

Mémoire de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) dans le cadre de la consultation sur le livre blanc relatif à la création d'une assurance autonomie

CSSS – 028M
C.P. – Livre blanc
L'autonomie
pour tous

Présenté à :

la Commission de la santé et des services sociaux

DES RÉSEAUX D'EXPÉRIENCE POUR SOUTENIR L'AUTONOMIE DES PERSONNES



**La Fédération
des coopératives
de services à domicile
et de santé
du Québec**



Novembre 2013



Ce document a été réalisé par la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ)

Novembre 2013

LISTE DES ACRONYMES ET DÉFINITIONS

ASA : Allocation de soutien à l'autonomie

AVD : Aide à la vie domestique

AVQ : Aide à la vie quotidienne

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

EESAD : Entreprises d'économie sociale en aide à domicile

FCSDSQ : Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Groupes Hans Kai : Groupes volontaires comptant 5 à 20 personnes résidants à proximité qui acceptent de s'engager pour une période donnée dans un processus de rencontres mensuelles sous le sceau d'une programmation en promotion et prévention santé.

CQCM : Conseil québécois de la coopération et de la mutualité

PEFSAD : Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique

Profils iso-SMAF : Les profils Iso-SMAF regroupent des individus avec des incapacités semblables générant des services et coûts similaires. Suite à une évaluation SMAF, les usagers sont classés parmi les 14 profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie. Les usagers peuvent ensuite être adéquatement répartis selon le profil d'accueil des établissements ou services. Cet outil facilite l'identification du niveau d'expertise, le nombre d'heures de soins et la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle.

RPA : Résidence privée pour aînés

RÉSUMÉ

Note : L'ensemble de nos recommandations se retrouvent à la fin du mémoire.

1. INTRODUCTION

La population du Québec vieillit rapidement et notre système de santé exerce une pression croissante sur les ressources financières de l'État. Le statu quo quant aux stratégies pour la livraison de services de santé ne représente plus une option viable et réaliste. L'assurance autonomie s'inscrit dans une démarche logique et incontournable dans le développement des services à domicile. C'est pourquoi nous saluons l'initiative du gouvernement du Québec d'entreprendre un changement de cap important vers l'autonomie des personnes et le soutien à domicile.

Les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et les coopératives de santé constituent des infrastructures déjà opérationnelles et présentes auprès d'un grand nombre de personnes âgées ou souffrant d'incapacités. Elles sont, par conséquent, en mesure de jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration et dans la mise en œuvre du projet d'assurance autonomie.

2. LES EÉSAD, UN PARTENAIRE POUR DÉVELOPPER ET SOUTENIR L'AUTONOMIE

On compte aujourd'hui 102 EÉSAD au Québec, dont 48 coopératives et 54 organismes à but non lucratif (OBNL), réparties dans les 17 régions administratives de la province. Ces entreprises livrent, dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), 5,8 millions d'heures de service par année à 87 000 usagers.

Les EÉSAD regroupées au sein de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) bénéficient d'un réseau d'affaires organisé offrant divers services professionnels dans les domaines du droit, de la gestion des ressources humaines, du développement des affaires, etc. De plus, les EÉSAD affiliées à la FCSDSQ ont fréquemment la possibilité d'accroître leur capacité de gestion et de partager outils et pratiques exemplaires, à l'occasion d'activités telles des séminaires, forums, ateliers de formation, etc.

Les EÉSAD desservent des clientèles provenant de tous les milieux, de tout âge et de toutes les conditions sociales (jeune famille, couple, célibataire et retraité). Les usagers des EÉSAD font appel à leurs services majoritairement afin de prévenir ou de pallier la perte d'autonomie, soit en raison de leur âge, soit en raison d'une incapacité. Étant donné l'influence qu'exercent les usagers sur les EÉSAD, la qualité et l'accessibilité des services figurent en tête de liste des priorités de nos membres.

Depuis près de deux décennies, l'ensemble des EÉSAD offrent des services d'aide à la vie domestique (AVD). Au cours des récentes années, les EÉSAD ont progressivement développé une offre de service en aide à la vie quotidienne (AVQ). Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2013 auprès de 85 EÉSAD, une majorité d'entre elles (56 %) offre actuellement des services en AVQ. Plusieurs EÉSAD offrent également des services de répit-gardiennage et de présence-surveillance afin de soutenir les proches aidants, de même qu'une offre de service destinée aux locataires des résidences pour aînés. Les EÉSAD qui n'offrent pas actuellement de services AVQ souhaiteraient ou projettent de le faire, à condition de disposer des ressources financières nécessaires pour répondre à la demande.

Les services offerts par les EÉSAD bénéficient non seulement aux usagers, mais également à leurs proches qui les soutiennent.

En favorisant le maintien prolongé à domicile, les EÉSAD contribuent déjà à la baisse des coûts d'institutionnalisation, ce qui génère des économies considérables pour la société. La valeur des avantages quantifiables générés par les EÉSAD pour l'économie du Québec dépasse largement les montants investis par le gouvernement du Québec dans le PEFSAD. Les EÉSAD contribuent également au dynamisme des communautés qu'elles desservent. Les services qu'elles offrent permettent, en effet, aux personnes âgées de demeurer plus longtemps dans leur localité.

Les EÉSAD sont, en quelque sorte, la preuve « vivante » des impacts positifs que peuvent avoir l'investissement dans le soutien à domicile et le renforcement de l'autonomie des usagers. Cette réussite démontre aussi le potentiel immense de la mobilisation des individus et du milieu, en partenariat avec l'État, pour relever les défis les plus importants.

3. LES ENJEUX RELATIFS AUX CLIENTÈLES ET AUX SERVICES

L'assurance autonomie doit non seulement permettre d'intervenir afin de palier à la perte d'autonomie, mais aussi de prévenir et de ralentir le processus menant à la perte d'autonomie. L'assurance autonomie ne doit pas avoir pour conséquence que des personnes qui sont présentement soutenues financièrement pour des services à domicile n'aient plus aucune aide à la suite de la mise en place éventuelle de l'assurance autonomie. Le développement de l'autonomie suppose également le soutien d'une offre de service complémentaire pour la prévention de la perte d'autonomie.

Nous souhaitons que les EÉSAD soient reconnues comme les fournisseurs prioritaires en AVD et en AVQ. Les CSSS devraient donc référer systématiquement aux EÉSAD les personnes qui requièrent des services en AVD et AVQ entrant dans les champs de compétence de ces entreprises.

Par ailleurs, la FCSDSQ n'est pas favorable à une utilisation à grande échelle du chèque emploi-service.

La FCSDSQ est d'accord pour que les fournisseurs de services fassent l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée à l'intérieur d'un processus formel. Ce mécanisme d'accréditation doit inclure des critères portant sur la qualité des services ainsi que sur le contrôle démocratique par la communauté et les usagers. Cependant, nous recommandons que le PEFSAD soit élargi aux AVQ, et ce, sans favoriser de nouvelles accréditations autres que les EÉSAD actuellement reconnues dans le cadre du programme.

Les EÉSAD sont disposées à se doter d'une base commune ou uniforme de services en AVD et AVQ, correspondant aux services couverts par l'assurance autonomie. Il nous paraît souhaitable et nécessaire, cependant, d'adapter une partie de l'offre de service des EÉSAD, en fonction des régions.

L'assurance autonomie offre l'occasion d'optimiser et d'uniformiser l'utilisation complémentaire des différentes ressources en place afin d'accroître l'efficacité des services dispensés. Par exemple, même si les EÉSAD sont en mesure de prendre en charge une portion importante des services AVQ, elles n'ont pas toutes les ressources et les expertises requises afin d'intervenir auprès de certaines clientèles ou pour certains types d'intervention. De telles clientèles devraient continuer de relever des CSSS. Afin de bien délimiter les domaines d'intervention des fournisseurs de services, il est nécessaire de connaître les profils ISO-SMAF qui seront pris en charge par les EÉSAD pour les clientèles AVQ et lesquels resteront dans l'offre de service des CSSS.

Le succès de l'assurance autonomie repose, en partie, sur le développement d'une culture et de pratiques collaboratives et partenariales. Par exemple, bien que l'évaluation des cas et l'élaboration du Plan de services relèvent de la responsabilité des CSSS, la collaboration des EÉSAD dans ces

processus permettrait, dans certaines situations, de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Nous proposons aussi d'inclure dans l'assurance autonomie des mécanismes ou instances visant à matérialiser et à formaliser la collaboration des intervenants dans les services d'aide à domicile.

4. LES ENJEUX RELATIFS AUX RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES

Les EÉSAD recrutent des personnes possédant les compétences, les qualités personnelles ainsi que les valeurs qui sont essentielles aux services à domicile de qualité, notamment pour l'aide à la vie quotidienne. En plus du savoir-faire, les services de soutien à domicile (AVD et AVQ) requièrent un savoir-être important (empathie, écoute, etc.). La rareté de la main-d'œuvre et la croissance de la demande de services exercent une forte pression sur la gestion des ressources humaines des EÉSAD.

La capacité de payer limitée des usagers place les EÉSAD devant le dilemme suivant : augmenter les tarifs facturés aux usagers, avec pour conséquence de limiter l'accessibilité des services; ou encore limiter les dépenses salariales, réduisant alors la capacité des EÉSAD de recruter et de garder leur personnel. Afin d'assurer des services de qualité accessibles à tous, l'assurance autonomie doit prévoir une aide financière adéquate qui tienne compte, à la fois, des réalités économiques du marché du travail et de la capacité de payer des usagers.

Formés adéquatement, les préposés d'aide à domicile des EÉSAD sont en mesure d'offrir des services AVQ de grande qualité, avec humanité et respect. Afin que les EÉSAD puissent assurer la formation d'un nombre suffisant de préposés pour les services AVQ, une mesure d'aide financière devrait permettre de soutenir les investissements réalisés par les entreprises.

La perception de la population et du marché du travail concernant les emplois offerts par les EÉSAD demeure assez négative et teintée de clichés. Les préposés d'aide à domicile sont trop souvent considérés comme des « femmes de ménage » et ce travail est perçu comme étant dévalorisant. L'assurance autonomie doit être l'occasion de valoriser le métier de préposé d'aide à domicile.

Le Livre blanc repose sur une vision à moyen et à long terme de notre système de santé. Cette approche de « développement durable » ne devrait pas être menacée par des contraintes budgétaires à court terme. Le Québec doit se donner les moyens de mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, tout en assurant la pérennité du système de santé.

Pour permettre aux EÉSAD de viabiliser une offre de service AVQ de qualité, l'Allocation de soutien à l'autonomie devrait :

- Réfléter la valeur réelle des services rendus, en tenant compte de l'ensemble des coûts rattachés à leur livraison, notamment en fonction du marché du travail;
- Prévoir une garantie d'heures par service, par exemple en cas d'annulation tardive par l'utilisateur et un nombre minimum d'heures lorsque les employés se déplacent au domicile d'un usager;
- Tenir compte des spécificités des différents marchés qui sont desservis par les EÉSAD. Il peut, en effet, exister des variations, sur une base régionale ou même locale, dans le coût des services;
- Être balisée par des grilles tarifaires qui permettent d'identifier clairement et facilement la tarification applicable à chaque type de service, notamment en éliminant les « zones grises » ou les interprétations possibles.

Le respect de la capacité de payer des usagers constitue une condition de réussite du projet d'assurance autonomie. Les clientèles visées par l'assurance autonomie ne devraient jamais avoir à choisir, par manque de ressources financières, entre la satisfaction de besoins fondamentaux et recevoir les services de soutien à l'autonomie dont elles ont besoin. Aussi, la contribution demandée aux usagers ne devrait pas faire en sorte que ceux-ci soient incités à aller vivre dans des résidences pour personnes âgées ou dans des CHSLD, alors qu'ils auraient la capacité et souhaiteraient rester chez eux.

La FCSDSQ appuie le principe de créer et de capitaliser dès le départ une caisse dédiée à l'assurance autonomie. Cependant, la mise sur pied de l'assurance autonomie et la création d'une caisse à cet effet ne doit pas faire perdre de vue que le financement des services de santé, incluant les services et les soins à domicile, doit demeurer d'abord une responsabilité de l'État.

5. LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

La coopérative de santé appartient à ses membres qui ont ainsi la possibilité d'influencer les services offerts, en fonction des besoins de la collectivité.

La plupart des coopératives de santé offrent des services de médecine familiale. Certaines coopératives proposent également à la population différents services offerts par des professionnels de la santé autres que des médecins. Les coopératives de santé initient également des activités ou services complémentaires de prévention et promotion en santé.

Partout où elles se sont implantées, les coopératives de santé représentent un atout significatif pour la qualité de vie des personnes et la cohésion des communautés. La création d'une coopérative entraîne des bénéfices sur les plans démographique, économique et social, dont les retombées rejaillissent sur tout le territoire.

La coopérative de santé ne vient en aucun cas remplacer le service offert par l'État. Elle existe à titre d'alternative en soins de première ligne pour encourager l'équité en regard de l'accès à des services de santé et à proximité du lieu de résidence. De plus, les coopératives de santé ne représentent pas l'avant-garde de la privatisation des soins de santé. Au contraire, à chaque fois qu'une coopérative de santé émerge dans une communauté, c'est une occasion pour les citoyens et le milieu de prendre en charge eux-mêmes la satisfaction de leurs besoins en santé.

Les coopératives de santé développent leurs activités selon un principe de subsidiarité et de complémentarité à l'égard des autres intervenants locaux, notamment avec les CSSS. Ainsi, nous croyons qu'en prévention et en promotion en santé, les CSSS et les coopératives peuvent, chacun en fonction de leur expertise propre, apporter une contribution originale et pertinente.

En favorisant l'accès à des services de première ligne en santé à proximité du citoyen, les coopératives de santé contribuent déjà à la prévention de la perte d'autonomie. Pour les personnes âgées, particulièrement, l'accessibilité à des services de santé de première ligne à proximité est un élément important dans le choix de leur milieu de vie et un facteur déterminant dans le développement de leur autonomie.

Aussi, en raison de leur proximité et de leur ancrage dans la communauté, les coopératives de santé sont en mesure de jouer un rôle de vigie, d'identification des besoins et de communication de l'évolution de l'état de santé et de l'autonomie des personnes âgées. Nous croyons que les CSSS pourraient confier aux coopératives de santé certaines activités en lien avec la prévention de la perte d'autonomie.

Les coopératives de santé prodiguent des soins de première ligne aux patients, en englobant également la prévention et promotion en santé. Ainsi, les coopératives de santé mettent de l'avant de nombreuses initiatives visant plus spécifiquement la promotion de la santé et de saines habitudes de vie : club de marche, conférences, journées santé, formations, groupes Hans Kai, etc.

Sans aide financière de l'État, les coopératives de santé contribuent efficacement au mieux-être et à l'autonomie des personnes ainsi qu'au développement de leur communauté. Elles peuvent faire plus pour prévenir la perte d'autonomie, si on leur en fournit les moyens.

6. LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE AUTONOMIE

L'objectif de démarrer l'assurance autonomie dès 2014-2015 paraît ambitieux, mais la FCSDSQ souscrit à cet échéancier. Cependant, le développement des AVQ par les EÉSAD devra être mis en œuvre de manière progressive, en fonction, entre autres, de chaque territoire et du nombre de préposés ayant reçu la formation pour les services AVQ.

Il faudra également prévoir le temps requis ainsi que des ressources financières additionnelles de transition pour la formation des préposés, le redéploiement de l'offre de service des EÉSAD ainsi que pour la mise en place des processus administratifs permettant d'assurer le suivi des interventions et une reddition de comptes adéquate.

Le MSSS et ses partenaires, dont la FCSDSQ, devront convenir d'un plan d'action détaillé et d'un échéancier précis pour le déploiement complet du programme. Pour faciliter et encadrer cette transition, le MSSS devrait jouer un rôle central, notamment dans le partage des responsabilités des divers acteurs.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire

LISTE DES ACRONYMES ET DÉFINITIONS	4
RÉSUMÉ	6
1. INTRODUCTION.....	12
1.1 La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ)	12
1.2 Remarques préliminaires.....	12
1.3 Quelques principes directeurs	13
1.4 Structure du mémoire.....	14
2. LES ÉESAD, UN PARTENAIRE POUR DÉVELOPPER ET SOUTENIR L'AUTONOMIE	14
2.1 Un réseau solide et consolidé	14
2.2 Des clientèles qui assurent leur autonomie.....	16
2.3 Des entreprises au service des individus, des communautés et de la société.....	16
3. LES ENJEUX RELATIFS AUX CLIENTÈLES ET AUX SERVICES.....	18
3.1 Une approche inclusive et préventive.....	18
3.2 Des rôles bien définis et complémentaires.....	19
3.3 Partenaires pour le développement de l'autonomie	21
4. LES ENJEUX RELATIFS AUX RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES	22
4.1 Les ressources humaines.....	22
4.2 Les ressources financières.....	25
5. LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ	27
5.1 Le réseau des coopératives de santé.....	27
5.2 Qu'est-ce qu'une coopérative de santé?	27
5.3 Des communautés en santé.....	29
5.4 Des ressources complémentaires	29
5.5 Les coopératives de santé et l'autonomie	30
6. LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE AUTONOMIE.....	32
7. CONCLUSION	33
8. RECOMMANDATIONS.....	34

1. INTRODUCTION

1.1 La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ)

Fondée en 1996 par les cinq premières coopératives de services à domicile du Québec, la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) regroupe à présent 43 coopératives et 19 OBNL de services à domicile ainsi que 35 coopératives de santé.

Les entreprises membres de la FCSDSQ, dont principalement les coopératives que nous représentons sont majoritairement contrôlées par des usagers et des représentants d'usagers. Elles ont été créées pour et par les personnes qui en utilisent les services. Ultimement, la FCSDSQ s'exprime au nom de personnes qui sont directement visées par le projet d'assurance autonomie.

Le développement et le fonctionnement des coopératives reposent, notamment, sur les valeurs suivantes : la prise en charge et la responsabilité personnelle et mutuelle, la démocratie, l'égalité, l'équité et la solidarité.

En plus de représenter ses membres, la FCSDSQ leur offre divers services-conseils (fonctionnement coopératif, services juridiques, gestion des ressources humaines, analyse et développement stratégique, soutien au développement des affaires, etc.), de la formation, des publications, des services d'information et de communication, des regroupements d'achats ainsi que différents outils de gestion, et des activités de réseautage et de partage d'expertises.

La FCSDSQ est membre du Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM). Elle est également membre fondatrice, depuis 2011, du Consortium coopératif québécois de services fédératifs, une coopérative de solidarité comptant une douzaine d'employés à temps plein et offrant divers services aux regroupements qui y sont affiliés.

1.2 Remarques préliminaires

La population du Québec vieillit rapidement et notre système de santé exerce une pression croissante sur les ressources financières de l'État. **Le statu quo quant aux stratégies pour la livraison de services de santé, notamment aux aînés, ne représente plus, désormais, une option viable et réaliste**, et ce, tant sur les plans social et humain, que du strict point de vue des finances publiques.

L'assurance autonomie s'inscrit dans une démarche logique et incontournable dans le développement des services à domicile. **Vivre chez soi constitue une aspiration légitime pour toute personne et on ne devrait priver un individu de ce choix que dans les cas où aucune autre solution réaliste n'est disponible.** C'est pourquoi nous saluons l'initiative du gouvernement du Québec d'entreprendre un changement de cap important vers l'autonomie des personnes et le soutien à domicile.

Les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et les coopératives de santé que nous représentons constituent des infrastructures déjà opérationnelles et présentes auprès d'un grand nombre de personnes âgées ou souffrant d'incapacité. Elles sont, par conséquent, en mesure de jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration et dans la mise en œuvre du projet d'assurance autonomie. Pour ce faire, nous entendons collaborer avec le Ministre, mais aussi avec l'ensemble des intervenants du secteur public et du milieu.

La FCSDSQ entend toutefois faire part au Ministre et à la Commission de certaines préoccupations concernant les paramètres et les modalités de mise en œuvre de l'assurance autonomie. Nous nous permettrons également de formuler des propositions concrètes afin d'identifier des pistes de réflexion et de solution. Nos propositions sont principalement inspirées par les expériences vécues quotidiennement par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), les coopératives de santé, mais également par les personnes qui utilisent leurs services.

1.3 Quelques principes directeurs

L'élaboration et la mise en œuvre de l'assurance autonomie devraient se faire en tenant compte des principes suivants :

- Avoir pour objectif prioritaire **la réponse aux besoins des personnes ainsi que leur bien-être;**
- **Respecter le choix des individus quant à leur milieu de vie;**
- **Exploiter en complémentarité une diversité de ressources et d'expertises** (publiques, RPA et économie sociale);
- **Miser sur une approche partenariale et collaborative** de la part des acteurs, tout en respectant leur autonomie décisionnelle ainsi que leurs expertises respectives;
- **Prendre en compte la capacité de payer des usagers** dans le financement du programme;
- **Reconnaître et respecter les spécificités régionales et locales**, de manière à tirer le meilleur parti de l'innovation et de la créativité des individus et des communautés.

L'Assemblée nationale du Québec a adopté cet automne la Loi sur l'économie sociale. Cette loi reconnaît formellement l'apport des entreprises d'économie sociale dans le développement socioéconomique du Québec. Il engage également le gouvernement du Québec à prendre en considération l'économie sociale, représentée par les coopératives, les mutuelles et les associations entrepreneuriales, dans les mesures et les programmes existants. Dans un souci de cohésion de l'action gouvernementale, l'assurance autonomie devrait faire en sorte que les EÉSAD et les coopératives de santé puissent pleinement jouer leur rôle dans le soutien à l'autonomie.

1.4 Structure du mémoire

En plus de décrire le réseau des EÉSAD, notre mémoire traite de certains enjeux relatifs aux clientèles et aux services dans le cadre de l'assurance autonomie. Il aborde également les principaux enjeux concernant les ressources humaines et financières. Une section du mémoire est consacrée aux coopératives de santé et à leur contribution actuelle et potentielle dans l'assurance autonomie. Enfin, nous formulons diverses propositions quant aux modalités de mise en œuvre de l'assurance autonomie.

2. LES EÉSAD, UN PARTENAIRE POUR DÉVELOPPER ET SOUTENIR L'AUTONOMIE

2.1 Un réseau solide et consolidé

C'est en 1989 que fut fondée la première coopérative de services à domicile en Estrie. Dès le départ, cette coopérative avait comme mission de répondre aux besoins des services à domicile des personnes âgées. Cette initiative fut ensuite reprise à Lévis (Coopérative de services Rive-Sud), à Laval (Coopérative de soutien à domicile de Laval), à Thedford Mines (Coopérative de services à domicile de la région de l'Amiante) et à Québec (Coopérative de services à domicile du Cap Diamant).

Le développement du réseau des EÉSAD a, par la suite, connu un essor considérable dans la foulée du « Sommet sur l'Économie et l'Emploi », tenu à l'automne 1996, qui réunissait des représentants des milieux gouvernementaux, patronaux, syndicaux et de la société civile. Les consensus dégagés lors de ce sommet avaient permis l'élaboration et, éventuellement, la mise en œuvre de plusieurs propositions touchant la création d'emploi et la livraison de différents services à la population par des entreprises d'économie sociale, notamment dans le domaine de l'aide à domicile (on parlait plutôt, à l'époque, « d'aide domestique »).

On compte aujourd'hui 102 EÉSAD au Québec, dont 48 coopératives et 54 organismes à but non lucratif (OBNL), réparties dans les 17 régions administratives de la province (voir tableau 1). Ces entreprises livrent, dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), 5,8 millions d'heures de service par année à près de 87 000 usagers, auxquelles s'ajoutent les heures de service rattachées aux soins à la personne fournis aux usagers hors des cadres du PEFSAD.

Tableau 1 : Répartition des EÉSAD par région administrative au 31 août 2013

RÉGION	NOMBRE D'EÉSAD
(01) Bas-Saint-Laurent	8
(02) Saguenay – Lac-Saint-Jean	5
(03) Capitale-Nationale	7
(04) Mauricie	8
(05) Estrie	6
(06) Montréal	9
(07) Outaouais	4
(08) Abitibi-Témiscamingue	7
(09) Côte-Nord	5
(10) Nord-du-Québec	1
(11) Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	6
(12) Chaudière-Appalaches	8
(13) Laval	1
(14) Lanaudière	5
(15) Laurentides	6
(16) Montérégie	11
(17) Centre du Québec	5
Total	102

Les EÉSAD regroupées au sein de la FCSDSQ bénéficient d'un réseau d'affaires organisé, offrant divers services professionnels dans les domaines du droit, de la gestion des ressources humaines, du développement des affaires, etc. De plus, les EÉSAD affiliées à la FCSDSQ ont fréquemment la possibilité d'accroître leur capacité de gestion et de partager outils et pratiques exemplaires, à l'occasion d'activités telles des séminaires, forums, ateliers de formation, etc.

Le réseau des EÉSAD a ainsi atteint un niveau élevé de maturité et travaille déjà à diversifier l'offre de service à ses membres et usagers, notamment par le développement de services liés à l'aide à la vie quotidienne (AVQ). Au-delà de l'expertise unique acquise par les EÉSAD, ces années de pratique auprès des usagers ont favorisé le développement d'un lien de confiance durable entre les usagers et leur EÉSAD. Ce lien repose non seulement sur leur satisfaction vis-à-vis les services rendus, mais aussi par le contrôle qu'exercent les usagers sur les activités et la qualité des services de nos entreprises. Seules les EÉSAD, et plus intensément encore les coopératives, confèrent ainsi un pouvoir décisionnel réel aux utilisateurs des services.

En résumé, cela fait près de 20 ans déjà que les EÉSAD se retrouvent à l'avant-garde en matière de soutien à domicile! Elles sont maintenant prêtes à relever l'important défi que représente l'assurance autonomie.

2.2 Des clientèles qui assurent leur autonomie

Les EÉSAD desservent des clientèles provenant de tous les milieux, de tout âge et de toutes les conditions sociales (jeune famille, couple, célibataire et retraité), mais majoritairement des personnes âgées. Les usagers des EÉSAD font appel à leurs services majoritairement afin de prévenir ou de pallier la perte d'autonomie, soit en raison de leur âge, soit en raison d'une incapacité.

Certains usagers utilisent les services des EÉSAD pour concilier le travail et la famille. Même si, à première vue, ces services n'interviennent pas directement dans le soutien à l'autonomie, nous croyons qu'ils jouent un rôle important sur le plan socioéconomique. Il faut également garder à l'esprit qu'au cours des années à venir, les individus et les familles actives sur le marché du travail seront aussi, pour plusieurs, amenés à agir comme proches aidants auprès de personnes en perte d'autonomie. L'aide à domicile auprès de ces usagers devrait être intégrée dans le cadre d'une stratégie globale visant le soutien à l'autonomie.

Quelques éléments du profil socioéconomique de la clientèle des EÉSAD¹ :

- Environ les deux tiers des usagers (73 %) sont des femmes;
- La majorité (71 %) des usagers des EÉSAD sont âgés de 65 ans ou plus;
- La moitié (50 %) des usagers ont 75 ans et plus;
- Près de deux usagers sur trois (64 %) vivent seuls;
- La majorité des usagers (66 %) ont droit à l'aide variable en vertu du PEFSAD et le tiers (34 %) n'ont droit qu'à l'aide fixe.

Les usagers des EÉSAD peuvent bénéficier d'aide financière dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). Cette aide peut atteindre jusqu'à 13,00 \$ de réduction pour chaque heure achetée à une EÉSAD.

2.3 Des entreprises au service des individus, des communautés et de la société

2.3.1 Au service des usagers et de leurs proches

Étant donné l'influence qu'exercent les usagers sur les EÉSAD, la qualité et l'accessibilité des services figurent en tête de liste des priorités de nos membres et l'offre de service de ces entreprises évolue en fonction des besoins exprimés par leur clientèle.

¹ Bilan administratif Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique 2012 -2013, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2013.

Depuis près de deux décennies, l'ensemble des EÉSAD offrent des services d'aide à la vie domestique (AVD), comprenant notamment :

- L'entretien ménager léger : lessive, balayage, époussetage, nettoyage (ex. : réfrigérateur, baignoire, garde-manger);
- L'entretien ménager lourd : grand ménage, déneigement de l'accès principal au domicile;
- L'entretien des vêtements;
- La préparation de repas sans diète;
- L'approvisionnement et autres courses;
- Etc.

Au cours des récentes années, les EÉSAD ont progressivement développé une offre de service en aide à la vie quotidienne (AVQ). Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2013 auprès de 85 EÉSAD², une majorité d'entre elles (56 %) offrent actuellement des services en AVQ.

Ces services comprennent, entre autres :

- Aide au bain;
- Lever et coucher;
- Habillage;
- Aide à l'alimentation;
- Aide au déplacement (transfert, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur);
- Préparation, commande et distribution de médicament;
- Soins d'incontinence;
- Accompagnement aux rendez-vous;
- Etc.

Le sondage réalisé en 2013 montre que, parmi les EÉSAD offrant des services AVQ, ceux-ci représentent 15 % du total des heures de services rendus, contre 82 % pour les services AVD et 3 % pour les autres services.

Plusieurs EÉSAD offrent également des services de répit-gardiennage et de présence-surveillance afin de soutenir les proches aidants, de même qu'une offre de service destinée aux locataires des résidences pour aînés.

Les EÉSAD qui n'offrent pas actuellement de services AVQ souhaiteraient ou projettent de le faire, à condition de disposer des ressources financières nécessaires pour répondre à la demande.

² Analyse statistique sommaire du développement des services AVQ dans le réseau des EÉSAD au Québec, FCSDSQ (en collaboration avec La Coalition des entreprises d'économie sociale en aide domestique et l'Aile rurale des entreprises d'économie sociale en soutien et aides à domicile du Québec), 2013.

2.3.2 Un actif pour la collectivité

En favorisant le maintien prolongé à domicile, les EÉSAD contribuent déjà à la baisse des coûts d'hospitalisation, ce qui génère des économies considérables pour la société. Ainsi, selon une étude récente³ portant sur des avantages et coûts économiques quantifiables, les activités des EÉSAD produisent des avantages sociaux significatifs. La valeur totale des avantages quantifiables générés par les EÉSAD pour l'économie du Québec (bénéfices créés et coûts épargnés pour la société) dépasse largement les montants investis par le gouvernement du Québec dans le PEFSAD.

Les EÉSAD contribuent également au dynamisme des communautés qu'elles desservent. Les services qu'elles offrent permettent, en effet, aux personnes âgées de demeurer plus longtemps dans leur localité.

Les EÉSAD sont, en quelque sorte, la preuve « vivante » des impacts positifs que peut avoir l'investissement dans le soutien à domicile et le renforcement de l'autonomie des usagers. Cette réussite démontre aussi, selon nous, le potentiel immense de la mobilisation des individus et du milieu, en partenariat avec l'État, pour relever les défis les plus importants pour la société québécoise dans le domaine de la santé. L'assurance autonomie devrait exploiter pleinement ce potentiel. Encore faudra-t-il, toutefois, que cela puisse se faire dans le respect de la capacité de payer des usagers et des conditions de travail des préposés, sans menacer la viabilité économique des entreprises.

3. LES ENJEUX RELATIFS AUX CLIENTÈLES ET AUX SERVICES

3.1 Une approche inclusive et préventive

L'assurance autonomie doit non seulement permettre d'intervenir afin de palier à la perte d'autonomie, mais aussi de prévenir et de ralentir le processus menant à la perte d'autonomie. Nous parlerons même de « développement de l'autonomie », une autonomie qui permet aux personnes de continuer à jouir d'une réelle qualité de vie, de préserver leur dignité et de développer leur plein potentiel.

Recommandation no 1 :
Maintenir une aide financière pour l'ensemble des clientèles actuellement soutenues par le PEFSAD et par le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée.

³ L'étude en question, « Évaluation de la contribution économique des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) », a été réalisée en 2012-2013 par la firme AppEco analyse stratégique, à la demande de la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, de la Coalition des entreprises d'économie sociale en aide à domicile et de l'Aile rurale des entreprises d'économie sociale et aide à domicile. Le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire a contribué financièrement à la réalisation de cette étude.

Cette approche devrait se refléter dans la définition des clientèles et des services assurés. Par exemple, les programmes actuels d'aide financière (le PEFSAD et le crédit d'impôt remboursable pour maintien à domicile d'une personne âgée) favorisent l'accès aux services AVD pour une clientèle élargie. Ainsi, les EÉSAD interviennent actuellement auprès de clientèles dont le profil des besoins est plus léger et, selon nous, ces services contribuent à prévenir et à ralentir la perte d'autonomie.

L'assurance autonomie ne doit pas avoir pour conséquence que des personnes qui sont présentement soutenues financièrement pour des services à domicile n'aient plus aucune aide à la suite de la mise en place éventuelle du programme. Cela constituerait un recul important et irait à l'encontre même des objectifs que souhaite se donner le gouvernement du Québec par l'adoption de l'assurance autonomie.

Dans son livre blanc, le Ministre propose de réexaminer le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée, afin d'établir l'opportunité de l'adapter et de réallouer une partie des sommes économisées à la caisse autonomie. Il nous paraît nécessaire qu'un tel réexamen se fasse en tenant compte de nos commentaires précédents concernant l'importance de soutenir les personnes âgées qui ne sont pas en lourde perte d'autonomie.

Le développement de l'autonomie suppose également, selon nous, le soutien d'une offre de service complémentaire pour la prévention de la perte d'autonomie et le soutien aux proches aidants. Bien vieillir, en santé, c'est le point de départ de l'autonomie. L'intégration à l'assurance

Recommandation no 2 :
Introduire dans l'assurance autonomie des services et des initiatives visant à prévenir la perte d'autonomie et à soutenir les proches aidants.

autonomie d'initiatives et de services orientés vers la prévention et la promotion en santé (ex. : ateliers sur la nutrition, la prévention des chutes, sur la gestion du stress, etc.) favoriserait une plus grande autonomie des personnes, réduisant d'autant les coûts du système de santé québécois. Certains de ces services pourraient être fournis par les EÉSAD ou par des coopératives de santé.

3.2 Des rôles bien définis et complémentaires

3.2.1 Reconnaître et prioriser les EÉSAD pour la livraison des services d'aide à domicile

Comme nous l'avons démontré précédemment, les EÉSAD sont prêtes et souhaitent jouer un rôle important dans l'assurance autonomie. Mises sur pied par et pour les usagers et soutenues par leur réseau, les EÉSAD offrent une infrastructure administrative et professionnelle solide pour le développement des services d'aide à domicile dans le cadre de l'assurance autonomie. **Nous souhaitons que le MSSS et les CSSS reconnaissent les EÉSAD comme les fournisseurs prioritaires en AVD et en AVQ.** Les CSSS devraient donc référer systématiquement aux EÉSAD les personnes qui requièrent des services en AVD et AVQ entrant dans les champs de compétence de ces entreprises.

Recommandation no 3 : *Prévoir des directives claires afin que les CSSS réfèrent systématiquement aux EÉSAD les AVD et les AVQ relevant de leurs compétences.*

Recommandation no 4 :
Restreindre l'utilisation du chèque emploi-service à des situations exceptionnelles.

La FCSDSQ n'est pas favorable à une utilisation à grande échelle du chèque emploi-service. Suivant notre expérience, cette mesure favorise indirectement le travail au noir dans le domaine de l'aide à domicile.

Aussi, la FCSDSQ est d'accord avec la proposition du Ministre de faire en sorte que tous les fournisseurs de services dans le cadre de l'assurance autonomie fassent l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée à l'intérieur d'un processus formel. Ce mécanisme d'accréditation doit inclure des critères portant sur la qualité des services ainsi que sur le contrôle démocratique par la communauté et les usagers. Cependant, nous recommandons que le PEFSAD soit élargi aux AVQ, et ce, sans favoriser de nouvelles accréditations autres que les EÉSAD actuellement reconnues dans le cadre du programme.

Recommandation no 5 : *Élargir le PEFSAD aux AVQ, et ce, sans favoriser de nouvelles accréditations autres que les EÉSAD actuellement reconnues dans le cadre du programme.*

3.2.2 Une base commune de services, modulée en fonction des régions

Les EÉSAD sont des entreprises autonomes et indépendantes. Les services qu'elles offrent sont déterminés en fonction des besoins des usagers, en tenant compte également de particularités locales ou régionales. Ainsi, les besoins des populations, les ressources du milieu, la proportion de personnes âgées, etc., varient d'une région à l'autre ou même entre deux localités d'une même région. Par conséquent, viser une uniformité absolue de l'offre de service des EÉSAD apparaît non seulement comme un objectif peu réaliste, mais pourrait également faire obstacle à une réponse adéquate aux besoins des populations desservies.

Les EÉSAD sont disposées à se doter d'une base commune ou uniforme de services en AVD et AVQ, correspondant aux services couverts par l'assurance autonomie. Il nous paraît souhaitable et nécessaire, cependant, d'adapter une partie de l'offre de service des EÉSAD, en fonction des régions. En plus du panier de services de base déterminé en collaboration avec le MSSS, chaque EÉSAD pourrait ainsi compléter son offre de service en tenant compte des besoins spécifiques des usagers et des ressources dont elle dispose.

Recommandation no.6 : *Définir pour les EÉSAD une base de services AVD et AVQ, qui tienne compte également des réalités régionales.*

3.2.3 Des expertises complémentaires

L'assurance autonomie offre l'occasion d'optimiser et d'uniformiser l'utilisation complémentaire des différentes ressources en place afin d'accroître l'efficacité des services dispensés. Par exemple, même si les EÉSAD sont en mesure de prendre en charge une portion importante des services AVQ, elles n'ont pas toutes les ressources et les expertises requises afin d'intervenir auprès de certaines clientèles ou pour certains types d'intervention. De telles clientèles devraient continuer de relever des CSSS.

Afin de bien délimiter les domaines d'intervention des fournisseurs de service, il est nécessaire de connaître les profils ISO-SMAF qui seront pris en charge par les EÉSAD pour les clientèles AVQ et lesquels resteront dans l'offre de service des CSSS.

De même, une certaine confusion persiste toujours en ce qui a trait à l'identification de services spécifiques aux tâches AVD et AVQ. Nous proposons qu'une description exhaustive des services AVD et AVQ soit faite et communiquée à l'ensemble des ressources offrant ces services. Idéalement, ces normes devraient être établies à l'échelle nationale et non pas à la discrétion des agences régionales ou des CSSS. L'existence de normes nationales uniformes diminuerait les risques de confusion chez les prestataires de services AVQ d'une région à l'autre.

Recommandation no 7 : Définir les profils ISO-SMAF qui seront pris en charge par les EÉSAD pour les clientèles AVQ et lesquels resteront dans l'offre de service des CSSS.

Recommandation no 8 : Énumérer et diffuser une liste de services rattachés respectivement aux AVD et aux AVQ.

3.3 Partenaires pour le développement de l'autonomie

Le succès de l'assurance autonomie repose, en partie, sur le développement d'une culture et de pratiques collaboratives et partenariales. L'ensemble des intervenants incluant les Agences régionales de santé et de services sociaux (ASSS), les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les résidences privées pour aînés (RPA), les organismes communautaires, les syndicats, et, bien sûr, les EÉSAD devraient être mobilisés en coordination dans cette démarche de changement.

3.3.1 Collaborer à l'évaluation des besoins

Le processus d'évaluation des besoins des usagers illustre bien la valeur ajoutée que peut apporter une approche collaborative. Bien que l'évaluation des cas et l'élaboration du Plan de services relèvent de la responsabilité des CSSS, la collaboration des EÉSAD dans ces processus permettrait, dans certaines situations de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Recommandation no 9 : Reconnaître l'expertise et les compétences des EÉSAD pour l'évaluation des besoins et l'élaboration des Plans de services.

Dans le même ordre d'idée, nous sommes convaincus qu'une plus grande collaboration entre les EÉSAD et les CSSS serait profitable dans les décisions relatives à l'adaptation éventuelle de certains logements.

À ce jour, 72% des EÉSAD ont un protocole d'entente signé avec son ou ses CSSS partenaires. Ce taux devrait passer à 100%.

Nous proposons aussi d'inclure dans le cadre législatif de l'assurance autonomie ou encore dans les ententes liant les CSSS et les EÉSAD des mécanismes ou instances visant à matérialiser et à formaliser la collaboration des intervenants dans les services à domicile. On pourrait envisager, par exemple, la mise sur pied de comités locaux conjoints (CSSS, EÉSAD) d'évaluation des cas.

***Recommandation no 10:** Créer des mécanismes formels et uniformes de collaboration entre les intervenants.*

***Recommandation no 11 :** Doter les gestionnaires de cas dans les CSSS des ressources humaines suffisantes pour répondre à la demande.*

En terminant sur ce point, nous estimons qu'il est essentiel que les gestionnaires de cas dans les CSSS disposent de ressources humaines suffisantes pour répondre à l'accroissement de la demande.

3.3.2 Instaurer des canaux de communication efficaces

Nous avons observé que le soutien à domicile repose parfois sur une culture de travail en silo entre les différentes organisations. Une plus grande concertation et coopération, une communication transparente et transversale est primordiale pour offrir un service centré sur la personne. En voici une illustration concrète.

Étant donné la proximité et le caractère récurrent des services offerts par les EÉSAD, celles-ci sont en mesure d'exercer, en quelque sorte, un rôle de vigie ou de veille continue auprès des usagers. Elles peuvent ainsi observer une évolution dans les conditions de vie des personnes, dans l'évolution de leur autonomie et, parfois même, des cas de maltraitance. On devrait être en mesure de mieux exploiter ce suivi continu. Les mécanismes de collaboration devraient faire en sorte que les EÉSAD communiquent systématiquement ces informations aux CSSS et que ceux-ci en tiennent compte dans leurs décisions. L'inverse est également vrai; les CSSS devraient, dans la mesure du possible, communiquer aux EÉSAD les informations pertinentes qu'ils détiennent concernant la situation des usagers.

***Recommandation no 12 :** Intégrer aux protocoles conclus entre les EÉSAD et les CSSS des mécanismes assurant la transmission des EÉSAD vers les CSSS et vice-versa, d'informations pertinentes sur la condition des usagers.*

4. LES ENJEUX RELATIFS AUX RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES

4.1 Les ressources humaines

Les EÉSAD emploient actuellement plus de 6 800 employés, majoritairement (95 %) des femmes qui sont en poste en moyenne depuis sept ans. Les EÉSAD recrutent des personnes possédant les compétences, les qualités personnelles ainsi que les valeurs qui sont essentielles aux services à domicile de qualité, notamment pour l'aide à la vie quotidienne. En plus du savoir-faire, les services de soutien à domicile (AVD et AVQ) requièrent un savoir-être important (empathie, écoute, etc.).

4.1.1 Recrutement et fidélisation

La rareté de la main-d'œuvre exerce une forte pression sur la gestion des ressources humaines des EÉSAD. Celles-ci sont, en effet, confrontées à une croissance de la demande pour leurs services qui nécessite l'ajout de personnel sur une base continue. Le recrutement et la fidélisation de la main-d'œuvre représentent un défi quotidien pour les EÉSAD.

Les EÉSAD vont combler environ 6 200 emplois au cours des trois prochaines années, uniquement pour maintenir le niveau de services actuel⁴. Le taux de chômage au Québec devrait atteindre 5,2 % en 2020. Ce taux devrait être de l'ordre de 2 % dans le secteur de l'assistance sociale et de la santé⁵.

Les EÉSAD comptent parmi leur clientèle une proportion importante de personnes vulnérables économiquement, vivant souvent seules. La capacité de payer limitée des usagers place les EÉSAD devant le dilemme suivant : augmenter les tarifs facturés aux usagers, avec pour conséquence de limiter l'accessibilité des services ou encore limiter les dépenses salariales, réduisant alors la capacité des EÉSAD de recruter et de garder leur personnel. Il s'agit d'un équilibre particulièrement précaire à trouver et le départ de nombreux travailleurs à la retraite au cours des prochaines années ne fera qu'aggraver la situation.

Afin d'assurer des services de qualité accessibles à tous, l'assurance autonomie doit, comme nous le verrons dans la section suivante, prévoir une aide financière adéquate qui tienne compte, à la fois, des réalités économiques du marché du travail et de la capacité de payer des usagers.

4.1.2 La formation des préposés

L'accroissement de la demande de services en AVQ découlant de l'assurance autonomie va requérir davantage de personnel formé pour les AVQ. Les EÉSAD investissent des ressources importantes dans la formation de leurs travailleurs et plusieurs d'entre elles offrent des aménagements d'horaires plus flexibles pour faciliter l'accès à la formation.

Les formations suivantes sont généralement accessibles aux préposés des EÉSAD offrant des services AVQ :

- Diplôme d'études professionnelles (DEP) de Préposé aux bénéficiaires (PAB);
- Formation aux Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB);
- Formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR);
- Formation de secourisme;
- Formation à l'interne sur l'attitude à adopter avec le client, sensibilisation aux maladies liées au vieillissement de la personne et autres.

⁴ Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, Cadre de référence sur les conditions de travail dans les entreprises d'économie sociale en aide domestique, novembre 2012, p.10

⁵ Source : Emploi-Québec, le Marché du travail au Québec, vers une pénurie de main-d'œuvre? Présentation au colloque de l'IRÉC le 10 mai 2010.

Une norme professionnelle a été créée en 2009 pour le métier de préposé d'aide à domicile, permettant aux préposés des EÉSAD de suivre un programme d'apprentissage en milieu de travail pour l'obtention d'une certification émise par Emploi-Québec. Le métier de préposé d'aide à domicile est maintenant inscrit au Registre des compétences du Québec. Soulignons que plusieurs des compétences acquises dans le cadre de ce programme sont compatibles avec celles exigées pour l'aide à la vie quotidienne.

Formés adéquatement, les préposés d'aide à domicile des EÉSAD sont en mesure d'offrir des services AVQ de grande qualité, avec humanité et respect. Toutefois, les EÉSAD ne peuvent assumer seules les coûts rattachés à des activités massives et accélérées de formation des préposés. **Afin que les EÉSAD soient en mesure d'assurer la formation adéquate et en temps utile d'un nombre suffisant de préposés pour les services AVQ, une mesure d'aide financière devrait permettre de soutenir les investissements réalisés par les entreprises.**

Recommandation no 13 : Mettre en place une mesure financière de soutien à la formation des préposés des EÉSAD aux AVQ.

Recommandation no 14 : Prévoir un mécanisme de partage des expertises des CSSS et des EÉSAD ayant trait à la formation des préposés.

Aussi, nous souhaitons que les CSSS contribuent à la formation des préposés des EÉSAD, notamment par le partage de leur expertise.

4.1.3 Valorisation du métier de préposé d'aide à domicile

Le développement de l'offre de service AVQ favorisera une diversification des emplois dans les EÉSAD et une possibilité de cheminement de carrière pour les préposés, améliorant ainsi les capacités d'attraction et de fidélisation de leur personnel. Cela permettra également d'avoir des périodes de services mixtes (AVD-AVQ) pour être plus polyvalent en regard des besoins de la clientèle.

Recommandation no 15 : Prévoir des activités de communication visant à valoriser les services à domicile ainsi que le métier de préposé d'aide à domicile.

Actuellement, la perception de la population et du marché du travail concernant les emplois offerts par les EÉSAD demeure assez négative et teintée de clichés. Pensons notamment aux préjugés véhiculés par rapport à l'entretien ménager en résidence; les personnes exerçant ce métier sont considérées comme des « femmes de ménage » et ce travail est perçu comme étant dévalorisant. **Le projet d'assurance autonomie doit être l'occasion d'envoyer un message clair aux intervenants du marché du travail, aux usagers et au public en général.** Nous suggérons d'intégrer à l'assurance autonomie des activités de communication visant non seulement à valoriser l'importance et la valeur du développement de l'autonomie, mais aussi à valoriser les personnes qui fournissent les services et les soins essentiels au soutien à l'autonomie.

4.2 Les ressources financières

Le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie repose sur une vision à moyen et à long terme de notre système de santé. Cette approche de « développement durable » ne devrait pas être menacée par des contraintes budgétaires à court terme. L'apparente fermeté exprimée par le gouvernement du Québec de maintenir le cadre budgétaire actuel pour les quatre premières années du régime (2014-2015 à 2017-2018) est préoccupante. Le Québec doit se donner les moyens de mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, tout en assurant la pérennité du système de santé. **Nous le rappelons : le statu quo n'est pas une option envisageable!**

4.2.1 Soutien financier pour les services d'aide à domicile

Le gouvernement propose la création d'une Allocation de soutien à l'autonomie (ASA). Pour permettre aux EÉSAD de viabiliser l'offre de service AVQ, l'ASA devrait :

- Refléter la valeur réelle des services rendus, en tenant compte de l'ensemble des coûts rattachés à leur livraison, notamment en fonction du marché du travail;
- Prévoir une garantie d'heures par service, par exemple en cas d'annulation tardive par l'usager et un nombre minimum d'heures lorsque les employés se déplacent au domicile d'un usager;
- Tenir compte des spécificités des différents marchés qui sont desservis par les EÉSAD. Il peut, en effet, exister des variations, sur une base régionale ou même locale, dans le coût des services (ex. : salaires, coût du transport, etc.);
- Être balisée par des grilles tarifaires qui permettent d'identifier clairement et facilement la tarification applicable à chaque type de service, notamment en éliminant les « zones grises » ou les interprétations possibles (ex. : qualification des services en AVD ou AVQ, consommation de services mixtes, etc.).

Recommandation no 16 : Élaborer un modèle de rémunération des services AVD et AVQ qui :

- Reflète la valeur réelle des services fournis;
- Prévoit une garantie d'heures par service;
- Tienne compte des spécificités des marchés desservis par les EÉSAD;
- Soit balisée par des grilles tarifaires identifiant clairement la tarification applicable.

4.2.2 La contribution des usagers

Dans son livre blanc, le Ministre laisse entrevoir que le caractère universel de l'assurance autonomie ne fait pas obstacle à l'imposition d'une contribution des usagers, tant pour les services AVD que pour les services AVQ. Comme mentionné précédemment, **le respect de la capacité de payer des usagers constitue une condition de réussite du projet d'assurance autonomie.** Les clientèles visées par l'assurance autonomie, souvent vulnérables économiquement, ne devraient jamais avoir à choisir, par manque

Recommandation no 17 : Tenir compte de la capacité de payer des usagers dans la détermination d'éventuelles contributions.

de ressources financières, entre, d'une part, la satisfaction de besoins fondamentaux tels se nourrir, se loger convenablement, payer leurs médicaments et, d'autre part, recevoir les services leur permettant de préserver leur autonomie, dans leur milieu de vie.

Par ailleurs, le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie propose le libre choix des personnes quant au lieu où elles vont résider, ce avec quoi nous sommes d'accord. Afin d'être cohérent avec cette orientation, la contribution demandée aux usagers ne devrait pas faire en sorte que ceux-ci soient incités, pour des raisons économiques, à aller vivre dans des résidences pour personnes âgées ou dans des CHSLD, alors qu'ils auraient la capacité et souhaiteraient rester chez eux.

Recommandation no 18 :
Déterminer des contributions des usagers dont l'impact sera neutre quant au choix du lieu de résidence.

En terminant sur ce sujet, rappelons que la plus précieuse contribution des usagers à l'assurance autonomie est leur volonté et leur engagement à prendre en charge leur autonomie. Dans une perspective coopérative, que nous portons comme regroupement, cette prise en charge par les individus se fait collectivement et solidairement, souvent avec l'appui du milieu. Les personnes âgées et les personnes handicapées sont alors pleinement parties prenantes des solutions.

4.2.3 La constitution et la capitalisation d'une caisse pour l'assurance autonomie

La FCSDSQ appuie le principe de créer et de capitaliser dès le départ une caisse dédiée à l'assurance autonomie. Cette façon de faire permet, en effet, de sécuriser pour l'avenir l'apport des fonds destinés au soutien à l'autonomie. Un bémol, cependant : la mise sur pied de l'assurance autonomie et la création d'une caisse à cet effet ne doivent pas faire perdre de vue que le financement des services de santé, incluant les services et les soins à domicile, doit demeurer d'abord une responsabilité de l'État, c'est-à-dire de l'ensemble des contribuables. **Le caractère autonome de la caisse ne doit pas constituer une justification pour les gouvernements futurs de refiler aux usagers, par des augmentations de leurs contributions, une part indue découlant d'éventuelles augmentations des coûts.** Nous recommandons que le cadre légal de l'assurance autonomie comporte des protections contre de tels risques.

Recommandation no 19 :
Introduire dans la loi créant l'assurance autonomie une disposition garantissant que les contributions des usagers ne seront pas affectées par l'augmentation des coûts du régime, mais demeureront proportionnelles à leurs ressources.

5. LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

5.1 Le réseau des coopératives de santé

Créée en 1995, la Coopérative de solidarité santé Les Grès allait longtemps être l'unique coopérative offrant des services médicaux, et cela jusqu'aux années 2000. Confrontés à une rareté de médecins ou anticipant la disparition de leurs cliniques médicales, des citoyens et des communautés dans plusieurs régions du Québec ont décidé de s'organiser et de prendre en charge leurs services de santé de première ligne.

La formule des coopératives de santé va ainsi connaître un essor important dans la seconde portion de la décennie 2000 de telle sorte qu'on retrouve aujourd'hui une cinquantaine de coopératives de santé au Québec, dont 35 sont membres de la FCSDSQ. Implantées dans une dizaine de régions, les coopératives de santé sont particulièrement présentes dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Outaouais et de la Montérégie. Contrairement à ce que veut la croyance populaire, on les retrouve principalement dans les régions périphériques plutôt que dans les régions éloignées. Les coopératives de santé s'installent souvent dans les endroits où le déficit d'effectifs médicaux est le plus élevé.

Selon une étude réalisée en 2012⁶, la grande majorité des coopératives de santé existantes ont soit pris la relève d'une clinique médicale (48 %), soit créé un service qui n'existait pas auparavant (43 %).

Les coopératives de santé sont de jeunes entreprises et forment un secteur d'activité en émergence au Québec. Elles ont en moyenne de 4 à 6 ans d'existence.

5.2 Qu'est-ce qu'une coopérative de santé?

Une coopérative de santé est un regroupement d'individus qui décident de se doter de services dans le secteur de la santé pour répondre à des besoins non comblés. La coopérative de santé appartient à ses membres qui ont ainsi la possibilité d'influencer les services offerts, en fonction des besoins de la collectivité. Les administrateurs des coopératives sont majoritairement choisis parmi leurs membres.

Bâties sur des valeurs solides telles la prise en charge et la responsabilité personnelle et mutuelle, la démocratie, l'égalité, l'équité et la solidarité, les coopératives de santé représentent une initiative citoyenne et l'expression d'une démocratisation des services de santé de proximité. La mission des coopératives de santé est d'offrir à leur communauté et à leurs membres des services de santé curatifs et préventifs, dans le souci d'assurer une grande qualité des soins tout en favorisant une approche respectueuse de chacun.

Par ailleurs, les coopératives de santé offrent un modèle de fonctionnement alternatif aux médecins qui veulent pratiquer sans être propriétaire d'un bureau et avoir à se soumettre aux exigences administratives d'un entrepreneur. En effet, plusieurs médecins tendent à choisir une

⁶ Marie-Joëlle BRASSARD avec la collaboration de Jocelyn Darou, *Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager*, Cahier de l'ARUC-DTC, Série « Recherche », numéro 11, octobre 2012.

pratique axée sur la médecine plutôt que sur l'acquisition et la gestion d'une clinique médicale qui exige temps et ressources. Ainsi, de plus en plus de jeunes médecins préconisent un changement de valeurs dans leurs pratiques et aussi à l'égard d'une qualité de vie accrue par la pratique en coopérative, adaptée à leur style de vie. Il en est de même pour des médecins plus âgés qui souhaitent être libérés des responsabilités administratives et immobilières et ainsi réduire le nombre d'heures travaillées par semaine.

La plupart des coopératives de santé offrent des services de médecine familiale. Certaines coopératives proposent également à la population différents services offerts par des professionnels de la santé autres que des médecins, tels que des psychologues, des nutritionnistes, des physiothérapeutes, des massothérapeutes, etc. De même, il est fréquent de retrouver dans les coopératives de santé des infirmières ainsi que du personnel administratif affecté à la coordination des activités.

Quelques données sur les coopératives de santé au Québec :

- Environ 180 médecins offrent leurs services aux coopératives de santé à travers le Québec. Leur nombre par coopérative varie de 1 à 18 et chacun offrirait, en moyenne, environ 18 heures de consultation par semaine et ce chiffre se situe à près de 20 heures pour une infirmière;
- Les coopératives de santé au Québec comptent, en moyenne, 4,2 médecins et 1,6 infirmière;
- L'âge moyen des médecins pratiquant en coopérative est de 49 ans;
- On note que 54,4 % des médecins et 94,3 % du personnel infirmier sont des femmes;
- Le nombre de médecins par coopérative varie de 1 à 14;
- Plus de la moitié des médecins pratiquant en milieu coopératif sont des femmes ayant une charge et des obligations familiales concordant avec une pratique à proximité du lieu de la résidence familiale.

Les coopératives de santé membres de la FCSDSQ comptent plus de 178 000 dossiers, dont plus de 60 000 membres; elles comptent également plus 130 médecins participants et plus de 50 infirmières.

Plusieurs coopératives de santé offrent en location des locaux à d'autres professionnels en soins divers, réadaptation, médecine alternative, pharmacologie et centre de conditionnement physique, pour ne nommer que ceux-là. Les coopératives de santé initient également des activités ou services complémentaires de prévention et promotion en santé (ex. : diététiste, conférences, journées santé, groupes d'incitation à l'activité physique, club de marche, groupe Hans Kai, etc.), en fonction des besoins particuliers de leur communauté.

5.3 Des communautés en santé

Partout où elles se sont implantées, les coopératives de santé représentent un atout significatif pour la qualité de vie des personnes et la cohésion des communautés⁷. En effet, même si l'objectif premier des coopératives de santé est d'offrir à la population des services de santé de première ligne, la création d'une coopérative dans une communauté entraîne des bénéfices beaucoup plus larges sur les plans démographique, économique et social, dont les retombées rejaillissent sur tout le territoire⁸.

Parmi les principaux effets observés découlant de la présence d'une coopérative de santé dans un milieu donné figurent le maintien des personnes âgées et des jeunes familles dans leur milieu, et la possibilité d'attirer ou de conserver des entreprises au sein de la communauté. Les coopératives de santé permettent également l'élargissement de la gamme de services offerts à proximité, en incitant notamment certains commerces à s'établir aux abords de la coopérative, réduisant du coup la fuite des capitaux et permettant une redynamisation locale. Pour ces raisons, plusieurs coopératives de santé sont soutenues financièrement par des acteurs économiques locaux, tels les caisses Desjardins.

5.4 Des ressources complémentaires

La coopérative de santé ne vient en aucun cas remplacer le service offert par l'État. Elle existe à titre d'alternative en soins de première ligne pour encourager l'équité en regard de l'accès à des services de santé et à proximité de son lieu de résidence. Les coopératives de santé offrent, notamment, un environnement propice pour la pratique des omnipraticiens affiliés au système public.

***Recommandation no 20** : Reconnaître dans le cadre de l'assurance autonomie ou en marge de celle-ci, les coopératives de santé comme des ressources complémentaires du réseau public en prévention et en promotion de la santé.*

De plus, contrairement aux croyances de plusieurs, les coopératives de santé ne représentent pas une sorte d'avant-garde de la privatisation des soins de santé. En effet, les coopératives de santé n'ont pas pour objet la réalisation d'un profit. Bien au contraire, à chaque fois qu'une coopérative de santé émerge dans une communauté, c'est une occasion pour les citoyens et le milieu de prendre en charge eux-mêmes la satisfaction des besoins de santé de la population.

Les coopératives de santé développent leurs activités selon un principe de subsidiarité et de complémentarité à l'égard des autres intervenants locaux, notamment avec les CSSS. Ainsi, nous croyons qu'en prévention et en promotion en santé, les CSSS et les coopératives peuvent chacun, en fonction de leur expertise propre, apporter une contribution originale et pertinente. Ces contributions devraient, idéalement, se compléter et s'enrichir mutuellement, au bénéfice de la population. La complémentarité avec les CSSS est d'autant plus importante dans les cas où

⁷ Nous référons le lecteur à deux études réalisées au cours des récentes années sur les coopératives de santé : Les coopératives de santé au Québec : *Du consommateur à l'acteur!*, Marie-Joëlle BRASSARD, Patrice LeBLANC et Olivier ÉTIENNE, ARUC Développement territorial et coopération, 2009 et Portrait des coopératives de santé au Québec : Enjeux et défis, Marie-Joëlle Brassard, avec la collaboration de Jocelyn Darou, Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, 2012.

⁸ Voir l'enquête réalisée en 2009 par Pierre Péloquin : « Saint-Étienne-des-Grès : deux enquêtes sur un succès d'économie sociale ».

ceux-ci n'ont pas toutes les ressources ou encore la proximité nécessaire pour répondre aux besoins des communautés et des individus. La coopérative de santé devient alors un port d'attache pour les professionnels de la santé.

Il nous paraît donc souhaitable de développer davantage, mais aussi de formaliser la collaboration entre les coopératives de santé et les CSSS. Cela permettrait, notamment, de clarifier les rôles de chacun afin d'éviter les chevauchements indus ou les doublons entre les coopératives de santé et les CSSS.

Recommandation no 21 :
Élaborer et conclure des protocoles de collaboration entre les coopératives de santé et les CSSS.

5.5 Les coopératives de santé et l'autonomie

L'accès à des services de santé de première ligne à proximité et la promotion de saines habitudes de vie se situent au cœur de la mission des coopératives de santé. Ces deux éléments figurent également parmi les principaux jalons du développement de l'autonomie.

Rapprocher les services des citoyens

En favorisant l'accès à des services de première ligne en santé à proximité du citoyen, les coopératives de santé contribuent déjà à la prévention de la perte d'autonomie.

Les coopératives de santé rapprochent les services de santé de première ligne de personnes qui, autrement, devraient parcourir de longues distances pour obtenir les mêmes services. Elles permettent également à des professionnels de la santé d'établir leur pratique dans des communautés qu'ils n'auraient pas nécessairement choisies sans ce modèle d'organisation.

Pour les personnes âgées, particulièrement, l'accessibilité à des services de santé de première ligne à proximité est un élément important dans le choix de leur milieu de vie et un facteur déterminant dans la préservation et le développement de leur autonomie. Les coopératives de santé contribuent à une réduction des coûts de santé pour les citoyens en faisant en sorte qu'ils n'aient pas à se déplacer indûment vers d'autres régions afin d'obtenir des services essentiels à leur santé et à leur bien-être.

L'importance accordée au service de proximité est souvent en lien avec le fait d'être à proximité ou non des grands centres et d'avoir une capacité de mobilité réduite. C'est pourquoi la coopérative de santé répond directement à un besoin en termes de qualité et d'équité à l'égard des soins de première ligne. Il est important de souligner ce fait dans la valorisation des services de proximité.

Aussi, en raison de leur proximité et de leur ancrage dans la communauté, les coopératives de santé sont en mesure de jouer un rôle de vigie, d'identification des besoins et de communication de l'évolution de l'état de santé et de l'autonomie des personnes âgées. Nous croyons que les CSSS pourraient confier aux coopératives de

Recommandation no 22 :
Soutenir financièrement la réalisation de projets pilotes visant à évaluer la faisabilité pour les coopératives de santé d'offrir certains services en soutien aux CSSS afin de réduire l'attente pour le client.

santé certaines activités en lien avec la prévention de la perte d'autonomie. À cet égard, nous

proposons que le MSSS soutienne la réalisation de projets pilotes visant à évaluer la faisabilité pour les coopératives de santé d'offrir certains services en soutien aux CSSS afin de réduire l'attente pour le citoyen. Il pourrait s'agir, par exemple, de l'envoi, par les coopératives de santé, d'infirmières à domicile afin de faire passer les tests pour la maladie d'Alzheimer.

En terminant sur ce sujet, mentionnons que la proximité des coopératives de santé leur permet de jouer un rôle important de soutien et d'information auprès des proches aidants, ce qui contribue, évidemment, au soutien à domicile des personnes âgées ou qui souffrent d'une incapacité.

La santé, au cœur du développement de l'autonomie

Les coopératives de santé prodiguent des soins de première ligne aux patients, en englobant également la prévention et promotion en santé. La valeur du préventif entourant le curatif fait partie des distinctions majeures des coopératives de santé par rapport aux cliniques médicales.

De même, tant par le pouvoir d'attraction qu'elles exercent qu'en vertu des partenariats spécifiques qu'elles concluent avec différents partenaires, les coopératives de santé constituent d'importants carrefours de santé. Acupuncteur, audioprothésiste, dentiste, chiropraticien, diététiste, pharmacien, massothérapeute, ostéopathe, psychologue et physiothérapeute, voilà autant de professionnels auxquels les personnes et les familles ont accès dans une même localité et parfois dans un même lieu, en raison de la présence d'une coopérative de santé.

***Recommandation no 23 :** Inclure les coopératives de santé dans les listes de pourvoyeurs de services, pour certains services à domicile et liés à la prévention de la perte d'autonomie.*

Aussi, les coopératives de santé mettent de l'avant de nombreuses initiatives visant plus spécifiquement la promotion de la santé et de saines habitudes de vie : club de marche, conférences, journée santé, formation « Santé après 50 ans » offerte par le CSSS dans la coopérative de santé.

La mise sur pied de groupes Hans Kai par plusieurs coopératives de santé québécoises représente un bel exemple d'initiative de prévention et de promotion en santé. Les groupes Hans Kai permettent de responsabiliser les personnes à devenir maître et artisan de leur propre santé. Ils ont également pour objectif d'établir un corridor entre le préventif et le curatif permettant la détection précoce de la maladie. Les individus montrant immédiatement des résultats anormaux, lors des rencontres, sont relayés à des professionnels de la santé, ce qui permet d'engager un traitement à un stade préliminaire d'une maladie plutôt qu'à un stade avancé.

L'administration des Carnets santé représente un autre exemple de l'approche préventive préconisée par les coopératives de santé. Cette initiative favorise, en effet, un suivi de l'état de santé des personnes.

Résultant d'initiatives citoyennes, les coopératives de santé sont des pôles locaux importants pour le développement de la santé et de l'autonomie des citoyens. Elles constituent des ressources complémentaires aux interventions des autres acteurs au niveau local, notamment les CSSS. L'assurance autonomie est une occasion de faire évoluer l'offre de service des coopératives au bénéfice des citoyens.

Recommandation no. 24 : Soutenir financièrement la mise en place et le développement des coopératives de santé.

Sans aide financière de l'État, les coopératives de santé contribuent déjà à la santé, au mieux-être et à l'autonomie des personnes ainsi qu'au développement de leur communauté. Les coopératives de santé peuvent faire plus pour prévenir la perte d'autonomie, si on leur en fournit les moyens.

6. LA MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE AUTONOMIE

L'objectif de démarrer l'assurance autonomie dès 2014-2015 paraît ambitieux, mais la FCSDSQ souscrit à cet échéancier. Déjà, la majorité des EÉSAD ont entrepris un virage visant à bonifier l'offre de service aux usagers. Cependant, le développement des AVQ par les EÉSAD devra être mis en œuvre de manière progressive, en fonction, entre autres, de chaque territoire et du nombre de préposés ayant reçu la formation pour les services AVQ.

Recommandation no 25 : Mettre en œuvre de façon progressive le développement des AVQ par les EÉSAD.

Il faudra également prévoir le temps requis ainsi que des ressources financières additionnelles de transition pour la formation des préposés, le redéploiement de l'offre de service des EÉSAD ainsi que pour la mise en place des processus administratifs permettant d'assurer le suivi des interventions et une reddition de comptes adéquate.

Recommandation no 26 : Prévoir des ressources de transition pour la formation des préposés et le redéploiement de l'offre de service des EÉSAD.

La réussite et la rapidité de mise en œuvre de l'assurance autonomie dépendront également de la qualité de la planification. Le MSSS et ses partenaires, dont la FCSDSQ, devront convenir d'un plan d'action détaillé et d'un échéancier précis pour le déploiement complet du programme.

Recommandation no 27 : Élaborer un plan d'action et un échéancier de mise en œuvre détaillés en co-construction entre le gouvernement et les représentants des EÉSAD.

Pour faciliter et encadrer cette transition, le MSSS devrait jouer un rôle central, notamment dans le partage des responsabilités des divers acteurs. Ce rôle de « chef d'orchestre » est particulièrement important lors de la phase initiale de démarrage du programme d'assurance autonomie, afin, notamment, de favoriser l'adhésion de tous à un processus impliquant d'importants changements.

7. CONCLUSION

En résumé, la FCSDSQ appuie le projet d'assurance autonomie et ses membres souhaitent y jouer un rôle important. Nous avons toutefois identifié des conditions de réussite de la réforme proposée par le gouvernement du Québec.

Nous préconisons l'inclusion dans l'assurance autonomie de mesures favorisant la détection, la prévention et le ralentissement de la perte d'autonomie. Cette dimension préventive n'apparaît pas clairement dans la proposition présentée dans le Livre blanc.

Il est souhaitable, selon nous, de miser sur une approche partenariale fondée sur la collaboration des intervenants et la complémentarité des expertises et, finalement, sur un modèle d'affaires qui assure la démocratie, la participation et la transparence.

La réussite de l'assurance autonomie dépend aussi des ressources financières qui y seront investies et de leur utilisation. À cet égard, il nous semble essentiel qu'il y ait un réel redéploiement de fonds vers les services de soutien à l'autonomie. La réforme proposée doit se faire en tenant compte de la capacité de payer des usagers et des conditions de travail des préposés, sans fragiliser la viabilité de nos membres. Car, comme l'indiquent les tendances démographiques, nous aurons besoin des EÉSAD pour répondre aux besoins des aînés.

Les coopératives de santé jouent déjà un rôle important pour la prévention et promotion en santé et pour la détection et la prévention de la perte d'autonomie. En soutenant le développement des coopératives de santé et en les intégrant dans sa stratégie en matière de soutien à l'autonomie, le gouvernement du Québec favoriserait une intervention en amont, particulièrement auprès des personnes âgées.

En terminant, la mise en œuvre de l'assurance autonomie doit faire l'objet d'une planification rigoureuse et se réaliser de façon progressive. En ce sens, il est essentiel d'établir des mécanismes de coordination et de communication qui impliquent les EÉSAD dans les décisions prises.

8. RECOMMANDATIONS

Considérant ce qui précède, nous recommandons de :

Recommandation n° 1 : Maintenir une aide financière pour l'ensemble des clientèles actuellement soutenues par le PEFSAD et par le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée.

Recommandation n° 2 : Introduire dans l'assurance autonomie des services et des initiatives visant à prévenir la perte d'autonomie et à soutenir les proches aidants.

Recommandation n° 3 : Prévoir des directives claires afin que les CSSS réfèrent systématiquement aux EÉSAD les AVD et les AVQ relevant de leurs compétences.

Recommandation n° 4 : Restreindre l'utilisation du chèque emploi-service à des situations exceptionnelles.

Recommandation n° 5 : Élargir le PEFSAD aux AVQ, et ce, sans favoriser de nouvelles accréditations autres que les EÉSAD actuellement reconnues dans le cadre du programme.

Recommandation n° 6 : Définir pour les EÉSAD une base de services AVD et AVQ, qui tienne compte également des réalités régionales.

Recommandation n° 7 : Définir les profils ISO-SMAF qui seront pris en charge par les EÉSAD pour les clientèles AVQ et lesquels resteront dans l'offre de service des CSSS.

Recommandation n° 8 : Énumérer et diffuser une liste de services rattachés respectivement aux AVD et aux AVQ.

Recommandation n° 9 : Reconnaître l'expertise et les compétences des EÉSAD pour l'évaluation des besoins et l'élaboration des Plans de services.

Recommandation n° 10 : Créer des mécanismes formels et uniformes de collaboration entre les intervenants.

Recommandation n° 11 : Doter les gestionnaires de cas dans les CSSS de ressources humaines suffisantes pour répondre à la demande.

Recommandation n° 12 : Intégrer aux protocoles conclus entre les EÉSAD et les CSSS des mécanismes assurant la transmission des EÉSAD vers les CSSS et vice-versa, d'informations pertinentes sur la condition des usagers.

Recommandation n° 13 : Mettre en place une mesure financière de soutien à la formation des préposés des EÉSAD aux AVQ.

Recommandation n° 14 : Prévoir un mécanisme de partage des expertises des CSSS et des EÉSAD ayant trait à la formation des préposés.

Recommandation n° 15 : Prévoir des activités de communication visant à valoriser les services à domicile ainsi que le métier de préposé d'aide à domicile.

Recommandation n° 16 : Élaborer un modèle de rémunération des services AVD et AVQ qui :

- Reflète la valeur réelle des services fournis;
- Prévoit une garantie d'heures par service;
- Tient compte des spécificités des marchés desservis par les EÉSAD;
- Soit balisé par des grilles tarifaires identifiant clairement la tarification applicable.

Recommandation n° 17 : Tenir compte de la capacité de payer des usagers dans la détermination d'éventuelles contributions.

Recommandation n° 18 : Déterminer des contributions des usagers dont l'impact sera neutre quant au choix du lieu de résidence.

Recommandation n° 19 : Introduire dans la loi créant l'assurance autonomie une disposition garantissant que les contributions des usagers ne seront pas affectées par l'augmentation des coûts du régime, mais demeureront proportionnelles à leurs ressources.

Recommandation n° 20 : Reconnaître dans le cadre de l'assurance autonomie ou en marge de celle-ci, les coopératives de santé comme des ressources complémentaires du réseau public en prévention et en promotion de la santé.

Recommandation n° 21 : Élaborer et conclure des protocoles de collaboration entre les coopératives de santé et les CSSS.

Recommandation n° 22 : Soutenir financièrement la réalisation de projets pilotes visant à évaluer la faisabilité pour les coopératives de santé d'offrir certains services en soutien aux CSSS afin de réduire l'attente pour le client.

Recommandation n° 23 : Inclure les coopératives de santé dans les listes de pourvoyeurs de services, pour certains services à domicile et liés à la prévention de la perte d'autonomie.

Recommandation n° 24 : Soutenir financièrement la mise en place et le développement des coopératives de santé.

Recommandation n° 25 : Mettre en œuvre de façon progressive le développement des AVQ par les EÉSAD.

Recommandation n° 26 : Prévoir des ressources de transition pour la formation des préposés et le redéploiement de l'offre de service des EÉSAD.

Recommandation n° 27 : Élaborer un plan d'action et un échéancier de mise en œuvre détaillés en co-construction entre le gouvernement et les représentants des EÉSAD.



**La Fédération
des coopératives
de services à domicile
et de santé
du Québec**