du SAD : réinvestir en mettant en place une gestion locale et une gouvernance démocratique dans les CLSC
3. Ouvrir les CLSC 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour améliorer la coordination du SAD, l'accessibilité aux services et le suivi des personnes usagères
4. Faire des travailleuses sociales en CLSC les personnes pivots du SAD et augmenter leur nombre

Conditions de travail, formation et proche-aidance

Les personnes consultées remarquent que la déresponsabilisation de l'État en SAD a conduit à la fragmentation et à la privatisation du système, cette dernière ayant eu des impacts néfastes sur les conditions de travail et les conditions de soins, notamment dans les contextes de sous-traitance.

Cette fragmentation du système a conduit à une hiérarchisation des prestataires de services : on a créé des catégories de personnel ayant de meilleures conditions de travail et de meilleures formations, face à d'autres travailleuses précaires souvent sans formation et issues de l'immigration.

Dans le contexte de sous-financement de la santé et des services sociaux en Outaouais et de concurrence de la province voisine, la bonification salaire est évidemment cruciale, mais il faut également respecter l'autonomie professionnelle et s'assurer que l'ensemble des personnes soignantes participe à l'organisation du travail. Les conditions de travail sont souvent le premier facteur qui pousse les gens à quitter le réseau public de la santé et des services sociaux. Enfin, sans surprise, on remarque que les personnes proches-aidantes font face à une surcharge de travail, à de l'épuisement, à de l'isolement et à des difficultés à concilier vie professionnelle et proche-aidance.

Les principales solutions identifiées par les personnes consultées en matière de personnel en SAD sont les suivantes :

1. Professionnaliser le personnel : augmenter la proportion du personnel ayant une obligation de formation professionnelle afin d'améliorer la qualité des services et le suivi en SAD
2. Intégrer au réseau public les travailleuses sans formation professionnelle par une augmentation du nombre d'auxiliaires de santé et service sociaux et de travailleuses sociales et du nombre d'heures travaillées (en rémunérant la formation et les stages)
3. Valoriser la reconnaissance du rôle essentiel joué par proches-aidantes par la sensibilisation auprès des proches-aidantes et par la bonification du soutien financier à la proche-aidance.

Financement du maintien de l'autonomie

Face aux sous-financement de l'Outaouais, des soins de longue durée et du SAD, il n'est pas surprenant de constater que les personnes consultées aient identifié plusieurs besoins de financement et différents problèmes liés à certains modes de financement du SAD. Le sous-financement public et la diversité des modes de financement du SAD créent plusieurs problèmes : allocation sous-optimale des ressources financières dans l'écosystème (capacités insuffisantes de planification dans le système et de priorisation des services) privatisation et augmentation des

dépenses individuelles et privées et dégradation des conditions de travail, précarisation du travail des femmes et réduction de la qualité des services.

Voici les principales solutions identifiées par les personnes consultées en matière de financement du SAD :

1. Mettre fin au sous-financement public des soins de longue durée et du SAD au Québec
2. Rééquilibrer le financement alloué en soins de longue durée vers le SAD
3. Mettre fin au sous-financement de l'Outaouais en santé et services sociaux en réinvestissant notamment dans les territoires ruraux de la région
4. Décentraliser la gouvernance publique afin que l'allocation du financement se fasse en fonction des besoins des populations et des territoires en matière de SAD
5. Investir pour bonifier les salaires, les conditions de travail et le soutien à la proche-aidance (professionnaliser le personnel en SAD, voir ci-dessus)
6. Remettre en question les modes de financement individualisés et privés en raison leurs iniquités, des exclusions générées, de leur complexité, et de leur contribution à la privatisation, à la précarité du travail des femmes, au manque de formation et aux problèmes de qualité des services de SAD (ou mettre en place une obligation de formation du personnel dans le cadre du chèque emploi-service)
7. Rehausser le financement public du logement adapté aux besoins des personnes âgées (logement à prix modique, logement social, logement avec soutien communautaire et logement intergénérationnel) et de l'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le financement public, équitable et efficace du virage vers le maintien de l'autonomie

Plutôt que d'effectuer un rattrapage du financement public des soins de longue durée et du SAD au Québec, la ministre responsable des Aînés a l'intention de suivre la recommandation de la Commissaire à la santé et au bien-être et d'imposer des frais aux personnes usagères du SAD⁴⁴. Cette tarification viendrait rompre avec l'universalité du système public de santé et de services sociaux, cela viendrait aggraver les problèmes d'iniquités existant déjà en SAD au Québec et faire reculer davantage la gratuité des services publics, alors que le SAD est une composante essentielle du panier de services assurés en santé et services sociaux. En effet, il s'agit ici de « la raison pour

laquelle [cette] responsabilité a été confiée aux CLSC lors de l'adoption de la première politique de SAD en 1979. C'est aussi la raison pour laquelle la politique de 2003 prévoyait que les services d'aide à domicile devaient être offerts gratuitement aux usagères et aux usagers dont les besoins sont attestés par une évaluation professionnelle. »⁴⁵

La tarification des services de SAD ouvrirait une autre brèche vers la privatisation du SAD qui contribue depuis longtemps aux problèmes de coordination, de fragmentation, de conditions de travail et de formation et de qualité des services en SAD. Rappelons que l'Outaouais est parmi les régions avec la plus faible part d'heures de SAD de longue durée dispensées par le réseau public par rapport aux heures financées par le chèque emploi-service et les fournisseurs privés⁴⁶. En plus d'être inéquitable, la tarification n'est pas un mode de financement efficace : les pays les plus avancés en matière de SAD réussissent à financer publiquement les services et à réduire les dépenses de système en santé, sans tarification⁴⁷.

Il est important de rappeler les faits. Les dépenses publiques en soins de longue durée sont au Québec proportionnellement inférieures aux moyennes du Canada et des pays de l'OCDE⁴⁸. De plus, au Québec, les dépenses en SAD en proportion des dépenses publiques en soins de longue durée sont sous la moyenne des pays industrialisés et les dépenses par habitant en SAD et en soins communautaires sont les troisièmes plus faibles au Canada⁴⁹.

L'adoption d'une politique du maintien de l'autonomie des personnes âgées et son financement relève de choix politiques. Au Québec, les priorités du gouvernement se doivent de cibler l'éducation et la santé incluant les soins de longue durée, les services pour maintenir l'autonomie des aînés sans oublier le logement. De 2018 à 2023, les gouvernements successifs à Québec se sont privés de plus de 6 milliards de dollars de revenus en accordant des baisses et des crédits d'impôts. En 2021, le gouvernement actuel a dépensé 7,1 milliards de dollars en distribuant des chèques aux Québécoises et aux Québécois. Le gouvernement prévoit 9,2 milliards de dollars en baisses d'impôts de 2023 à 2028. Ces choix politiques nuisent au financement public des soins de longue durée, du maintien de l'autonomie, du personnel en santé et en services sociaux et du logement.

L'AQDR Outaouais et Action Santé Outaouais rappellent que la solution souhaitée par les personnes âgées est un grand virage vers le maintien de l'autonomie. La population âgée veut maintenir son autonomie, faire ses choix de vie, subvenir à ses besoins et demeurer dans son chez soi. En mettant fin au sous-financement de la santé et des services sociaux en Outaouais, il faut passer de la parole aux actes et investir dans des services visant le maintien de l'autonomie des aînés sans oublier la nécessité de mieux financer les soins de longue durée. À quand le grand virage promis depuis des décennies vers le soutien à domicile?

Annexe A. Liste des groupes et organismes représentés lors du Forum de consultation « Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en Outaouais », 20 novembre 2024

Action Santé Outaouais
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais
Association des neurotraumatisés de l'Outaouais
Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) Outaouais
Bien chez soi
Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaines (CAAP) Outaouais
Centre d'entraide aux aînés
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais
Comités des usagers en déficience physique Outaouais
Comité santé Petite-Nation
Concertation pour le développement social de l'Outaouais (CDSO)
Conseil central des syndicats nationaux de l'Outaouais-CSN
Droits-Accès de l'Outaouais
FADOQ Région Outaouais
Habitations partagées de l'Outaouais
Mon Chez Nous Inc.
MRC de Papineau
MRC Vallée-de-la-Gatineau
Résidence Paugan Falls
Remue-Ménage de l'Outaouais
Service aux aînés des Collines
Société Alzheimer de l'Outaouais
Syndicat des travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux de l'Outaouais-CSN
Table de développement social de la Lièvre
Vigie territoriale santé des Collines
Ville de Gatineau

Annexe B. Notes méthodologiques : ateliers de consultation et analyse thématique

Depuis le mois de mai 2024, des rencontres partenariales ont été tenues et les partenaires l'AQDR Outaouais et d'Action santé Outaouais ont été notamment invités à cibler les grands enjeux du maintien de l'autonomie au Québec et en Outaouais. Ces grands enjeux ont formé les trois thèmes principaux des ateliers de consultation : 1) écosystème du maintien de l'autonomie ; 2) conditions de travail, formation et proche-aidance ; et 3) financement. Ces trois thèmes principaux ont été subdivisés en sous-thèmes de la manière suivante :

1. Écosystème du maintien de l'autonomie⁵⁰ :
 - a. Centres locaux de services communautaires (CLSC)
 - b. Entreprises d'économie sociale en soutien à domicile (EÉSSAD)
 - c. Organismes communautaires
2. Conditions de travail, formation et proche-aidance :
 - a. Conditions de travail
 - b. Formation
 - c. Proche-aidance
3. Financement du soutien à domicile :
 - a. Services ayant le plus besoin de financement en Outaouais (pourquoi ?)
 - b. Obstacles et problèmes (exemples de modes de financement causant ces situations)
 - c. Iniquités générées et catégories de personnes touchées

Des cahiers d'animation des ateliers et de prises de notes ont été distribués respectivement à deux personnes, animatrices et secrétaires, pour chacune des huit tables de discussions. Ces cahiers reprenaient les thèmes et les sous-thèmes ci-dessus. Pour chaque sous-thème, sauf pour le thème #3, les personnes participantes étaient invitées à cibler les rôles, les défis et les solutions prioritaires.

Afin de procéder à la synthèse des principaux défis et des principales solutions ressortant de la consultation, nous avons eu recours à l'analyse thématique. L'analyse thématique peut-être définie comme « [le] repérage, [le] regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. »⁵¹ Les propos recueillis dans les cahiers de notes représentent le corpus de l'analyse thématique présentée ci-dessous dont l'objectif est de regrouper et de synthétiser les principaux défis et les principales solutions identifiés, pour chaque sous-thème, par les personnes ayant participé à la consultation.

Références bibliographiques et informations

¹ Hébert, Réjean (2022). « Les soins et services aux personnes âgées au Québec ». *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)* 31(1): 62-68. Doi (identifiant numérique d'objet):[10.3917/jdsam.221.0062](https://doi.org/10.3917/jdsam.221.0062).

² Azeredo, Ana Cristina, et Frédéric F. Payeur (2015). « Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE », Données sociodémographiques en bref, vol. 19, no 3, juin, Institut de la statistique du Québec, p. 6, en ligne (27 février 2025) : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/vieillesse-demographique-au-quebec-comparaison-avec-les-pays-de-locde.pdf>

³ Plourde, Anne et Louise Boivin (2024). *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), novembre 2024, Montréal, p. 17, en ligne (27 février 2025) : <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/11/IRIS-SAD-WEB.pdf>

⁴ Azevedo Da Silva, M., Martel, S., Lussier, M.-H., Fleury-Payeur, F., Paquette, A., Gilca, R. et Fortin, E. (2023). *Surmortalité et mortalité due à la COVID-19 au Québec pour la période 2020-2023*, Institut

national de santé publique du Québec (INSPQ), 51 pages, en ligne (27 janvier 2025) : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-04/3479-surmortalite-mortalite-COVID-19-QC.pdf>

⁵ *Ibid.* p. 24.

⁶ Statistique Canada (2017). *Recensement de la population 2016*, « Type de logement collectif », en ligne (20 février 2025) : [https://www12.statcan.gc.ca/datasets/Index-fra.cfm?Temporal=2016&Theme=116&VNAMEF=Type%20de%20logement%20collectif%20\(16\)&GA=-1&S=0](https://www12.statcan.gc.ca/datasets/Index-fra.cfm?Temporal=2016&Theme=116&VNAMEF=Type%20de%20logement%20collectif%20(16)&GA=-1&S=0)

⁷ Les soins de longue durée (SLD) incluent « une variété de soins dispensés sur une longue période à des personnes en perte d'autonomie ou vivant avec des incapacités permanentes. Les SLD incluent les services d'hébergement ainsi que les services de soutien à domicile de longue durée. », Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.* p. 12.

⁸ Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.* p. 17.

⁹ Les définitions présentées dans cet encadré proviennent de Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.* p. 12, elles-mêmes reprises de MSSS (2023). *Orientations en soutien à domicile – Actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*, ministère de la Santé et des Services sociaux, en ligne (20 février 2025) : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf> ; et Boivin, Louise (2017). « La représentation collective au travail en contexte d'externalisation des services publics d'aide à domicile au Québec », *Relations industrielles*, vol. 73, n° 3, p. 506-508.

¹⁰ Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.* p. 18.

¹¹ MSSS (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, ministère de la Santé et des Services sociaux, en ligne (20 février 2025) : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>

¹² CSBE (2024). *Bien vieillir chez soi – Tome 4 : Une transformation qui s'impose. Faire du maintien de l'autonomie une priorité collective*, Commissaire à la santé et au bien-être, janvier 2024, en ligne (1^{er} novembre 2024) : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE-Rapport_Soutien_Domicile_Tome4.pdf

¹³ CSBE (2024). « Bien vieillir chez soi, Tome 4 : Une transformation qui s'impose. Sommaire exécutif », Commissaire à la santé et au bien-être, janvier 2024, p.4, en ligne (1^{er} novembre 2024) : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE_Resume_SoutienDomicile.pdf

¹⁴ *Ibid.* p. 3.

¹⁵ MSSS (2023). *op. cit.*

¹⁶ Bégin, Alexandre. (2024). L'Outaouais en mode rattrapage : suivi des progrès de la région en santé, éducation et culture. Mars 2024, Observatoire du développement de l'Outaouais, p. 8, en ligne (20 février 2025) : <https://odooutaouais.ca/wp-content/uploads/2024/04/Sante-2024-LOutaouais-en-mode-rattrapage.pdf>.

¹⁷ Pilon, Félix (2024). « Soins de longue durée : environ 7 mois d'attente pour avoir une place en Outaouais », Ici Ottawa-Gatineau, 15 novembre 2024, en ligne (20 février 2025) : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2120377/chsld-mdaa-places-hebergement-outaouais>

¹⁸ Source : Institut de la statistique du Québec (sans date). « Estimations de la population des MRC (classées par régions administratives) selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1^{er} juillet 1996 à 2024 », en ligne (27 février 2025) : https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-municipalites-regionales-de-comte-mrc/tableau/estimations-population-mrc-age-sexe-median-moyen#tri_tertr=00&tri_pivot_2=01&tri_pop=5

¹⁹ Tiré de Schepper, Bertrand et Guillaume Hébert (2021). *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Outaouais*. Montréal: Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, en ligne (20 mars 2025) : https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/Sante%CC%81-Outaouais_web-1.pdf

²⁰ Source : données sur l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS) par communautés locales, calculées de l'Observatoire du développement de l'Outaouais, reprises et analysées par Schepper, Bertrand

et Guillaume Hébert, *op. cit.* Sur une échelle de 1 (quintile le moins défavorisé) à 5 (quintile le plus défavorisé), l'IDMS « comprend deux dimensions. La dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante des personnes résidant dans un territoire et ayant comme conséquence un manque de ressources matérielles (évaluée par l'éducation, l'emploi et le revenu). La dimension sociale renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté (évaluée par le fait de vivre seul, d'être monoparental et d'être séparé, divorcé ou veuf). L'IDMS regroupe ainsi six indicateurs qui ont été choisis pour leur relation avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation », Institut national de santé publique du Québec (sans date). « Indice de défavorisation matérielle et sociale », Québec, en ligne (24 février 2025) : <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>

²¹ Schepper, Bertrand et Guillaume Hébert, *op. cit.*

²² CSBE (2024). *Bien vieillir chez soi – Tome 4 : Une transformation qui s'impose. Faire du maintien de l'autonomie une priorité collective*, *op. cit.*

²³ MSSS, *op. cit.*

²⁴ Basées sur une approche comparative, les recherches de Patrik Marier portent sur les enjeux de politiques publiques en lien avec le vieillissement de la population et la médicalisation du vieillissement. Depuis 2013, il est le directeur scientifique du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île de Montréal. Patrik Marier est l'auteur de *The Four Lenses of Population Aging: Planning for the Future in Canada's Provinces* (2021, University of Toronto Press) et l'un des trois co-directeurs de l'ouvrage collectif *Les vieillissements sous la loupe : entre mythes et réalités* (2018, Les Presses de l'Université Laval). Chercheur à l'IRIS depuis 2006, Guillaume Hébert a publié une quarantaine de rapports de recherche portant notamment sur les politiques publiques en santé et services sociaux au Québec, par exemple sur le soutien à domicile en 2017 et sur les mesures fiscales destinées aux personnes âgées en 2019. Guillaume Hébert détient une maîtrise en science politique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et a étudié à la Universidad del Salvador de Buenos Aires (Argentine) et la Pontificia Universidade Católica de São Paulo (Brésil) ; voir Hébert Guillaume (2017). *L'armée manquante au Québec : les services à domicile*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), octobre, Montréal, 16 pp., en ligne (27 février 2025) : https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_SAD_WEB_02.pdf et Hébert Guillaume (2019). *Les dépenses fiscales et les personnes âgées*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), mai, Montréal, 60 pp., en ligne (27 février 2025) : https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Depenses_fiscales_personnes_ainees.pdf

²⁵ Dre Isabelle Brousseau-Tremblay a terminé sa formation en médecine en 2000 et complété sa formation en gériatrie spécialisée en 2010 à l'Université Laval. Elle travaille depuis au CISSS de l'Outaouais comme gériatre, où elle intervient auprès des personnes âgées hospitalisées et en clinique externe. Elle est cheffe du service de gériatrie au sein du département de médecine spécialisée et présidente du comité de pharmacologie du CISSS de l'Outaouais. Isabelle Léger est Directrice adjointe des services de soutien à domicile à la Direction des services de soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation du CISSS de l'Outaouais. Ergothérapeute de formation, Mme Léger détient une maîtrise en administration publique de l'Université Laval. Chantal Duguay est co-fondatrice de Logement intégré de Hull, alors qu'elle travaillait comme travailleuse sociale au CHSLD la Pieta. Elle a fait carrière comme travailleuse sociale et après gestionnaire intermédiaire et cadre supérieur notamment en soutien à domicile. Elle a terminé sa carrière au CISSS de l'Outaouais comme cadre conseil aux pratiques professionnelles en 2019.

²⁶ CSBE (2024). « Bien vieillir chez soi, Tome 4 : Une transformation qui s'impose. Sommaire exécutif », *op. cit.*

²⁷ Tiré de Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.*, p. 20.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Tiré de Boivin, Louise (2019). *La place des secteurs public et privé dans la prestation des services d'aide à domicile au Québec depuis la réforme Barrette de 2015. Rapport d'analyse statistique*, Université du Québec en Outaouais (UQO) et Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) avec le soutien

du Réseau québécois en études féministes (RéQEF), février 2020, p. 31, en ligne (28 février 2025) : https://fsss.qc.ca/wp-content/uploads/2024/06/rapport_privatisation_19-02-20.pdf

³⁰ Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.*, p. 25.

³¹ Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.*

³² CSBE, *op. cit.*

³³ Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.* p. 15.

³⁴ Radio-Canada Ottawa-Gatineau (2024). « Forum sur les soins à domicile », *Sur le vif*, Ici Première, 16h13 le 20 novembre 2024, en ligne (25 février 2025) : <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/sur-le-vif/segments/rattrapage/1920220/forum-sur-soins-a-domicile>

³⁵ Au sujet des GMF, voir Plourde, Anne (2022), *Bilan des groupes de médecine de famille (GMF) après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 26 mai 2022, 25 pages, en ligne (14 mars 2025) : https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/GMF-note_web2.pdf

³⁶ Voir CISSS de l'Outaouais (2017). « Services de soutien à domicile », en ligne (20 février 2025) : <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/vivre-avec-une-perte-dautonomie-et-services-aux-personnes-agees/services-a-domicile/>

³⁷ « Le programme *Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV)* offre une aide financière à des organismes communautaires pour la mise en place ou le maintien de travailleurs de milieu qui rejoignent et soutiennent des aînés en situation de vulnérabilité ou à risque de fragilisation », MSSS (sans date). « Soutien financier à des organismes travaillant auprès des aînés en situation de vulnérabilité », Ministère de la Santé et des Services sociaux, en ligne (14 mars 2025) : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/soutien-financier-organismes-travaillant-aupres-aines-situation-vulnerabilite>

³⁸ PSOC : Programme de soutien aux organismes communautaires (du ministère de la Santé et des Services sociaux).

³⁹ L'approche relationnelle de soins (ARS) consiste en l'établissement, par la personne soignante, d'un contact avant la prestation du soin et le maintien d'une relation avec la personne soignée, au moyen du regard, de la parole, du toucher et d'autres modalités de communication verbale ou non-verbale, afin de construire une confiance mutuelle, de maintenir la relation de soin, de favoriser le bien-être et le maintien de l'autonomie de la personne soignée, et d'assurer un travail sécuritaire pour la personne soignante, et ce quel que soit l'état physique et cognitif de la personne soignée. Voir ASSTSAS (2017). « La reconnaissance des feedbacks et l'adaptabilité », Fiche technique 18, en ligne (13 mars 2025) : <https://ciusssmcq.ca/telechargement/1242/ft19-etreenrelation-asstsas>.

⁴⁰ Boivin, Louise, *op. cit.*, p. 31.

⁴¹ Plourde, Anne et Louise Boivin, *op. cit.* p. 15.

⁴² Formée en 2020, la Coalition pour la dignité des aînés vise à cibler les meilleures solutions pour « vieillir sereinement et dignement au Québec » et rassemble l'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ) de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées de l'Outaouais (AQDR) nationale, l'Association québécoise des directions d'établissement d'enseignement retraitées (AQDER), l'Alliance des associations de retraités (AAR) et le Regroupement interprofessionnel des intervenantes retraitées des services de santé (RIIRS).

⁴³ Coalition pour la dignité des aînés (sans date). « Maintien à domicile », en ligne (18 mars 2025) : <https://coalitiondigniteaines.quebec/solutions/maintien-a-domicile/>

⁴⁴ Porter, Isabelle (2024), « Québec songe à facturer en partie le soutien à domicile », *Le Devoir*, 18 mars 2025, en ligne (20 mars 2025) : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/856510/quebec-songe-factorer-partie-soutien-domicile?>

⁴⁵ Plourde Anne et Louise Bovin (2024). « Soutien à domicile : éviter les erreurs de la privatisation et de la tarification », Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 8 mai 2024, Montréal, en ligne (20 mars 2025) : <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/soutien-domicile-privatisation/>

⁴⁶ Boivin, Louise, *op. cit.*, p. 31.

⁴⁷ Plourde Anne et Louise Bovin (2024). « Soutien à domicile : éviter les erreurs de la privatisation et de la tarification », *op. cit.*

⁴⁸ Plourde, Anne et Louise Boivin (2024), *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*, *op. cit.* p. 17.

⁴⁹ *Ibid.* p. 18.

⁵⁰ S'inspirant de la CSBE, l'écosystème du maintien de l'autonomie réfère ici au système fragmenté public-privé composé de l'ensemble des parties prenantes du SAD au Québec, soit le réseau public de santé et de services sociaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les entreprises d'économie sociale en soutien à domicile (EÉSSAD) et les organismes communautaires, et à leurs interactions. Même si elles sont considérées par le gouvernement comme des « domiciles », les résidences privées pour aînés (RPA) ont été placées en arrière-plan de la consultation et de l'analyse thématique.

⁵¹ Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli (2012). « Chapitre 11 - L'analyse thématique ». Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Collection U, Paris: Armand Colin, 231-314. Doi (identifiant numérique d'objet):[10.3917/arco.paill.2012.01.0231](https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231).