

Dans cette note d'intervention de l'IRÉC, les auteurs dressent le portrait des services à domicile. Ils proposent des pistes de solutions afin de créer les conditions pour assurer une plus grande intégration des services de première ligne axée sur des valeurs d'accessibilité et de justice sociale.

SOMMAIRE

Introduction

1. L'état de la situation
 2. Les pratiques actuelles dans les services à domicile
 - a) Un modèle mis à rude épreuve
 - b) Le projet de politique libérale en mai 2012
 - c) Comparaison avec l'Ontario et la France
 3. Conclusion et recommandations
- Bibliographie

Les services à domicile : pour une offre plurielle et solidaire de qualité

Gilles L. Bourque*
Yves Vaillancourt**

Introduction

Cette note d'intervention s'inscrit dans la foulée des constats formulés dans celle sur les enjeux du vieillissement. Il est en effet clairement apparu que le système des soins de santé pourrait devenir, à mesure que la cohorte des baby-boomers va s'approcher du seuil des 85 ans, un important facteur de croissance des dépenses publiques. Pour cette raison, la note établissait que « la lutte aux maladies dégénératives, grâce au contrôle des facteurs externes qui affectent le vieillissement, devra s'intensifier. Des efforts supplémentaires doivent être faits pour aider les personnes âgées à améliorer leur espérance de vie en bonne santé et à assurer le plus longtemps possible leur autonomie ».

Dans cette optique, le Québec devra développer une offre de services à domicile plus adéquate qu'elle ne l'est présentement ». Cette offre de services devrait être conçue dans la perspective d'une plus grande intégration des réseaux de première ligne. L'idée de base étant de concevoir un continuum de services qui resterait charpenté sur les valeurs d'accessibilité et de justice sociale. C'est au nom de ces valeurs que devrait être pensée la complémentarité des initiatives relevant du secteur public (réseau de la santé et des services sociaux) avec celles du monde coopératif et communautaire (économie sociale ou tiers secteur) et celles du marché privé.

Cette note d'intervention présentera d'abord à grands traits l'état de la situation concernant la perte d'autonomie liée au vieillissement et au handicap ainsi que les pratiques actuelles dans le domaine des services à domicile. L'exposé débouchera sur une série de propositions qui pourront inspirer les engagements pris par le nouveau gouvernement qui a signifié son intention de renouveler le modèle de services à domicile.

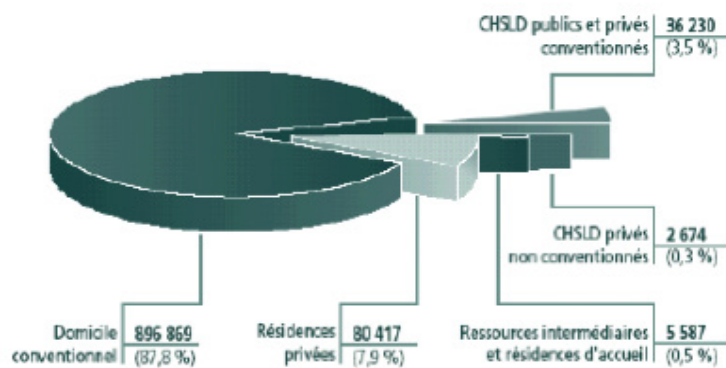
1 L'état de la situation

Les besoins des services à domicile liés au vieillissement de la population sont en croissance rapide. Ils s'ajoutent à ceux des personnes handicapées qui souhaitent aussi demeurer le plus longtemps possible chez elles dans des conditions de vie décentes. Ces aspirations et besoins des personnes handicapées sont devenus de plus en plus nets avec le déploiement des mouvements de désinstitutionnalisation qui ont surgi depuis les années 1960 dans le champ de la santé mentale et depuis les années 1970 et 1980 dans les champs de la déficience physique et de la déficience intellectuelle. Sans nier les besoins spécifiques de diverses catégories d'usagers, il faut néanmoins envisager une approche reposant sur une même vision d'ensemble, une vision centrée sur le maintien des conditions de la plus grande autonomie le plus longtemps possible pour tous et toutes.

Selon les données de 2004, la très grande majorité des aînés québécois vivent à domicile. Ceux et celles demeurant dans les centres de soins de longue durée (Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés, ressources intermédiaires), parce que vivant dans une situation de forte perte d'autonomie, représentent un peu plus de 4 % des personnes âgées¹ ; ceux et celles en résidences privées forment un autre groupe de près de 8 %; enfin, les aînés vivant dans leur domicile représentent un peu moins de 88 % de la population âgée de plus de 65 ans. Il s'agit là, évidemment, d'un processus graduel : plus les personnes avancent en âge, plus s'accumulent les problèmes de santé chronique, plus nombreux sont ceux qui quittent leur domicile pour aller vivre dans des résidences avec services ou en centres d'hébergement.

GRAPHIQUE 1

Répartition des personnes âgées selon leur lieu de résidence en 2004



Source: MSSS, Direction générale des services sociaux, 2004.
Note: Nombre total de personnes âgées en 2004: 1 021 777.

Tiré de *L'État québécois en perspective*, automne 2006.

Une recherche récente de l'Institut de la statistique du Québec, *Viellir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010* (Camirand, 2012), présente les résultats les plus récents sur la santé des Québécoises et des Québécois âgés qui vivent à domicile. Cette recherche confirme la pertinence de distinguer différents groupes au sein de la population âgée selon l'évolution de divers indicateurs de santé. La recherche met en relief la bonne santé du groupe le plus jeune, soit les 65-74 ans : 70 % d'entre eux sont globalement en bonne santé, selon l'indicateur composite proposé par les chercheurs; près de la moitié de ce groupe est actif physiquement dans leurs loisirs en 2009-2010; enfin plus des trois quarts (77 %) des personnes de 65 ans et plus ont une perception positive de leur santé, c'est-à-dire qu'elles se considèrent en général en bonne, en très bonne ou en excellente santé.

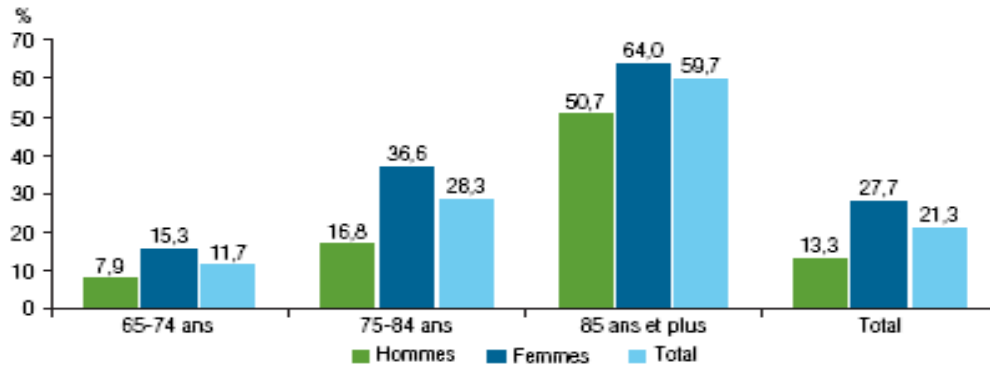
Bien que la plupart des personnes de 65 ans et plus présentent sur le plan de la santé fonctionnelle au moins un problème de santé chronique, on retient dans cette recherche que la grande majorité des personnes âgées vivant à domicile n'ont pas de problèmes de mobilité. Par exemple, même si les problèmes de vision et d'audition sont relativement fréquents, l'utilisation de lunettes et de prothèses auditives permet de réduire les difficultés de communication qui pourraient en découler. Il importe ici de souligner que les résultats confirment la meilleure santé des personnes âgées qui sont actives physiquement et qui ne présentent pas d'obésité.

Nous l'avons déjà souligné dans une note précédente (Bourque, 2012), ce sont pour les personnes âgées de 85 ans et plus que les pertes d'autonomie deviennent un problème social important. Dans le graphique 2 à la page suivante, on peut constater que la proportion des personnes qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) reste relativement faible pour les groupes de 65-74 ans et 75-84 ans, ce sont par ailleurs surtout les femmes qui sont le plus en besoin. Par contre, pour le groupe des plus de 85 ans, ce sont la majorité d'entre eux qui y sont confrontés. Autre exemple : le tiers des personnes âgées ont des problèmes cognitifs après 85 ans alors que cette proportion n'est que de 11 % pour les personnes entre 75 et 84 ans et de 2 % pour le groupe de 65-74 ans. Or, plus de 220 000 Québécoises et Québécois seront âgés de 85 ans et plus en 2021 et ce chiffre pourrait dépasser 327 000 personnes en 2031.

1. En 2011, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) parle d'un taux d'institutionnalisation de 3 % des personnes âgées, mais en comptabilisant seulement celles qui sont hébergées en CHSLD et sans inclure celles qui le sont dans des ressources intermédiaires (AQESSS, 2011, p. 34).

GRAPHIQUE 2

Proportion de personnes qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon l'âge et le sexe, population de 65 ans vivant en ménage privé, Québec 2009-2010



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, fichier de partage du Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

2 Les pratiques actuelles dans les services à domicile

Placées devant des changements démographiques et des pressions fiscales de plus en plus problématiques, parce que cumulatives, les sociétés développées ont déployé des efforts pour favoriser les services de soutien à domicile² et alléger ainsi les institutions d'hébergement. Les évaluations subséquentes de ces efforts ont montré que les services de maintien et de soutien à domicile sont moins coûteux, plus efficaces et avantageux que l'hébergement médicalisé. Dans les prochaines sections, nous verrons comment le Québec a participé à ce mouvement et la forme qu'a pris le soutien à domicile dans le système québécois de santé, en la comparant avec celle qu'elle a prise dans des systèmes nationaux équivalents.

a) Un modèle mis à rude épreuve

Le Québec a attendu jusqu'en 1979 pour se doter d'une politique de soutien à domicile (SAD). C'était très tard, même si l'absence d'une politique de SAD ne signifiait pas qu'il y avait absence de pratiques de SAD. Le développement de ces dernières s'est fait le plus souvent dans la débrouillardise et l'improvisation. L'imagination et la solidarité communautaire ont d'abord guidé le repérage et la mise en place de solutions.

L'absence d'une politique québécoise de maintien à domicile, au cours des années 1960 et 1970, même en plein contexte de la Révolution tranquille et de la réforme de Claude Castonguay, avait entraîné une série d'effets pervers, notamment des recours souvent injustifiés à l'institutionnalisation des personnes handicapées et des personnes âgées en très légère perte d'autonomie. À l'époque, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées de 65 ans et plus se situait à 8 % (Charpentier, 2004). Quant aux personnes handicapées, notamment celles qui présentaient une déficience physique et intellectuelle, elles étaient encore nombreuses à attendre un mouvement de désinstitutionnalisation, phénomène qui se déploiera dans les années 1980 et fera surgir de nouveaux besoins de services de SAD qui s'ajouteront aux besoins liés à la perte d'autonomie d'un nombre croissant de personnes âgées.

Le modèle de politique de SAD qui a émergé au début des années 1980 comprenait quatre caractéristiques :

- Attendu son démarrage tardif en pleine crise de l'État-providence, la nouvelle politique est restée marginale dans un système de santé et bien-être qui conservait un fort penchant pour l'hospitalo-centrisme.

- Lancée après huit années de mise en œuvre de la réforme Castonguay et à un moment où les centres locaux de services communautaires (CLSC) étaient plongés depuis 1976 dans une première remise en question, la politique de SAD a tout de même provoqué un regain de dynamisme dans les CLSC. En effet, ces derniers en tant qu'institutions publiques de

2. Nous utilisons l'expression « services de soutien à domicile », plutôt que celle de « soins à domicile », parce qu'elle est plus englobante que la seconde et qu'elle permet ainsi d'inclure à la fois des composantes sociales (comme le travail des auxiliaires familiales et sociales) et des composantes sanitaires (comme le travail des infirmières).

première ligne pour les services de santé et les services sociaux dans les territoires locaux, étaient appelés à jouer le rôle de maître d'œuvre de la politique de SAD.

■ En dépit de nombreuses déclarations et promesses, la politique de SAD n'a jamais obtenu les moyens financiers et les appuis politiques requis pour constituer une véritable solution d'ensemble. Les CLSC n'ont jamais eu les moyens adéquats pour satisfaire aux attentes que la politique de SAD avait fait naître. De 1980 à aujourd'hui, le budget de l'enveloppe SAD n'a jamais représenté plus de 2 à 3 % du budget consacré à la santé et aux services sociaux.

■ Depuis le tout début, la politique du SAD se présente comme une politique publique qui a choisi en priorité de structurer l'offre de services relevant des fournisseurs et, seulement en complément, de structurer la demande de services relevant des usagers.

Cette dernière caractéristique est d'une importance majeure. Elle a joué un rôle déterminant dans la configuration des services disponibles et, surtout, dans la réflexion sur l'organisation des services de première ligne. Au cours des trois dernières décennies, la politique québécoise de SAD est demeurée principalement structurée autour de l'aménagement de l'offre de services, en misant sur le rôle d'une diversité de fournisseurs. Au fil des années, trois types de fournisseurs des services de SAD vont se partager la tâche, voire quatre si on inclut les proches aidants. On compte ainsi : a) les acteurs du secteur public, notamment des CLSC ou des centres de santé et de services sociaux (CSSS) dûment nommés d'hier à aujourd'hui; b) les acteurs du tiers secteur, qui comprend deux principales niches avec, d'une part, environ 500 organismes communautaires et bénévoles (popotes roulantes, etc.) dûment nommés dans la politique de 1979 et, d'autre part, la centaine d'entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) reconnues et mandatées depuis 1997 (ensemble, ces deux niches vont chercher environ 10 % de l'enveloppe budgétaire SAD)³; c) enfin les acteurs du secteur privé qui ont toujours été présents, mais que la politique officielle a mis beaucoup de temps à nommer et dont elle n'a jamais réussi à définir le rôle ni à cerner la taille avec netteté⁴. En somme, dans le modèle québécois, les acteurs du secteur public sont toujours demeurés l'acteur principal sur le plan de la planification et de la fourniture des services en accaparant la portion principale (86 % en 2006) de l'enveloppe budgétaire publique affectée au SAD.

Toutefois, depuis le milieu des années 1980, et plus nettement depuis la réforme Couillard des années 2003 à 2008, on a mieux compris que les établissements publics conduisent une double pratique dans la mesure où ils utilisent leurs budgets SAD non seulement pour fournir eux-mêmes des services à partir de l'utilisation de leur personnel (infirmières, auxiliaires, ergothérapeutes, etc.), mais aussi pour en acheter de fournisseurs provenant du secteur privé ou du tiers secteur à partir d'ententes de services. Cette double pratique, induite en catimini par la pénurie des ressources budgétaires affectées au SAD, a provoqué, par la force des choses bien davantage que de propos délibéré, une diversification de l'offre et des fournisseurs qui varie d'un territoire à l'autre. Depuis plus de 25 ans, les gestionnaires du SAD dans le secteur public ont toujours acheté discrètement des services de SAD fournis par des acteurs du secteur privé (les agences privées de SAD), ce qui a donné lieu à des pratiques de privatisation qu'on a toujours eu de la difficulté à mesurer parce que les services relevant du secteur privé demeurent occultés dans les rapports annuels des établissements publics. Depuis 2004, dans le contexte de la réforme Couillard, les CSSS ont dorénavant la possibilité officielle de faire des ententes de services pour acheter des services de SAD liés aux activités de la vie quotidienne (AVQ) à des fournisseurs provenant du tiers secteur comme les EESAD (MSSS, 2004, p. 25)⁵. Cet important changement des règles de partage des responsabilités entre le rôle du secteur public, celui du secteur privé et celui du tiers secteur concernant les AVQ a été décidé et annoncé unilatéralement par le ministère de la Santé et des Services sociaux sans avoir été discuté au préalable avec les acteurs concernés. Ces nouvelles règles de partage des responsabilités décidées d'en haut n'ont pas manqué, depuis 2004, d'entraîner beaucoup de confusion et de mécontentement, notamment dans les rangs des associations professionnelles et syndicales qui représentent les employés du secteur public.

Quant à la composante complémentaire de la politique québécoise de SAD qui vise à structurer la demande, elle consiste à soutenir directement le pouvoir d'achat des personnes âgées ou handicapées ayant besoin des services de SAD. Elle existe depuis les années 1980. Elle comprend deux types de mesures. D'une part, les allocations directes (ou plus tard le Chèque Emploi Service) apparues au milieu des années 1980, suite à de luttes menées par des associations de défense de droit des personnes handicapées et dont le budget géré par les CLSC était de 40 millions \$ en 2006. D'autre part, il y a les crédits d'impôt, remboursables ou non remboursables, notamment le crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées de

3. Il faudrait ajouter un mot sur le réseau des 50 coopératives de santé. Ces coopératives ne constituent pas à nos yeux une troisième niche dûment reconnue et bien intégrée dans la politique québécoise de SAD. Nous convenons toutefois que cela est regrettable et qu'il serait souhaitable que leur place dans la politique de SAD et, plus largement, dans le réseau de la santé et des services sociaux, soit clarifiée un jour.

4. Les acteurs du secteur privé proviennent de deux filières. D'une part, il y a les intervenantes et les intervenants qui fournissent des services en tant qu'employés d'agences commerciales de services de SAD. D'autre part, il y a les travailleurs et les travailleuses autonomes qui fournissent des services de SAD de gré à gré à partir du programme des allocations directes ou celui du Chèque Emploi Services.

5. La modification des règles du jeu introduites par le document *Précisions de 2004* permettrait aussi à des coopératives de santé (que nous distinguons de la moitié des EESAD incorporées sous forme de coopératives) de faire des ententes de services avec des CSSS concernant la fourniture de services de SAD dans le domaine des AVD. Nous ne statuons pas ici sur la pertinence ou la non-pertinence de cette possibilité. Mais nous contestons le fait qu'elle soit introduite par la porte d'en arrière sans délibération avec les parties concernées.

70 ans et plus qui leur permet de retirer un crédit de 30 % pour les dépenses faites pour des services de SAD, ce qui coûte à l'État québécois pas moins de 259 millions \$ par année.

Sur le fond de scène de cette présentation de l'articulation au sein de la politique de SAD entre les composantes qui misent sur la structuration de l'offre de services et celles qui misent sur la structuration de la demande, il importe d'ajouter une brève explication sur la place des EESAD dans cette politique. La politique gouvernementale concernant les EESAD a été élaborée en deux temps.

Premier temps, au Sommet sur l'économie et l'emploi de l'automne 1996, des représentants de la société civile et du gouvernement du Québec co-construisent les grandes orientations de la politique visant à créer un réseau d'entreprises d'économie sociale, c'est-à-dire une niche confiée exclusivement au tiers secteur, pour offrir des services de SAD dans le créneau de l'aide domestique. En outre, la politique était balisée à partir de quelques grands principes, dont la création d'emplois durables et décents, l'évitement de la substitution d'emplois et la lutte contre le travail au noir.

Deuxième temps, en 1997, le gouvernement statue par décret l'opérationnalisation de la politique en créant le Programme d'exonération financière des services d'aide domestique (PEFSAD). Ainsi, la politique publique concernant les EESAD est le fruit de la jonction des décisions prises dans les deux moments de son élaboration. En somme, la politique, comme le résumait un document gouvernemental, visait deux objectifs : « structurer une offre de services dans le secteur de l'économie sociale et solvabiliser la demande des ménages à faibles revenus. » (extrait de Vaillancourt et Jetté, 2009 : 37-38.) La structuration de l'offre signifiait que la politique confiait en exclusivité à des acteurs de l'économie sociale la mission de fournir des services de SAD dans le créneau de l'aide domestique. La structuration ou la solvabilisation de la demande allait signifier que le PEFSAD, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), serait mandaté pour soutenir financièrement les demandeurs de services ciblés, c'est-à-dire, au début, les ménages réguliers et les personnes en perte d'autonomie référés par le réseau de la santé et des services sociaux. À condition que les services de SAD soient dans le créneau de l'aide domestique et soient dispensés par des EESAD accréditées. Conséquemment, les règles de financement du PEFSAD prévoyaient deux composantes au départ : a) une « aide fixe et universelle » de 4 \$ pour toutes les clientèles, ce qui incluait les ménages réguliers; b) une « aide variable » de 0 à 6 \$ variant en fonction des revenus des personnes référées par le réseau de la santé et des services sociaux⁶. Toutefois, au fil des années, la solvabilisation de la demande fut rétrécie dans la mesure où les règles de financement ont évolué de manière à cibler davantage les utilisateurs de services référés par le réseau de la santé. Plus largement, comme nous l'avons établi ailleurs (Vaillancourt et Jetté, 2009), les arrangements institutionnels concernant les EESAD leur ont permis de survivre (en créant 6000 emplois et en dispensant des services à 80 000 personnes), mais pas de s'épanouir en respectant les principes priorisés dans le « consensus de 1996 », notamment la création d'emplois durables et décents destinés majoritairement à des femmes et la lutte contre le travail au noir.

b) Le projet de politique libérale de mai 2012

La politique libérale sur la vieillesse présentée en mai 2012, pour l'essentiel, n'a rien changé au modèle. Elle est d'abord une réponse électoraliste, basée sur le clientélisme. Elle vise à donner l'impression que le gouvernement accorde à chacun ce qu'il demande. Si l'effort qui a été mis à l'élaboration du document de politique (plus de 200 pages touffues et bien documentées) n'est pas négligeable, la politique en tant que telle (une vingtaine de pages) et le plan d'action qui l'accompagne (plus d'une centaine de pages) « laissent l'impression d'un catalogue de projets en cours, agrémenté d'un festival de lieux communs et de vœux pieux » (Fournier, 2012b).

Malgré le fait que les valeurs invoquées dans cette politique sont à même d'aller chercher l'adhésion d'une large part des intervenants et des intervenantes, cette politique ne répond aucunement aux enjeux réels : seulement quelques centaines de nouvelles places en CHSLD, des investissements somme toute minimes dans les services à domicile et la poursuite en douce de la politique gouvernementale de privatisation des services qui, par définition, conduit à une dégradation de la qualité des services pour les moins nantis. Par contre, il faut souligner l'effort particulier qui a été mis pour tromper la population avec une présentation des budgets investis sur une base cumulative. Ce faisant, on annonce « un montant additionnel cumulé de près de 2,7 milliards de dollars pour les cinq prochaines années ». Un analyste non avisé pouvait ainsi en déduire des investissements nouveaux de 540 millions par année jusqu'en 2017. Or, c'est loin d'être le cas. Non seulement l'astuce provient du fait de donner des dépenses cumulatives sur cinq ans, mais en outre d'y intégrer des dépenses de programmes déjà implantés ou annoncés et de placer l'essentiel des nouveaux engagements en fin de période budgétaire.

Pour bien saisir l'astuce, on peut reprendre ici l'exemple donné par Jacques Fournier. L'ancien gouvernement libéral annonce en effet dans cette politique des « investissements additionnels cumulés de 71,6 millions de dollars pour bonifier le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et pour soutenir les entreprises d'éco-

6. En somme, les services d'aide-domestique fournis par les EESAD ne sont pas gratuits, mais tarifés, ce qui a été souvent critiqué par les associations de défense de droits des personnes handicapées qui avaient acquis par décret en 1988 le droit à des services gratuits.

nomie sociale dans leurs pratiques d'affaires. » Or, on constate que ces investissements se résument à un cinq millions de dollars supplémentaires par année qui avaient déjà été annoncés dans le dernier budget. Voici la ventilation des 70 millions \$ telle que présentée par Jacques Fournier (2012b), un ex-organisateur communautaire de CLSC maintenant actif à l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) :

2012-2013 : 5 M\$ (déjà annoncé l'année précédente)
2013-2014 : 10 M \$
2014-2015 : 15 M \$
2015-2016 : 20 M \$
2016-2017 : 20 M

Le total des sommes dépensées fait bien 70 millions \$, mais le budget additionnel pour les EESAD au terme de ce plan de cinq ans n'aurait été que de 20 millions \$, soit près du quart de ce fameux montant de 70 millions \$ annoncé.

Bref, même si le gouvernement disait prioriser les services de soutien à domicile, les investissements promis étaient insuffisants pour assurer des services de qualité. Selon Réjean Hébert, les promesses de la politique libérale auraient porté ce poste budgétaire à un maigre 3 % de l'enveloppe de la santé et des services sociaux alors que pour « prioriser vraiment les soins à domicile, c'est non seulement investir massivement dans ce secteur, mais aussi, et surtout modifier la structure du financement pour donner aux aînés en perte d'autonomie un véritable choix d'obtenir des services à la maison avec un financement public » (Hébert, 2012).

c) Comparaisons avec l'Ontario et la France

Lorsqu'on examine nos politiques de SAD au Québec, il arrive parfois qu'on se désole en voyant surtout leurs limites. Mais lorsqu'on les compare avec celles qui existent dans d'autres sociétés, il arrive parfois qu'on se console en redécouvrant certains de leurs atouts. C'est le constat que nous avons fait au moment où nous avons réalisé certaines études comparatives dans le domaine du SAD, dont celles que nous avons faites en comparant la politique québécoise avec celles qui existent dans d'autres provinces canadiennes comme l'Ontario ou encore dans d'autres pays comme la France. Ces deux types de recherches comparatives nous ont fourni l'occasion de tirer des enseignements concernant certains acquis que la politique québécoise conserve en dépit de ses limites et sur certains écueils qu'elle aurait avantage à éviter dans les années à venir.

Dans nos réflexions sur l'expérience ontarienne, nous avons été sensibilisés aux dangers d'une politique publique qui conduirait l'État et les pouvoirs publics dans le réseau de la santé et des services sociaux à attiser systématiquement la concurrence entre les fournisseurs du secteur privé et du tiers secteur, supposément dans le but d'obtenir les meilleurs services pour les meilleurs prix. Or, cette politique de la compétition dirigée (« managed competition »), c'est justement celle qui a été mise de l'avant, de façon intense et ostensible, dans les services à domicile en Ontario, au cours des années 1995 à 2002, lorsque le gouvernement ultra conservateur de Mike Harris était au pouvoir. Cette politique, popularisée par le courant dominant de la « Nouvelle gestion publique » (NGP), peut être résumée de la façon suivante : l'État ontarien confiait à 43 Community Care Access Centers (CCAC) « la mission de coordonner sur différents territoires la compétition entre différents producteurs de services (à but lucratif et à but non lucratif) lesquels seront choisis pour dispenser différents services de SAD » (Bergeron-Gaudin, Jetté et Vaillancourt, 2011, p. 10-12 et 20). En outre, cette formule devait s'appliquer en Ontario à toutes les composantes des services de SAD, c'est-à-dire autant pour les composantes professionnelles que pour les services de soutien à la personne (AVQ), d'aide domestique (AVD) et de soutien communautaire.

Toutefois, cette formule n'a pas livré les beaux résultats publicisés par ses promoteurs. Au contraire, elle a fait émerger de nombreux problèmes. Notamment, elle a avantagé les fournisseurs du secteur privé au détriment de ceux du tiers secteur; elle a plongé dans l'insécurité et la précarité les fournisseurs de petite taille provenant du secteur privé et du tiers secteur tout en avantageant les gros fournisseurs; elle a amené une augmentation du roulement du personnel et une détérioration de la qualité des services. En outre, la formule a suscité beaucoup de mécontentement parmi les consommateurs et les producteurs de services de SAD. C'est ainsi que, peu de temps après son arrivée au pouvoir en 2003, le nouveau gouvernement libéral de Dalton McGuinty a mis sur pied un groupe de travail dirigé par Elinor Caplan, ancienne ministre libérale de la santé, pour dresser l'état de situation des services à domicile en Ontario, ce qui a donné le *Rapport Caplan* en 2005. Ce rapport a fait une critique virulente des lacunes du modèle ontarien de la concurrence dirigée inspirée du Royaume-Uni, en montrant qu'il avantageait les gros fournisseurs du secteur privé au détriment des petits fournisseurs du tiers secteur et du secteur privé, ce qui rendait instable l'offre de services et affectait à la baisse la qualité des services et des emplois.

Sur le plan des recommandations, ce rapport n'alla pas jusqu'à demander l'élimination du système de la concurrence dirigée et son remplacement par un autre système qui aurait carrément visé la structuration de l'offre de services. Il a plutôt cherché à faire en sorte que l'État régule plus fortement le système d'appels concurrentiel ontarien en encadrant les

mécanismes de la concurrence. En fait, le groupe de travail était très lucide concernant les défauts du modèle de la concurrence dirigée et ses effets pervers. Mais il avait les mains liées et ne se sentait pas autorisé à recommander son élimination et son remplacement par un autre axé sur la coopération plutôt que la compétition.

Puis, après la publication du *Rapport Caplan*, le gouvernement de McGuinty s'est empressé de mettre en application la quasi-majorité de ses recommandations en commençant par augmenter considérablement les budgets des services de SAD. En fin de compte, en 2012, le modèle ontarien de SAD mise beaucoup sur l'État pour planifier, réguler, financer et acheter les services. Mais il mise très peu sur l'État pour les fournir. Il préfère plutôt confier la livraison des services à des fournisseurs du secteur privé et du tiers secteur en les mettant toutefois en concurrence de manière plus civilisée qu'au temps d'Harris.

Du côté de la France, il y a aussi des enseignements à tirer des désillusions générées par l'expérience du *Plan Borloo* (du nom du ministre du Travail, Jean-Louis Borloo) lancé en 2004 et mis en application dans les années qui ont suivi. Ce plan se situait dans le prolongement du dispositif pour soutenir les emplois à domicile dans les services aux personnes, instauré en 1992 par Martine Aubry et maintenu par ses successeurs au ministère du Travail. Dans ce type d'emploi, les particuliers qui ont besoin de services peuvent assumer le rôle de l'employeur ou le faire assumer par les associations ou entreprises qui embauchent des salariés pour fournir les services à domicile recouvrant la petite enfance, les personnes âgées et les personnes handicapées. Le *Plan Borloo* visait la création de ces emplois à domicile en offrant « un abattement de 15 points sur les charges sociales pour les employeurs particuliers et une exonération de charges patronales jusqu'au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) pour les structures des employeurs oeuvrant dans les services aux personnes » (Gilson, 2010). Pour les foyers particuliers, la déduction fiscale pouvait représenter jusqu'à 12 000 euros par année s'ils n'avaient pas d'enfants et 15 000 euros s'ils en avaient plusieurs. Les objectifs du plan étaient ambitieux : créer un million d'emplois de 2005 à 2010. Mais, cinq ans plus tard, le bilan du *Plan Borloo* est sévère. À peine 100 000 emplois ont été créés et ils ont coûté cher en financement public. De plus, les emplois créés sont de piètre qualité et n'offrent pas de possibilités de formation aux personnes qui les détiennent. Sur le plan de l'équité fiscale, la politique favorise les contribuables les mieux nantis : « la frange des 10 % des personnes les plus aisées touche 73 % de l'avantage fiscal des crédits d'impôt consentis pour le recours aux services à domicile » (Fondation Terra Nova, 2012). Bref, dans le cas français, la décision de structurer la demande en octroyant au consommateur de services le choix de son fournisseur n'a pas répondu aux attentes.

3 Conclusion et recommandations

Le développement des SAD au cours des trois dernières décennies souffre d'un certain nombre de lacunes dont plusieurs demeurent générées par un problème chronique de sous-financement : tendance à la privatisation, insuffisance de l'aide apportée aux proches aidants, partage de responsabilités mal défini concernant le rôle de certains fournisseurs de services, mauvaises conditions de travail des employés du secteur privé et du tiers secteur, listes d'attente décourageantes de plusieurs personnes en besoin urgent de services, etc. Ces lacunes ont jusqu'à présent été peu ou mal prises en charge par les politiques mises en place. Malgré ces limites, le modèle québécois qui s'est implanté depuis trois décennies conserve encore des atouts que les comparaisons avec les politiques de SAD dans d'autres provinces comme l'Ontario et d'autres pays comme la France font ressortir. On peut en citer quatre en particulier : a) le fait de mettre l'accent d'abord sur le soutien à l'offre de services, quitte à traiter en mesures complémentaires celles qui visent à soutenir la demande (comme les crédits d'impôt); b) le fait de maintenir le secteur public comme le maître d'œuvre et le fournisseur principal de services de SAD; c) le fait de réserver au tiers secteur deux niches dans l'offre de services; d) le fait d'avoir évité jusqu'à maintenant la formule de la compétition dirigée entre les fournisseurs du secteur privé et ceux du tiers secteur comme c'est le cas en Ontario.

Dans nos réflexions sur l'expérience française, nous avons été sensibilisés aux dangers d'une politique publique qui met l'accent sur le soutien financier à la demande en accordant des allocations sociales ou des exemptions fiscales aux usagers de services, comme le proposait le *Rapport Ménard* au Québec en 2005 (Ménard et coll., 2005, p. 75). Ce type de mesures existe déjà (le « Chèque Emploi Services » et les crédits d'impôt pour personnes âgées ou handicapées). Nous ne prescrivons pas sa disparition, mais il nous apparaît important de surveiller la place et le poids de ce type de mesures dans l'ensemble du dispositif de la politique de SAD. Nous partageons la critique adressée par Jacques Fournier au « crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées [qui] bénéficie surtout aux plus nantis » (Fournier, 2012a). Est-ce que l'État ne ferait pas un meilleur usage d'au moins une partie des ressources fiscales découlant de ces crédits d'impôt en les canalisant vers les budgets utilisés pour soutenir directement une meilleure offre de services d'intérêt public provenant des CSSS, des organismes d'économie sociale et des organismes communautaires? Nous le pensons. Nous serions inquiets si la politique de SAD se contentait d'augmenter les allocations directes et les exemptions fiscales des personnes en perte d'autonomie sans se préoccuper de l'aménagement et de l'amélioration d'une offre de services disponibles, accessibles et de qualité. À cet égard, il nous apparaît souhaitable d'approfondir la réflexion critique sur les écueils possibles et le mode d'emploi souhaitable de la « prestation de soutien à l'autonomie » à laquelle le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux semble vouer

une affection particulière et à laquelle le Parti Québécois fait référence dans son programme, avant de se lancer dans cette direction.

Le défi du virage du SAD pour le nouveau gouvernement ne devrait pas concerner qu'un seul ministre, mais au minimum deux. Certes, on attend beaucoup du ministre Réjean Hébert qui depuis longtemps a plaidé en faveur d'un véritable virage pour le SAD. On se rappellera qu'il disait en 2008 qu'un ajout massif de 500 millions \$ en cinq ans à l'enveloppe budgétaire du SAD était nécessaire, montant qui avait été repris par Pauline Marois peu de temps après. Mais pour que le virage réussisse, il faudra que le coup de barre pour remédier au sous-financement soit conjugué avec un coup de barre pour introduire une nouvelle gouvernance dans le système et redonner de la dignité aux principaux acteurs, notamment les intervenants et les usagers. Face à de tels défis qui appellent une distanciation des dictats de la concurrence dirigée, le ministre Hébert aura avantage à travailler en étroite collaboration avec la nouvelle ministre déléguée à la Santé publique et à la protection de la jeunesse, Mme Diane Hamelin, à qui Mme Marois a expressément confié la tâche de s'occuper du virage en prévention dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Nous pensons qu'il faut continuer de miser sur une politique qui, dans un premier temps, priorise clairement la structuration de l'offre plutôt que celle de la demande de services. Comme nous le suggérons dans le titre de cette note, nous prenons position « pour une offre plurielle et solidaire ». Cela passe par le soutien à des emplois de qualité comme le nouveau gouvernement issu des élections du 4 septembre s'est engagé à le faire dans son programme électoral 2012 : « Autre avantage : la création d'un vaste réseau de soins et de services à domicile offrira à des milliers de femmes et d'hommes des emplois de qualité dans toutes les régions du Québec. » (Parti Québécois, 2012, p. 5). Il nous apparaît important de clarifier ici que la préoccupation des « emplois de qualité » doit prévaloir à la fois dans le secteur public et dans le tiers secteur, sans perdre de vue que les améliorations faites dans ces deux secteurs auront des effets d'entraînement dans le secteur privé. Nous sommes donc favorables à ce que l'offre demeure « plurielle » en proposant que la politique de SAD au Québec continue à relever en premier lieu du secteur public, c'est-à-dire des infirmières et auxiliaires familiales et sociales de CSSS, tout en se préoccupant d'améliorer les arrangements institutionnels concernant le personnel des deux niches relevant du tiers secteur.

Pour que l'offre de services de SAD devienne « solidaire », il faut que le nouveau gouvernement, les partis d'opposition et les têtes de réseaux concernés dans la société civile travaillent à la levée d'un contentieux qui mine les relations entre le secteur public et le tiers secteur. Ce contentieux s'est instauré depuis la fin des années 1990 lorsqu'on s'est aperçu que certaines EESAD s'occupaient non seulement des AVD (entretien ménager, etc.), mais aussi des AVQ (aide à l'hygiène corporelle, etc.). Il s'est intensifié depuis les supposées « précisions » apportées par le MSSS en 2004, dans la mesure où ces dernières précisait que les EESAD pouvaient s'occuper des AVQ à partir d'ententes de services avec les CSSS, mais sans préciser si les auxiliaires familiales et sociales de CSSS allaient continuer à s'en occuper. Ces imprécisions ont nui à la solidarité souhaitable entre les acteurs (gestionnaires et intervenants) du secteur public et du tiers secteur engagés dans l'organisation et la livraison des services de SAD. Elles ont alimenté l'impression que l'État québécois n'avait plus besoin des 4 000 auxiliaires familiales et sociales de CSSS et utilisait le tiers secteur pour éliminer des emplois et des services relevant du secteur public.

L'arrivée d'un nouveau gouvernement fournit l'occasion de revenir à une proposition que certains acteurs dans les réseaux d'EESAD avaient mise de l'avant en 2005, mais qui n'avait pas pu être mise en œuvre à l'époque : rétablir une démarche de délibération publique entre une diversité d'acteurs socioéconomiques et sociopolitiques concernés par la politique québécoise de SAD à la fois comme usagers et fournisseurs de services⁷. L'idée est de convoquer des « États généraux » du SAD dans le but de débloquer une impasse qui s'est instaurée depuis une quinzaine d'années et n'a pas permis aux acteurs collectifs et individuels du tiers secteur et du secteur public, de même que des mouvements sociaux concernés, de construire ensemble de véritables liens de confiance et de coopération comme c'est le cas dans d'autres domaines où le tiers secteur joue un rôle clé dans les politiques publiques au Québec (par exemple dans le logement social et les services de garde à la petite enfance). C'est de permettre aux acteurs concernés en lien avec le secteur public autant qu'avec le tiers secteur d'entrer dans une dynamique de « co-construction » de la politique publique qui les concerne dans le but d'instaurer une discussion plus démocratique, à la fois entre eux et entre eux et l'État.

Dans le nouveau dialogue à instaurer, nous ne demandons pas seulement au secteur public de mieux reconnaître le tiers secteur, que l'on doit définitivement cesser de considérer comme une grappe de sous-traitants captifs. Nous demandons aussi au tiers secteur de mieux reconnaître et appuyer le secteur public. Cette reconnaissance mutuelle doit conduire à une compréhension mutuelle que le sous-financement affaiblit l'ensemble de la politique de SAD et touche tous les acteurs collectifs qui jouent les rôles clés dans l'organisation des services. Le succès d'une nouvelle politique de SAD passe plutôt par leur renforcement mutuel, c'est-à-dire par des règles de partage des budgets pour une offre de services plurielle dont le panier est bien défini et où les conditions de prestations sont mieux encadrées.

7. Ce type de délibération avait été amorcé pendant le Sommet sur l'économie et l'emploi en octobre 1996, mais il n'a pas été poursuivi par la suite. Voir Vaillancourt et Jetté, 2009, chap. 2.

Bibliographie

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population, Montréal*, AQESSS, 50 p.

BERGERON-GAUDIN, Jean-Vincent, Christian JETTÉ et Yves VAILLANCOURT. *La place du tiers secteur dans les services à domicile au Canada : une comparaison interprovinciale*, Cahiers du LAREPPS no 11-08, Montréal, LAREPPS/UQAM, juillet 2011, 26 p. [http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/Cahier_11-08.pdf].

BOURQUE, Gilles L. *Les enjeux du vieillissement. Partie 2 : les impacts socioéconomiques*, note d'intervention no 17, IRÉC, 2012. [<http://www.irec.net/upload/File/noteinterventionno17avril2012.pdf>]

CAMIRAND, Jocelyne, avec la collaboration de Claire FOURNIER. *Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010*, Institut de la statistique du Québec (ISQ), février 2012.

CAPLAN, E. *Realizing the Potential of Home Care : Competing for Excellence by Rewarding Results*, Toronto, Queen's Park, 2005.

CHARPENTIER, Michèle. « De l'institution au marché : transformations de l'hébergement et enjeux actuels », *Vie et vieillissement*, Vol 3, no 2 : L'hébergement : concilier milieu de vie et milieu de soins, p.2-9, 2004.

FONDATION TERRA NOVA. *Un New Deal pour l'aide à domicile*, Paris, Fondation Nova, mai 2012. [<http://www.tsa-quotidien.fr/action-sociale/services-a-la-personne/a-193666/un-new-deal-pour-l-aide-a-domicile.html>].

FOURNIER, Jacques. « Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées bénéficie surtout aux plus nantis », à paraître dans la *La force de l'âge*, 2012a. [<http://www.chronijacques.qc.ca/2012/02/le-credit-dimpot-pour-le-maintien-a-domicile/>]

FOURNIER, Jacques. « La nouvelle politique 'Vieillir et vivre ensemble' : de la poudre aux yeux? », *Chroniques de Jacques Fournier*, 2012b [<http://www.chronijacques.qc.ca/2012/05/quelques-elements-complementaires/>]

GILSON, Martine. « Emplois à domicile. Un projet qui ne passe pas », *Le Nouvel Observateur*, juillet 2010, 41.

HÉBERT, Réjean. « Vieillir et vivre ensemble – Trop peu, trop tard », *Le Devoir*, 4 juin 2012 [<http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/349309/trop-peu-trop-tard>]

LAFORTUNE, Louise, François BÉLAND et Howard BERGMAN. « Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique », *Revue Vie économique*, volume 3, numéro 1, 2011. [<http://www.eve.coop/?a=114>].

MÉNARD, L. Jacques et coll. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, MSSS, été 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction des communications du MSSS, 2004.

PARTI QUÉBÉCOIS. *De cœur et d'action*, programme électoral, 2012, 11 p. [<http://pq.org/parti/programme/coeuretactions>].

VAILLANCOURT, Yves et Christian JETTÉ. *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique*, Montréal, Éditions Vie Économique (ÉVÉ), 178 pages, 2009.