



**MÉMOIRE DU CONSEIL PROVINCIAL DES AFFAIRES SOCIALES DU SYNDICAT  
CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE**

**DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS SUR LA POLITIQUE NATIONALE SUR LES SOINS  
ET LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE**

**LE 22 JANVIER 2025**

## **PRÉSENTATION**

Le Conseil provincial des affaires sociales (CPAS) rassemble plus de 35 000 travailleuses et travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux syndiqués auprès du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP).

Le CPAS est composé de membres des quatre catégories d'emploi, œuvrant dans toutes les missions d'établissements, incluant les soins à domicile. Il représente également des travailleuses et travailleurs d'établissements privés conventionnés, de ressources intermédiaires et de type familial, de paramédics et des centres de la petite enfance.

## **POUR DES SOINS À DOMICILE HUMAINS, ACCESSIBLES ET UNIVERSELS**

D'entrée de jeu, nous voulons souligner l'importance de la présence des femmes dans le système de soins et de services de longue durée. En effet, elles représentent l'immense majorité des aidantes et comme les femmes vivent en général plus longtemps que leur conjoint, elles se retrouvent trop souvent seules et pauvres lorsque vient leur tour d'avoir besoin de soins et de services de longue durée. Les travailleuses y sont aussi très majoritaires, que ce soit dans le réseau public ou dans les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD)<sup>1</sup>.

Si nous sommes d'accord avec l'idée d'appuyer le désir des aînés de vieillir à domicile, ce système de soins à domicile (SAD) ne pourra se faire sans un soutien important des personnes aidantes de la famille, que ce soit physiquement ou financièrement. L'offre des soins et des services de longue durée doit respecter les limites de ces personnes et éviter que les décisions à prendre ne soient une source de culpabilité importante<sup>2</sup>.

La première politique québécoise au sujet des soins à domicile (SAD) date de 1979. Plus récemment, une autre politique SAD a été adoptée en 2003, puis revue en 2023. Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) mentionne dans son rapport que celle de 2003 n'avait jamais été approuvée par le Conseil des ministres<sup>3</sup>.

Pour le CPAS-SCFP, la politique sur les SAD doit garantir l'accès universel à des soins gratuits, financés par la collectivité. Nous estimons que le modèle assurantielle ne devrait pas être retenu et qu'un modèle de service public local devrait être favorisé. Le modèle de financement à retenir devrait être public et démocratique afin d'assurer une prestation de SAD équitable et universelle.

Le modèle proposé dans l'étude publiée en novembre dernier, intitulée « Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec », de la chercheuse Anne Plourde de l'Institut de

---

<sup>1</sup> Paragraphe repris intégralement : Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, 2013. « Mémoire sur le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie ». Commission de la santé et des services sociaux. p.4

<sup>2</sup> *Ibid.* p.4

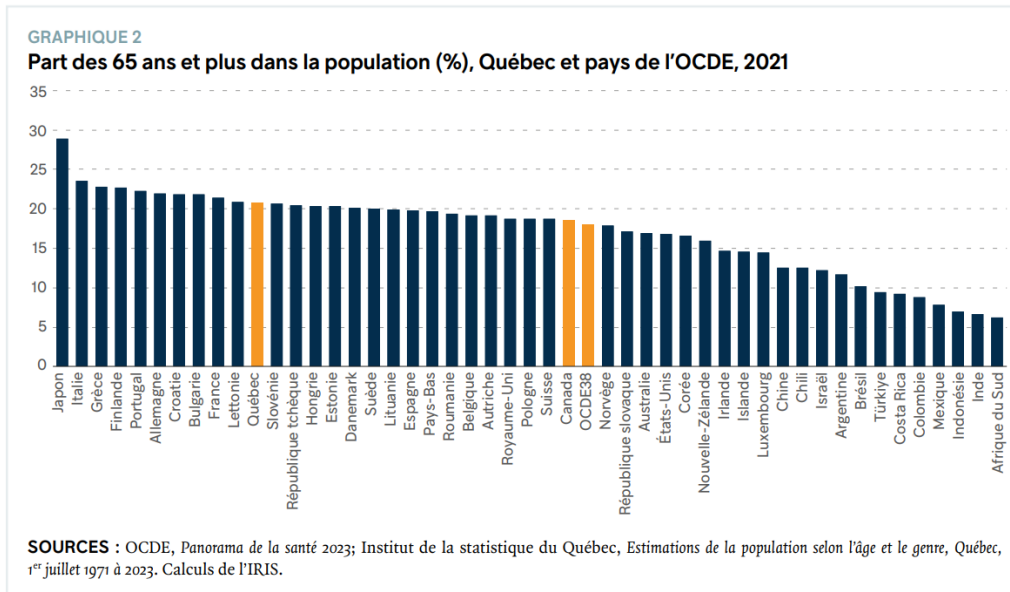
<sup>3</sup> Commissaire à la santé et au bien-être, 2024. « Bien vieillir chez soi. Tome 4 : une transformation qui s'impose » Mandat sur les soins et services de soutien à domicile. p. 4.

recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), est celui qui est préconisé par le CPAS-SCFP et nous appuyons les propositions du chapitre 3, soit de confier les SAD aux CLSC exclusivement et de créer 400 pôles sociaux pour la gestion de ceux-ci, d'une manière démocratique et locale.

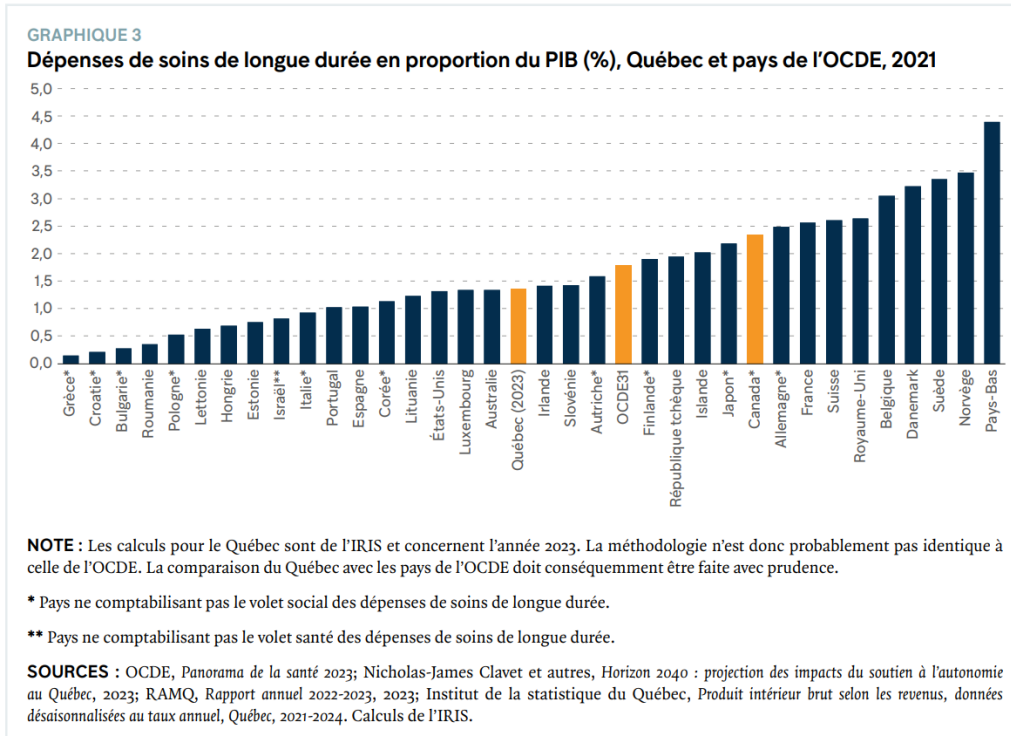
## CONTEXTE

Il y a un consensus au Québec sur la nécessité des SAD, mais on constate cependant que les efforts financiers du gouvernement du Québec sont insuffisants avec des investissements inférieurs à 1,5% de son produit intérieur brut (PIB) dans les soins de longue durée. Il manquerait 8,6 milliards de dollars pour qu'il puisse y avoir des services publics adéquats. Ce manque à gagner devrait provenir des revenus des taxes et des impôts progressifs et non pas sur des revenus basés sur un modèle assurantiel où l'utilisateur est payeur d'une partie des frais, ce qui entraverait l'équité et l'universalité dans la prestation des soins. Nous reproduisons ci-dessous les graphiques 2 et 3 de l'étude de l'IRIS sur les SAD qui illustrent bien le sous-financement des soins de longue durée au Québec, par rapport aux pays de l'Organisation de coopération de développement économique (OCDE).

Le Québec est à la traîne par rapport aux dépenses en pourcentage du PIB pour les soins de longue durée, surtout lorsque l'on considère la part des 65 ans et plus en pourcentage de sa population<sup>4</sup> :



<sup>4</sup>Anne Ploude, Louise Boivin. Novembre 2024. « Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec. » <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/> . p,17



La nouvelle gestion publique et les méthodes de type industriel comme le *Lean Management* ont créé deux formes d'activités : les activités de vie domestique (AVD) et les activités de vie quotidienne (AVQ) qui ont favorisé le recours à la sous-traitance et l'effritement de l'écosystème des prestations de soins de longue durée. Depuis la fin des années 1990, les AVD ont été relayées à des entreprises d'économie sociale privées, alors que le secteur public a axé leur intervention sur un modèle très médical. Force est de constater qu'en séparant ces activités, les conséquences pour les usagers auront été de déshumaniser la prestation des services des SAD. On a désintégré les services en multipliant le nombre d'acteurs privés dans l'écosystème des SAD.

Nos membres nous rapportent avoir observé des taux de roulement anormalement élevés avec les ESSAD, un manque flagrant de formation du personnel et des barrières linguistiques empêchant une prestation de soins humaine et décente. Les usagers se retrouvent donc au centre d'un tourbillon d'intervenants qui changent quasi quotidiennement, alors que la stabilité serait préférable.

Bien que les EESAD existent, un grand nombre de nos usagers n'ont même pas les moyens financiers ou les outils pour y avoir accès. Les conséquences sont directes : états d'insalubrité des lieux, hygiène de vie déficiente et alimentation pauvre.

Nous avons l'obligation, comme société, de traiter décentement nos personnes âgées et nos personnes handicapées. Les services offerts ne doivent pas être liés au niveau de revenu ou

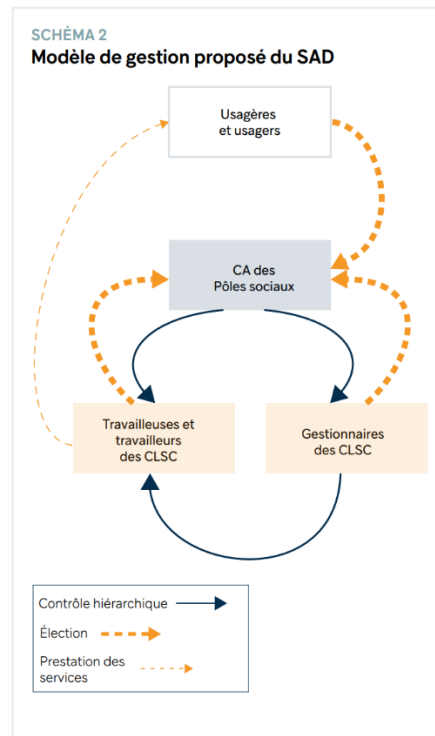
à la classe sociale, mais plutôt basés sur des valeurs de dignité humaine, d'équité, de solidarité et d'universalité face aux soins et aux services.

De plus, selon les représentants syndicaux du CPAS-SCFP, les proches aidants doivent être mieux soutenus sur l'accès au financement, en simplifiant le système fiscal de crédits d'impôt et de déductions, du chèque emploi-service et autres. Des aires et des moments de répit devraient leur être offerts. Il est important d'être attractif et de retenir les proches aidants en allégeant le contexte dans lequel ils sont plongés. Ces lieux de répit se doivent d'être publics et disponibles pour tous les types de clientèle qui bénéficient d'un maintien à domicile comme les personnes handicapées physiques ou mentales et les personnes âgées, en perte d'autonomie, ayant, ou pas, des déficits cognitifs.

Pour parvenir à créer un système de SAD humain et universel, nous croyons que les contrôles hiérarchiques et décisionnels de la Nouvelle gestion publique actuelle doivent être remplacés par un système de prestation de soins et de services entièrement publics et exercés en fonction des besoins de la population locale. Pour ce faire, l'IRIS jette les bases de ce nouveau modèle qui reçoit l'appui du CPAS-SCFP.

#### « POSER LES BASES D'UN MODÈLE DE SOUTIEN À DOMICILE »

Pour le CPAS-SCFP, le modèle qui devrait être à la base des SAD est celui proposé par l'IRIS, schématisé ci-dessous<sup>5</sup>



<sup>5</sup> Anne Ploude, Louise Boivin. Novembre 2024. « Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec. » <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/> . p. 41

En résumé, les CLSC doivent reprendre leur mission initialement prévue et pour ce faire, il sera impératif de les sortir de la gouverne de l'Agence Santé Québec. Pour la prestation des SAD, une participation locale et démocratique permettra des gains en efficacité tout en garantissant l'accès universel aux soins et aux services.

Le modèle de l'IRIS repose sur la création de 400 pôles sociaux de première ligne, décrits de la manière suivante :

*Ces pôles sociaux, répartis sur l'ensemble du territoire québécois, seraient des instances dirigeantes qui prendraient la forme de conseils d'administration élus démocratiquement et composés de gestionnaires (1/3), de membres du personnel (1/3) et d'usagers et usagers des services (1/3). Ces instances locales seraient responsables de la gestion et de la coordination de l'ensemble des services de première ligne (dont les services de SAD) dispensés par les CLSC du territoire, et c'est à elles que devraient rendre compte le personnel et les gestionnaires des CLSC.*

## **CONCLUSION**

Les principes d'universalité et d'accessibilité aux soins et aux services de SAD doivent guider les décideurs publics pour toute politique dans ce domaine. Le modèle assurantiel, ou le modèle utilisateur-payeur invoqué par le CSBE<sup>6</sup> ne répond pas aux besoins de la société québécoise. Une fiscalité progressive permet une meilleure redistribution des ressources et un financement public des SAD contribue à une utilisation plus adéquate de cesdites ressources.

La hausse de la privatisation et de la sous-traitance a un impact sur le prix payé pour les services. Lors de notre comparution en commission parlementaire pour le projet de loi 10<sup>7</sup>, nous avons démontré que les établissements publics payaient 37,75\$, en 2022-2023, pour une auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) d'une agence de placement alors que le montant déboursé pour une personne salariée du public ASSS était d'environ 33\$ incluant les avantages sociaux, et ce, pour une qualité de soins et de services moindre.

L'IRIS estime que les économies en pourcentage des dépenses actuelles avec le modèle SAD proposé par rapport modèle actuel sont de 5%<sup>8</sup>. Le tableau et le graphique reproduits ci-dessous démontrent non seulement des gains en termes de droits de la personne, d'accessibilité et d'universalité des soins et services, mais également en termes économiques.

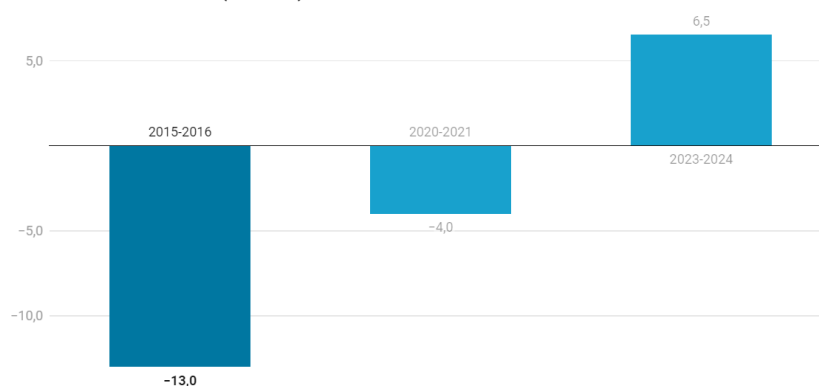
---

<sup>6</sup> CSBE, 2024. « Bien vieillir chez soi. Tome 4 : une transformation qui s'impose ». Voir la recommandation 5 : « Que le gouvernement impose une contribution des usagers de l'aide à domicile financée par les services publics aux personnes en fonction de leurs moyens. ». [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport\\_final\\_SAD/CSBE-Rapport\\_Soutien\\_Domicile\\_Tome4.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE-Rapport_Soutien_Domicile_Tome4.pdf) (site consulté le 21 janvier 2025).

<sup>7</sup> Christian Dubé. Projet de loi no 10, Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux. Sanctionné le 20 avril 2023.

<sup>8</sup> Anne Ploude, Louise Boivin. Novembre 2024. « Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>

**Graphique 1 : Différence de coût horaire entre la main-d'œuvre indépendante et le personnel du réseau public en aide à domicile, 2015-2016 à 2023-2024 (en \$/h)\***



\* La différence de coût est calculée en soustrayant le coût horaire du personnel du réseau du coût horaire de la MOI. Une valeur négative indique donc que le coût de la MOI est inférieur à celui du personnel du réseau.

Source: CISSS et CIUSSS, Rapports financiers (formulaires AS-471), 2015-2016 à 2023-2024. • Récupérer les données • Créé avec Datawrapper

**TABLEAU 6**

**Estimation des coûts supplémentaires et des économies associés au modèle proposé de SAD par rapport au modèle actuel**

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