



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

L'autonomie pour tous.

Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie.

Mémoire présenté par l'Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

12 novembre 2013

Ce mémoire de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec portant sur : *L'autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie* a été adopté par le Conseil d'administration le 4 novembre 2013.

Le présent document utilise le masculin de façon générique sans discrimination à l'égard des hommes ou des femmes.

La reproduction en tout ou en partie de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source.



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

TABLE DES MATIÈRES

1. Mise en contexte	1
2. L'évolution des services à domicile	2
3. Notre compréhension du projet d'assurance autonomie	4
4. Les conditions de réussite	5
4.1 Choisir son milieu de vie, une liberté fondamentale	6
4.2 Offrir des services de qualité, en quantité dans une perspective de continuité	7
4.3 Prendre en compte les préoccupations sociales	8
4.4 Éliminer les disparités régionales	9
4.5 Réussir la phase transitoire	10
4.6 L'importance de la communication	11
4.7 Prévoir un financement suffisant, garanti	12
5. Impacts psychosociaux de la perte d'autonomie sur la personne concernée et sur ses proches	12
5.1 Sur la personne concernée	12
5.2 Sur le proche aidant	14
6. Évaluation et intervention sociale auprès d'une personne en perte d'autonomie	15
6.1 Choix d'un milieu de vie	16
6.2 Le travailleur social gestionnaire de cas	16
7. La prise en compte des besoins et des attentes des aidants	17
8. Déploiement et financement	19
Conclusion	22
Les recommandations	22

1. Mise en contexte

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) regroupe près de 12 000 membres et a pour mandat de protéger le public en s'assurant de la qualité des activités professionnelles de ses membres et en favorisant le maintien ainsi que le développement de leurs compétences. L'OTSTCFQ s'est également donné pour mission de promouvoir la mise en place et le maintien de politiques et de services qui favorisent la justice sociale, la défense des droits et de l'autonomie des personnes, notamment des individus et des groupes les plus à risque.

Les membres de l'OTSTCFQ exercent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais également au sein d'organismes communautaires, dans la fonction publique, en pratique autonome ainsi que dans les milieux de l'enseignement, de la recherche et de la planification des programmes. Environ 4 500 membres œuvrent en tout ou en partie auprès des personnes âgées et possèdent d'excellentes connaissances des problématiques liées au vieillissement et au maintien à domicile. D'autres membres interviennent notamment auprès de personnes en perte d'autonomie à la suite de traumatismes ou de maladies dégénératives. L'expertise en matière de protection des majeurs a été reconnue par l'État (PL 21¹) en confiant aux travailleurs sociaux l'exercice exclusif de l'activité qui consiste à procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant.

Dans leur pratique quotidienne, les travailleurs sociaux s'inspirent de valeurs et de principes qui encadrent et définissent leur profession. Ces valeurs sont les suivantes :

- *le respect de la dignité de tout être humain, des droits des personnes, des groupes et des collectivités, du principe d'autonomie de la personne, du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins, ainsi que les principes de justice sociale;*
- *la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;*
- *la reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changements.*

¹ Loi modifiant le Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

L'OTSTCFQ s'est toujours montré intéressé et interpellé par les projets de lois et orientations gouvernementales en lien avec les enjeux sociaux. Au cours des dernières années, nous avons produit des mémoires sur ces sujets :

- *mémoire présenté dans le cadre de l'étude du projet de loi concernant les soins de fin de vie (septembre 2013);*
- *mémoire présenté dans le cadre des travaux de la commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (juillet 2012);*
- *consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées : À quel âge cesse-t-on d'être une personne pour devenir « objet de soins ? » (septembre 2007).*

De plus, l'OTSTCFQ a déjà publié quelques écrits sur des sujets complémentaires aux préoccupations du Livre blanc, notamment en ce qui concerne les gestionnaires de cas², la charge de cas/charge de travail des travailleurs sociaux³ et, plus récemment, sur l'importance des déterminants sociaux sur la santé mentale des personnes⁴.

L'OTSTCFQ salue la volonté de l'État de se tourner résolument vers les soins et services de maintien à domicile par l'entremise de l'assurance autonomie. Les questions relatives au vieillissement de la population et les enjeux afférents, notamment les coûts économiques et sociaux qui y sont associés, sont des questions éminemment complexes. Donc, plusieurs défis majeurs devront être surmontés afin que cette orientation produise les effets escomptés.

Par ce mémoire, l'OTSTCFQ souhaite contribuer à la réflexion en cours autour du Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie en dégagant des pistes d'action pour assurer le bien-être, la sécurité et la protection des adultes en perte d'autonomie tout en respectant leurs choix, leurs droits et ceux de leurs proches.

2. L'évolution des services à domicile

En 1979, Québec adopte la première politique de services à domicile (SAD), laquelle pavera la voie aux programmes directement liés au maintien à domicile. En 1988, la commission Rochon consacrera le passage des incapacités et de la maladie vers

² OPTSQ (2006). *Le travailleur social, la travailleuse sociale gestionnaire de cas*. Montréal.

³ OTSTCFQ (2009). *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal.

⁴ OTSTCFQ (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*. Montréal.

l'autonomie et la santé. En fait, depuis les années 80, les SAD sont présentés comme étant la solution permettant, à la fois, de procurer une meilleure qualité de vie aux aînés en perte d'autonomie et de favoriser l'utilisation appropriée des ressources spécialisées. Cependant, la légitimité des SAD est jusqu'à maintenant demeurée en bonne partie liée à leur contribution, anticipée ou réelle, à l'atteinte d'une plus grande efficience du système sociosanitaire, en déplaçant vers le domicile des services offerts jusque-là dans un « environnement coûteux ».

Au Québec, l'offre de SAD représente la solution optimale pour offrir aux personnes concernées la possibilité de vieillir dans des conditions qui correspondent à leurs attentes, en lien avec leurs habitudes de vie antérieures à la perte d'autonomie. C'est d'ailleurs ce que réclamait le Groupe d'experts sur les personnes âgées, en 1991. Pourtant, « il reste beaucoup à faire pour que les SAD ne soient plus une mesure de substitution ou une solution de rechange à l'hébergement en établissement ou à l'hospitalisation et pour que tous les intervenants des services de santé et de services sociaux contribuent à l'objectif de soutien à domicile » (MSSS, 2003, p. 5)⁵.

Au printemps 2011, le gouvernement du Québec accordait un budget additionnel et récurrent de 200 millions de dollars par année pour financer un « nouveau plan de services intégrés pour les personnes âgées ». Cette annonce précisait également que l'action gouvernementale auprès des personnes âgées serait encadrée par une nouvelle politique globale intitulée *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté au Québec*. Cette politique a pour principal objectif d'accroître la qualité de vie des personnes âgées en favorisant leur participation dans la société, en améliorant l'accès à des services sociaux et de santé adéquats et en contribuant à la création d'environnements sains, sécuritaires et accueillants dans la communauté. La politique *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté au Québec* s'inscrit aussi dans une longue lignée de politiques du secteur de la santé et des services sociaux qui ont proposé de faire prendre au système sociosanitaire québécois le virage

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux - MSSS (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec.

vers le domicile, grâce auquel les aînés en perte d'autonomie pourraient recevoir chez eux l'essentiel des services de courte et de longue durée que leur situation requiert⁶.

En 2011 - 2012, le Protecteur du citoyen publiait *Chez soi : toujours le premier choix?*, un rapport portant sur l'accessibilité aux soins et services pour les personnes atteintes d'incapacités significatives et persistantes. Dans ce rapport, le Protecteur signale certains manquements : un nombre d'heures de soins et de service en deçà de ce qui est requis, l'apparition de nouveaux critères d'exclusion, des disparités régionales et l'allongement des délais d'attente.

Après trois décennies de virages, de changements de cap, d'approches nouvelles et d'innovations, on ne peut que constater, sur le terrain, que les services à domicile qui devaient offrir aux personnes âgées la possibilité de vieillir chez elles figurent toujours parmi les parents pauvres du système étant donné qu'ils ne couvrent qu'une faible partie des besoins liés à la réalisation des activités courantes⁷, laissant pour compte la plupart du temps les besoins psychosociaux (liens avec la famille, les proches, responsabilités citoyennes, etc.).

3. Notre compréhension du projet d'assurance autonomie

Telle que décrite dans le Livre blanc, l'assurance autonomie vise à favoriser la prestation de soins et de services nécessaires au maintien à domicile partout sur le territoire du Québec, là où les gens vivent. L'autre objectif majeur est de garantir que les sommes prévues pour le maintien à domicile ne soient pas détournées de leur cible. L'assurance autonomie veut donner à la personne en perte d'autonomie et à ses proches la liberté de choix quant à son lieu de résidence, en lui assurant - partout au Québec et à tarif raisonnable - que les soins et les services dont elle aura besoin pour actualiser ce choix seront disponibles, en qualité et en quantité.

Pour permettre le déploiement de l'assurance autonomie, trois virages devront s'opérer simultanément : déplacer les ressources, les soins et les services là où vivent

⁶ Plusieurs consultations publiques menées par le ministère de la Santé et des Services sociaux témoignent de l'importance accordée aux soins à domicile : Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie : un défi de solidarité (2005); Consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées (2007).

⁷ D'autres acteurs ont fait les mêmes constats tels la Confédération des syndicats nationaux dans un document intitulé *Vieillir dans la dignité. Plate-forme de revendications pour une vision sociale et positive du vieillissement* publiée en 2009 et le ministre Hébert dans un article publié dans *Le point en administration de la santé* en 2009, *De l'hospitalo-centrisme vers les soins à domicile : une transition nécessaire*.

les personnes concernées; assurer la transition entre un système de soins/services développé en fonction d'une population jeune vers un système axé sur les besoins d'une population vieillissante; garantir l'attribution des ressources financières à la mise en place des structures, des soins et des services de l'assurance autonomie.

Seront admissibles à l'assurance autonomie toutes les personnes majeures qui nécessitent, à cause de leur état de santé ou d'incapacités, des soins, des services et des mesures de soutien à l'autonomie, à long terme. Plus spécifiquement, seront admissibles :

- *les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive ou atteintes de maladies chroniques;*
- *les adultes vivant des incapacités significatives et persistantes sur le plan physique (moteur, visuel, auditif ou du langage);*
- *les adultes vivant des incapacités significatives et persistantes sur le plan intellectuel ou qui ont un trouble envahissant du développement.*

L'assurance autonomie couvrira trois catégories de soins et de services :

- *les soins et les services professionnels de base (soins infirmiers, services de nutrition, de réadaptation et psychosociaux);*
- *l'assistance aux activités de la vie quotidienne qui demandent l'aide d'une tierce personne (se laver, s'habiller, manger, etc.);*
- *l'aide aux activités courantes de la vie domestique (effectuer l'entretien ménager, préparer les repas, faire ses courses, etc.).*

4. Les conditions de réussite

Au Québec, le système public de santé et de services sociaux repose sur des valeurs que nous partageons tous et qui sont source de fierté. Ces valeurs sont l'universalité, l'accessibilité, la gratuité. La Loi sur le système de santé et de services sociaux le confirme : « Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » Nous pouvons donc en déduire que les personnes en perte d'autonomie dont il est question dans le Livre blanc ont le droit de réclamer et d'obtenir, partout sur le territoire, l'ensemble des soins et des services sociaux que leur situation requiert et que l'État, en contrepartie, a le devoir de les dispenser.

4.1 Choisir son milieu de vie, une liberté fondamentale

En tant que citoyens, nous avons le devoir de réaliser (et l'État doit faire de l'éducation populaire à cet effet) que les personnes en perte d'autonomie ont les mêmes droits que tous les autres citoyens. À ce titre, nous devons changer notre perception face aux personnes en perte d'autonomie. Nous devons garder à l'esprit que toutes les personnes sont égales en droit, sans égard à leur âge ou à leur condition. Il faut éviter que des décisions concernant les aînés soient prises sans eux parce que la reconnaissance des droits d'une personne majeure n'est pas inversement proportionnelle à son âge. En tant que société, nous ne serons en mesure de créer des conditions de vie dignes et décentes pour nos aînés que le jour où nous les considérerons à nouveau comme des personnes et non comme des objets de soins⁸.

L'OTSTCFQ croit que l'État doit mettre en place les soins et services nécessaires pour honorer la volonté de celles et de ceux qui souhaitent finir leur vie à la maison, accompagnés de leurs proches. Même si le maintien à domicile représente le souhait d'une majorité de personnes en perte d'autonomie, un certain nombre de personnes âgées, par choix ou pour diverses raisons, préféreront toujours l'encadrement et la prise en charge offerts dans un milieu de vie substitut au domicile. Le choix de ces personnes doit être respecté, ce qui signifie que nous aurons toujours besoin d'un nombre suffisant de places en CHSLD ainsi que dans les autres types de ressources d'hébergement (ressources intermédiaires, ressources de type familial, résidences privées) pour ces personnes et pour celles qui, après avoir prolongé leur séjour à domicile, voudront ou devront envisager un milieu de vie de substitution au domicile.

Ainsi, pour l'OTSTCFQ, il ne fait aucun doute que le maintien à domicile doit reposer essentiellement sur une chose : la capacité de la personne concernée de faire le choix qui correspond à son meilleur intérêt⁹, ce qui constitue une liberté fondamentale non négociable. Le meilleur choix possible doit toujours demeurer celui que la personne fait pour elle-même.

⁸ OPTSQ (2007). *À quel âge cesse-t-on d'être une personne pour devenir « objet de soins »?* Mémoire présenté dans le cadre d'une consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées.

⁹ Si la personne est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins (incluant l'hébergement), une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut la remplacer (Code civil du Québec, article 11).

4.2 Offrir des services de qualité, en quantité dans une perspective de continuité

L'OTSTCFQ s'inquiète de la qualité des services qui seront offerts aux personnes en perte d'autonomie. Ces inquiétudes portent principalement sur la formation qui sera requise chez les dispensateurs de services et sur leur capacité d'établir un lien de confiance avec la personne concernée. Sur ce point, le taux de rotation du personnel au sein des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) est un enjeu majeur qui constitue un obstacle à la continuité des services, tout en créant un certain climat d'insécurité chez les personnes en perte d'autonomie qui doivent régulièrement s'adapter à de nouvelles personnes. De plus, selon les témoignages des usagers, les auxiliaires familiales des CLSC sont les personnes qui les aident le plus à demeurer à domicile. Pourtant, selon les orientations annoncées par le Livre blanc, ces auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) interviendraient dorénavant uniquement de façon exceptionnelle, dans des cas particuliers. L'Ordre ne comprend pas sur quoi se base le ministère en optant pour la réduction de cette contribution humaine qui rassure de toute évidence les personnes en besoin. Pourquoi réparer ce qui n'est pas brisé? L'Ordre appuie ce qui a été convenu au Sommet socioéconomique de 1996 (le consensus de 1996) voulant que les EÉSAD doivent s'inscrire en complémentarité du secteur public, que les activités de la vie quotidienne (AVQ) relèvent des CLSC et que les activités de la vie domestique (AVD) soient sous la responsabilité des EÉSAD.

Sur la base d'une certaine stabilité de services, le personnel devra être formé convenablement et avoir accès à de la formation continue sur les différents aspects humains et techniques de l'aide à domicile, sur le travail des aidants ainsi qu'en ce qui concerne les diverses formes de limitations physiques, intellectuelles et mentales de la personne aidée. Sur ce point, il faut être particulièrement vigilant en ce qui a trait à la place que jouera l'entreprise privée dans la dispensation des services et sur sa capacité d'embaucher du personnel dont les qualifications seront suffisantes. De la même façon, les professionnels appelés à intervenir auprès des personnes en perte d'autonomie doivent être mieux formés aux problématiques inhérentes aux maladies chroniques, dégénératives et au vieillissement. Sur ce point, l'OTSTCFQ demande à l'État d'être vigilant étant donné que l'article 11 du projet de loi 100 (Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le

retour à l'équilibre budgétaire en 2013 - 2014 et la réduction de la dette) décrétait des coupes de 25 % dans la formation continue des professionnels.

Or, comme nous le disions à l'époque « les ordres professionnels ont le mandat de protéger le public et les programmes de formation continue contribuent directement à l'atteinte de cet objectif. Nous ne croyons pas que la population serait d'accord pour recevoir des services sociaux ou de santé de la part de professionnels dont les compétences ne seraient plus tout à fait à jour (...)»¹⁰. Nous croyons donc que de telles restrictions ayant pour effet de réduire l'accès à la formation continue doivent être levées. L'État a également le devoir de s'assurer que nous pouvons compter sur un nombre suffisant de professionnels, particulièrement dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines pour dispenser les soins et services nécessaires.

Il importe également de mettre en place un processus d'évaluation et de traitement des demandes, de mesures d'accompagnement, d'encadrement et de contrôle auquel les membres de l'OTSTCFQ désirent être associés. Il est important que la mesure de l'efficacité des services se fonde sur des indicateurs, lesquels évalueront non seulement l'efficacité de l'organisation et de l'octroi de services, mais surtout l'impact de ces services sur la qualité de vie de la personne.

Enfin, au moment où on s'apprête à déléguer aux organismes communautaires des responsabilités de plus en plus importantes - dont certaines étaient auparavant assumées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux - il serait nécessaire de revoir leur financement afin de leur permettre de répondre à cette nouvelle demande.

4.3 Prendre en compte les préoccupations sociales

Comme nous l'affirmions au moment où le ministre de la Santé et des Services sociaux rendait public le Livre blanc sur l'assurance autonomie, nous souscrivons à l'objectif principal qui consiste à favoriser la prestation de soins et de services nécessaires au maintien à domicile partout sur le territoire du Québec. Nous déplorons toutefois la quasi-absence de considération pour les préoccupations sociales, comme c'est malheureusement trop souvent le cas. Dans le contexte social, politique et

¹⁰ Le projet de loi 100 compromet la formation continue des professionnels : http://www.otstcfq.org/docs/place-publique/ciq-communique_31_mai_2010_vf.pdf?sfvrsn=0.

économique qui est le nôtre, il est important d'avoir une vision globale de la santé. Négliger le social, c'est choisir d'ajouter une pression encore plus forte sur le curatif. En fait, les aspects sociaux sont relégués au rang de sous-éléments d'un des trois grands types de services de longue durée associés à l'assurance autonomie.

Pourtant, les déterminants sociaux ont une influence directe sur le maintien ou la restauration de la santé. Il importe non seulement d'agir sur les conditions physique, physiologique et psychologique, mais également sur les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les facteurs qui configurent la santé, tels que le statut social, le revenu, les conditions de vie et de travail, le réseau social, la famille et le soutien communautaire. Pour ce faire, l'Ordre est d'avis que des services sociaux généraux publics doivent être disponibles comme moyen de prendre en compte les préoccupations sociales de la personne en perte d'autonomie et des proches aidants (ex. : transformation des rôles sociaux, nouvelles façons de combler les besoins de loisirs, rapport au monde du travail, réorganisation de différents aspects de sa vie, etc.).

4.4 Éliminer les disparités régionales

Au chapitre de l'offre de services, plusieurs aspects méritent une attention particulière. Entre autres, l'inégalité du panier de soins et de services d'un CSSS à l'autre, l'accès difficile dû aux délais d'attente et la lourdeur administrative, sans oublier les disparités régionales, particulièrement en milieu rural. Devant le constat que plusieurs petites municipalités sont aux prises avec un problème majeur de dévitalisation, il est légitime de se demander comment les aînés pourront continuer à vivre dans leur milieu alors que les services sont de plus en plus concentrés dans les grandes agglomérations. Les familles quittent les villages, faute d'emplois, alors que les personnes âgées les abandonnent à leur tour, faute de services de proximité.

Il nous apparaît que toute politique visant l'autonomie des aînés doit tenir compte de l'accessibilité des services de proximité dans les petites municipalités : services de santé et de services sociaux, services communautaires, ressources d'hébergement, services financiers, services postaux, épicerie, essence, loisirs, etc. En l'absence de ces services de base, malgré la présence d'une assurance autonomie, les aînés seront contraints, par la force des choses, de quitter leur lieu de résidence pour se

rapprocher des agglomérations urbaines, là où se concentrent les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale (GMF), les CLSC, les résidences pour aînés, etc.

De plus, certains impératifs doivent être pris en compte en région. Des particularités inhérentes à la géographie font en sorte que les frais de déplacement, pour recevoir un soin ou un service, sont plus élevés, lorsqu'offerts. La réalité régionale fait également en sorte que les distances sont plus grandes entre les divers établissements, rendant ainsi plus lourde la tâche de l'aidant. Puisque nous devons vivre avec ces réalités, en toute équité, il importe que les ressources humaines (spécialisées ou non) et techniques nécessaires à la dispensation des soins et des services soient disponibles en quantité et en qualité suffisantes, dans les régions comme dans les grands centres.

4.5 Réussir la phase transitoire

D'entrée de jeu, pour que la politique d'assurance autonomie produise les résultats escomptés, il faut, en priorité, terminer et consolider l'intégration des services dans les CSSS, à l'échelle du Québec. À ce sujet, des défis sont toujours présents après presque dix ans de transformations pour mieux répondre aux besoins grandissants d'une population vieillissante : la réorganisation des soins de première ligne, l'intégration des soins de première et de deuxième ligne ainsi que la coordination des entités existantes (hôpitaux, ressources d'hébergement et services communautaires) et le développement de réseaux de services de santé et sociaux dans les communautés¹¹.

Par ailleurs, l'État commettrait une grave erreur en procédant trop vite avec la nouvelle façon de faire sans garder en réserve les ressources budgétaires nécessaires au maintien du système actuel, le temps de tout mettre en place. Il faut éviter à tout prix que des personnes se retrouvent sans services. En effet, un enjeu de taille lors de la phase de déploiement consiste à éviter de faire vivre aux personnes concernées une rupture ou diminution de services qui aurait pour conséquence de les placer dans des situations de plus grande vulnérabilité.

¹¹ Vedel, I., Monette, M., Beland, F., Monette, J., et Bergman, H. (2011). Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International Journal of Integrated Care*, 11.

L'idée de confier la gestion des budgets alloués au maintien à domicile à une structure indépendante est intéressante. Par contre, il est décevant que cette orientation soit rendue nécessaire pour éviter que les établissements détournent à d'autres fins les sommes qui leur sont accordées pour le maintien à domicile.

Parmi les étapes importantes qui doivent être franchies avant la mise en œuvre du projet, nous avons identifié l'établissement de modalités d'allocation budgétaire, l'assurance qualité, l'utilisation d'outils d'évaluation efficaces de même que la conclusion d'ententes de collaboration entre les divers partenaires impliqués.

4.6 L'importance de la communication

L'offre de soins et de services de maintien à domicile nécessitera un effort majeur de concertation entre tous les partenaires impliqués : l'ensemble des ministères concernés (politique *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté au Québec*), le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences, les établissements, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les proches aidants de même que tous les professionnels et intervenants. Les actions intersectorielles, par la mise en commun des forces, des connaissances et des outils des différents acteurs impliqués, permettent de comprendre et de solutionner des problèmes complexes. Ces actions favorisent l'accès à des soins accessibles et de qualité. C'est au ministère de la Santé et des Services sociaux que revient l'importante responsabilité de s'assurer d'établir un dialogue efficace entre tous ces partenaires. De plus, l'interdisciplinarité sera un facteur déterminant pour permettre de tout mettre en place correctement. L'OTSTCFQ propose en ce sens que les ordres concernés développent, en collaboration avec le Conseil interprofessionnel du Québec, un plan de communication pour sensibiliser les différents professionnels à l'importance de travailler en interdisciplinarité pour le mieux-être des personnes visées par l'assurance autonomie.

Il est de plus souhaitable que les CSSS soient en mesure de travailler en étroite collaboration avec les organismes communautaires afin, notamment, de faire connaître les services existants, évitant ainsi la perte de temps et d'énergie occasionnée par le dédoublement des démarches.

4.7 Prévoir un financement suffisant, garanti

Depuis 2005, à l'initiative du ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, le développement de nouvelles places en CHSLD a été sensiblement ralenti, de façon à ce que les sommes ainsi économisées soient transférées au financement des soins et services requis pour le maintien à domicile¹². Aujourd'hui encore, le Livre blanc sur l'assurance autonomie cible les budgets consentis au réseau des CHSLD pour financer, du moins en partie, son virage vers le maintien à domicile. Or, si le développement de nouvelles places en CHSLD a effectivement été ralenti, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer si les sommes ainsi économisées ont effectivement été transférées aux soins et services de maintien à domicile. Quoi qu'il en soit, il faut souhaiter que l'État tirera du passé les leçons nécessaires pour que les initiatives annoncées dans le Livre blanc aient les effets escomptés et permettent enfin d'amorcer un véritable virage non pas vers le maintien à domicile à tout prix, mais qui garantirait aux personnes en perte d'autonomie un accès aux soins et services leur permettant d'exercer librement leur choix entre le maintien à domicile ou toute autre option.

L'atteinte des objectifs du Livre blanc nécessitera une volonté politique ferme d'aller jusqu'au bout. Il sera également essentiel de mettre le processus à l'abri de toute tentation d'opter en cours de route pour un désengagement de l'État face à la problématique du vieillissement, en mettant en place un système qui ne permettrait pas de respecter véritablement le choix des personnes concernées. Enfin, les investissements liés à la formation des intervenants impliqués devront être prévus au budget du régime d'assurance autonomie.

5. Impacts psychosociaux de la perte d'autonomie sur la personne concernée et sur ses proches

5.1 Sur la personne concernée

Le Livre blanc est muet quant aux impacts psychosociaux de la perte d'autonomie, tant du point de vue de la personne concernée que de celui de sa famille et de ses proches. Ces impacts sont pourtant bien réels et méritent d'être pris en considération. La perte d'autonomie peut faire en sorte que la personne n'a plus la capacité, en tout

¹² MSSS (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Québec : Gouvernement du Québec.

ou en partie, d'assumer ses rôles sociaux (rôle de conjoint, de parent, d'ami, de bénévole, de pourvoyeur, de locataire, etc.) et d'exercer ceux-ci. Ces incapacités influenceront les relations avec les membres de la famille et les proches. Il se peut même que l'enfant doive assumer un rôle d'aide et d'assistance envers son parent. Ces impacts influenceront le choix du milieu de vie et, le cas échéant, la faisabilité et la durée potentielle du maintien à domicile.

La réalité des personnes en perte d'autonomie est complexe. De nombreuses considérations doivent donc être prises en compte lorsqu'il est question d'en faire le portrait. Par exemple, elles peuvent vivre, en plus de la perte d'autonomie, tous les deuils occasionnés par celle-ci (diminution des capacités physiques, perte du permis de conduire, incapacité de maintenir actif un réseau social, incapacité de pratiquer un loisir, etc.), ainsi qu'une plus grande vulnérabilité à l'abus, au harcèlement, à la violence psychologique et physique. La lecture des besoins de ces personnes doit donc se faire de manière globale et en considérant notamment le degré de vulnérabilité causé par la maladie. Les réponses à ces besoins doivent être adaptées et personnalisées.

Selon l'OTSTCFQ, la réalisation des activités sociales est intimement liée à la qualité de vie, tout autant que la réalisation des activités courantes. Incidemment, l'étude de Levasseur et al. (2012) démontre que la majorité des aînés présentent des besoins non satisfaits, principalement au niveau des activités sociales (responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire et loisirs). Ils se fient donc à leurs proches aidants, lorsqu'ils en ont, sortent peu et réduisent leur réseau et leurs activités sociales, ce qui mène parfois à l'isolement. Les auteurs de l'étude expliquent que « le téléphone amical ou la visite d'un bénévole n'est pas seulement un service, un contact individuel, mais une façon de préserver le lien avec la société. Les loisirs et les activités sociales sont aussi souvent perçus à tort comme un luxe, alors qu'ils permettent aux aînés non seulement de vivre plus longtemps, mais aussi de vivre pleinement » (p.122)¹³.

¹³ Levasseur, M., et al. (2012). Concordance entre les besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. Constats et défis d'une étude de cas réalisée au Québec. *Gérontologie et société*, 4 (143) : 111-131.

5.2 Sur le proche aidant

Ce serait une erreur que de tenir pour acquise la contribution quotidienne des proches aidants en ce qui concerne la prestation de services, étant donné que ceux-ci agissent sur une base volontaire en fonction, notamment, du temps dont ils disposent, de l'évolution de leur propre rôle social et de leur état de santé. Il est donc essentiel de tout mettre en œuvre pour assurer aux proches aidants l'aide et le soutien dont ils ont besoin pour qu'ils soient en mesure de maintenir leur implication auprès de la personne en perte d'autonomie. En ce sens, nous considérons qu'il serait important d'accorder aux proches aidants un statut formel d'usagers nécessitant soins et services pour poursuivre leur œuvre.

Les travailleurs sociaux sont témoins de l'impact majeur de la perte d'autonomie de la personne concernée sur son environnement en général et sur le proche aidant en particulier. Le fait de devenir proche aidant est rarement un choix délibéré, mais bien souvent un concours de circonstances. L'épuisement du proche aidant, provoqué par la lourdeur de la tâche, constitue un facteur de risque non négligeable pouvant parfois mener à la maltraitance ou à la négligence.

Selon Santé-Québec, le niveau de détresse psychologique est 25 % plus élevé chez les proches aidants que chez la population en général. En moyenne, trois personnes sur dix agissant en tant que proches aidants (et ce sont majoritairement des femmes) auprès de personnes atteintes de problèmes physiques seraient dépressives; ce taux monte à quatre personnes sur dix si la personne concernée souffre de démence sévère. Ainsi, selon la situation, le proche aidant peut se sentir dépassé dans son rôle par manque d'expérience, de soutien, d'information ou tout simplement parce qu'il éprouve de la difficulté à assumer ses propres rôles sociaux, sa vie personnelle. Les proches aidants ont besoin de réorganiser leur vie, étant donné que leurs différents rôles sociaux sont affectés par leurs nouvelles responsabilités. Par conséquent, l'OTSTCFQ est d'avis que les services sociaux généraux doivent être présents dans l'offre de services de soins à domicile pour les proches aidants, en complémentarité avec les organismes communautaires impliqués.

6. Évaluation et intervention sociale auprès d'une personne en perte d'autonomie

L'OTSTCFQ est d'accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux lorsqu'il affirme que l'évaluation rigoureuse des besoins constitue le point de départ de l'accès à la gamme de services de longue durée : « Condition essentielle d'admissibilité à l'assurance autonomie, l'évaluation exige l'utilisation d'un outil standardisé et bien implanté, de façon à permettre une mesure explicite des besoins d'une personne et la planification des services dont elle a besoin¹⁴ ». Les outils dont il est question sont relativement connus et déjà implantés dans le réseau de la santé et des services sociaux : le système de mesures de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), pour identifier les incapacités et les besoins, et les Profils Iso-SMAF, pour la planification et l'allocation de ressources.

Toutefois, l'OTSTCFQ tient à soulever quelques préoccupations quant à l'utilisation du SMAF. D'abord, cet outil permet notamment d'identifier les ressources qui pallient les besoins nommés au moment de l'évaluation, ces ressources étant la plupart du temps du ressort des proches aidants. Le portrait qui résulte de l'évaluation regroupe les services non compensés à un moment déterminé. Or, il serait important de considérer l'ensemble des besoins exprimés et surtout de prévoir une réévaluation des besoins pour connaître l'évolution de la situation et, si nécessaire, de réajuster l'offre de services.

De plus, l'Ordre croit que les intervenants auraient avantage à être mieux formés à l'utilisation des outils de mesure, notamment pour faire les liens entre les données recueillies et les problèmes présentés par la personne en perte d'autonomie. Il ne faut pas négliger l'évaluation et la réponse aux besoins sociaux en lien avec la perte d'autonomie des personnes. Par exemple, la réalisation des activités significatives et de loisirs et l'intégration communautaire des personnes en perte d'autonomie sont à explorer¹⁵. À cet égard, l'Ordre demande que l'outil d'évaluation *SMAF social*¹⁶ soit

¹⁴ MSSS (2013). *L'Autonomie pour tous. Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, p. 23.

¹⁵ Delli-Colli, N., Dubuc, N., Hébert, M., et Lestage, C. (2007). Sélection des variables essentielles pour déterminer les besoins psychosociaux des résidents et la charge de travail du service social en CHSLD. Dans É. Québec (Éd.), *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (Vol. 2, p. 374-395). Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie.

¹⁶ Le *SMAF social* a pour but d'outiller les intervenants de la santé à mieux évaluer le fonctionnement social des personnes vivant avec des incapacités. Le *SMAF social* mesure l'autonomie des personnes au niveau du fonctionnement

utilisé en complémentarité aux autres outils proposés dans le Livre blanc. Cet outil permet en effet de capter les besoins sociaux de la personne. Rappelons toutefois que les outils d'évaluation doivent servir de point de départ aux discussions entre les personnes utilisatrices de services, les proches et les intervenants (Miller, 2012). Les résultats obtenus de l'utilisation des outils soutiennent le professionnel dans l'élaboration de son opinion professionnelle (OTSTCFQ, 2013), mais ne la remplace pas. Pour les travailleurs sociaux, l'évaluation du fonctionnement social, qui consiste en une analyse contextuelle de la situation sociale de la personne dans une perspective d'interaction dynamique entre elle et son environnement, constitue un préalable incontournable pour déterminer la pertinence d'entreprendre une intervention sociale (OTSTCFQ, 2013). Si les outils servent à cibler des services, l'évaluation du fonctionnement social, pour sa part, permet de personnaliser ces services en fonction des besoins tels que définis par la personne et son environnement.

6.1 Choix d'un milieu de vie

Les travailleurs sociaux ont une longue expérience en matière d'accompagnement dans le choix de milieu de vie. En effet, ils ont l'expertise leur permettant d'orienter de façon rigoureuse les personnes en perte d'autonomie vers les ressources appropriées de soins et services requis par leur état de santé. La participation et la collaboration de la personne à toutes les phases de l'évaluation sont essentielles, voire incontournables, ce qui permet au travailleur social de comprendre la situation selon sa perspective, celle de ses proches et des personnes significatives de son réseau, tout en s'appuyant sur les savoirs issus de la pratique, les connaissances scientifiques et les assises théoriques (Pilari, 2002; Wilson et coll., 2008).

6.2 Le travailleur social gestionnaire de cas

Depuis longtemps, les travailleurs sociaux ont développé une expertise en matière de gestion de cas. À cet effet, l'Ordre a publié, en 2006, un document intitulé : *Le travailleur social, la travailleuse sociale gestionnaire de cas*. Nous reprendrons ici les grands axes de l'exercice de cette activité :

social selon ces 6 dimensions : les activités sociales et récréatives, les relations sociales, les ressources sociales, les rôles sociaux, les attitudes et les expressions de soi. L'évaluation permet ensuite d'améliorer les plans d'intervention en intégrant davantage l'aspect social de la personne (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke).

« La gestion de cas en service social est une méthode de dispensation de services selon laquelle le travailleur social évalue les besoins de la personne concernée et ceux de ses proches aidants (s'il y a lieu), planifie, coordonne, négocie, effectue le monitoring et représente les droits de la personne pour l'obtention de services diversifiés pouvant répondre à ses besoins complexes¹⁷. » Selon cette définition, l'intervention globale du travailleur social gestionnaire de cas se situe à deux niveaux indissociables : auprès de la personne concernée et de son réseau de proches aidants ET auprès du système de dispensation des services de santé et des services sociaux.

Le rôle de gestionnaire de cas a été créé pour répondre à certains problèmes de coordination entre les intervenants (interprofessionnels et interétablissements) en contexte de virage ambulatoire initié par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'une réforme majeure d'intégration des services axée sur l'implantation de dispositifs de coordination. Les différentes fonctions de gestionnaire de cas sont les suivantes :

- *évaluer la situation de la personne concernée et de ses besoins incluant les facteurs de risque;*
- *planifier les services appropriés aux besoins;*
- *développer un plan de services individualisés;*
- *négocier des services et l'accès aux ressources;*
- *coordonner les services mis en place;*
- *effectuer le suivi clinique;*
- *défendre les droits de la personne concernée;*
- *réévaluer la situation.*

Toutefois, à l'heure actuelle, l'accent est placé sur la dispensation des services au détriment des autres fonctions du gestionnaire de cas. L'OTSTCFQ souhaite donc que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse les compétences des travailleurs sociaux afin qu'ils puissent assumer ce rôle dans son intégralité.

7. La prise en compte des besoins et des attentes des aidants

Par définition, un proche aidant est une personne qui s'occupe d'un membre de son entourage (un parent âgé, un conjoint malade, un frère ou une sœur, un enfant, etc.) atteint d'une incapacité significative ou dont la santé est devenue précaire et dont l'autonomie est de moins en moins grande. Selon les chiffres recensés par le

¹⁷ NASW (1992). *Standards for Social Work Case management* (traduction libre).

Regroupement des aidants naturels du Québec, il ressort qu'une personne sur sept (1,1 million) joue ce rôle auprès d'un membre de sa famille¹⁸. La prise en charge des soins à domicile par les proches aidants implique, entre autres, l'accompagnement, les soins personnels, les tâches à l'intérieur et à l'extérieur du domicile, le transport, les soins médicaux, la prise de rendez-vous, l'aménagement du temps de travail avec l'employeur¹⁹. À elles seules, ces personnes, dont plusieurs sont âgées de plus de 65 ans, dispensent environ 80 % des services de soutien à domicile. Étant donné que le projet d'assurance autonomie reposera en partie sur les épaules des proches aidants, il importe de s'attarder à leur réalité afin qu'ils n'aient pas à tenir le système à bout de bras.

Dans son rapport annuel 2012-2013, la protectrice du citoyen, Mme Raymonde St-Germain, déplorait que les coupes effectuées dans les services directs à la population - notamment en santé et en services sociaux - frappent de plein fouet les proches aidants. Un sondage du RANQ permet de dégager un constat quasi unanime : l'État ne répond pas - ou très peu - aux besoins des proches aidants qui se butent, bien souvent, à une profonde méconnaissance de leur réalité et de leurs besoins par le personnel des CSSS. En corollaire, les résultats d'une étude portant sur l'intervention des travailleurs sociaux auprès des personnes âgées proposent que le temps consacré par les travailleurs sociaux aux proches aidants ne représente que 4,8 % du temps total²⁰. Le temps consacré par les travailleurs sociaux aux proches aidants n'est pas un choix professionnel. En effet, la conjoncture administrative de reddition de comptes peut expliquer en partie que si peu de temps leur soit consacré, ceux-ci n'étant pas considérés comme des usagers.

Plusieurs organismes qui se font les porte-paroles des proches aidants déplorent que ceux-ci ne bénéficient d'aucune reconnaissance officielle de leur statut. Ils affirment que les aidants souhaitent être considérés comme de véritables partenaires et des personnes en besoin de services. Bien que l'État leur reconnaisse un rôle de soutien,

¹⁸ Regroupement des aidants naturels du Québec - RANQ (2010). Portrait d'organismes communautaires de proches aidants au Québec : contexte, pratiques et enjeux. Trois-Rivières : RANQ.

¹⁹ Cranswick, K., et & Dosman, D. (2008). Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles, *Tendances sociales canadiennes*, 86, 50-59.

²⁰ Delli-Colli, N., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Hébert, R., et Trottier, L. (2013). Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile, *Intervention*, 138 : 33-44.

force est de constater qu'ils sont plutôt considérés, dans la grande majorité des cas, comme des dispensateurs de soins.

Des chercheurs ont identifié plusieurs moyens de venir en aide plus efficacement aux proches aidants²¹. Parmi ces pistes, on retrouve : un meilleur support psychologique; une approche multidimensionnelle s'intéressant à plusieurs stressors et facteurs de risque qui affectent la santé et le bien-être du proche aidant; une approche flexible qui s'intéresse aux différentes réalités des proches (problèmes de comportements de la personne aidée, le besoin de répit de la famille) en leur accordant du temps; une offre de répit suffisante pour agir sur la santé et le bien-être du proche aidant.

8. Déploiement et financement

La mise en œuvre et la pérennité d'un programme aussi ambitieux que l'assurance autonomie nécessiteront des sommes colossales. Il importe cependant de ne pas négliger les sommes nécessaires pour faciliter le déploiement de l'assurance autonomie en permettant notamment aux établissements de réaliser la transition entre les deux façons de faire. Nous pensons ici à la formation de la main-d'œuvre, la création de nouveaux outils, la mise à niveau des systèmes de gestion de l'information, la production et la diffusion d'outils d'information et de sensibilisation, etc. L'histoire nous rappelle de douloureux moments, alors que l'État procédait à la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de maladies mentales sans s'assurer que les soins, les services et les ressources de la communauté étaient prêts à les accueillir. Plusieurs individus paient encore pour cette mauvaise planification.

Bon nombre de personnes et d'organismes se sont prononcés sur les aspects liés au financement du projet d'assurance autonomie. Certains se demandent si le gouvernement mettra un terme aux crédits d'impôt pour les proches aidants, ou à celui pour le maintien à domicile des personnes de 70 ans et plus; si la politique *Vieillir et vivre ensemble* sera éliminée; s'il est vrai qu'un nombre important de lits en CHSLD seront fermés, etc.

²¹ Zarit, S, et Femia, E (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers, *Journal of social work education*, 44 (3); 49-57. L'étude portait spécifiquement sur les aidants dont l'aidé souffre de démence.

Comme plusieurs, nous nous inquiétons de la tarification en fonction du revenu. Nous craignons en effet que les moins nantis doivent se priver de services, même si les tarifs sont raisonnables. Nous partageons également les inquiétudes de certains qui craignent de voir des emplois bien rémunérés, dans le secteur public, disparaître au profit d'emplois sous-payés dans le réseau privé, portant ainsi principalement préjudice aux femmes.

La première ministre du Québec, Pauline Marois, estime qu'à partir de 2017, « les sommes prévues pour les soins de longue durée et le maintien à domicile seront insuffisantes, compte tenu de la forte augmentation prévisible du nombre de personnes âgées au Québec. » Au même moment, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Réjean Hébert, se dit convaincu « que l'assurance autonomie et l'ajout de ressources pour le maintien à domicile permettront à terme de réduire les listes d'attente dans les CHSLD et les services à domicile », ajoutant qu'il en coûtera de 20 000 \$ à 30 000 \$ par année pour le maintien à domicile d'une personne, alors qu'il faut compter environ 90 000 \$ par année pour la même personne en centre d'hébergement. Le ministre s'attend à ce que la réduction des listes d'attente dans les CHSLD, en conjonction avec le développement des soins et services à domicile, aura pour effet de libérer des centaines de lits de centres hospitaliers occupés par des personnes âgées en attente de places en hébergement ou de soins et de services permettant leur retour et leur maintien à domicile.

Compte tenu du fait que le financement est au cœur des débats et du projet, la plus grande prudence s'impose. Le Livre blanc prévoit que le gouvernement renflouera, chaque année, la caisse de l'assurance autonomie directement ou par l'entremise d'une contribution des contribuables. Sur ce sujet, l'OTSTCFQ exprime son inquiétude. Idéalement, les taxes et impôts versés par les contribuables et les entreprises devraient permettre de couvrir une partie importante de ces soins et services - selon les principes d'universalité et de gratuité du système de santé et de services sociaux - le reste étant assumé par les économies de programmes, telles qu'explicitées par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans son Livre blanc.

Même si les considérations budgétaires ne font pas partie de nos champs d'expertise, nous croyons qu'avant d'alourdir davantage le fardeau fiscal des contribuables, l'État doit tout mettre en œuvre pour éliminer l'évasion fiscale, pour s'assurer que tous les

contribuables et que toutes les entreprises paient leur juste part, pour gérer sainement les fonds publics, etc. Sur ce point, nous nous réjouissons de la déclaration faite le 4 novembre 2013 par la première ministre selon laquelle le financement du régime d'assurance autonomie sera assumé par les taxes et les impôts actuels de l'ensemble des contribuables et non par une contribution particulière des usagers.

Conclusion

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec endosse la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux d'effectuer un virage vers les soins et services de maintien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, reconnaissant ainsi le droit fondamental de la personne à faire le choix qui correspond, aujourd'hui, à son meilleur intérêt. Nous avons d'ailleurs beaucoup de retard à ce niveau. En effet, le protecteur du citoyen, dans son dernier rapport annuel, réfère à une étude comparative des dépenses du secteur public en services à domicile effectuée en 2007. On y apprend que le Québec se situe en deçà de la moyenne canadienne à ce chapitre, ayant investi, en 1994-95, 41,72 \$ par citoyen, comparativement à l'Ontario (98,74 \$) et le Nouveau-Brunswick (156,35 \$).

De plus, l'obsession du gouvernement envers le déficit zéro commande une grande vigilance. Trop souvent, dans le passé, plusieurs bonnes idées se sont transformées en cauchemar sur le terrain parce que le financement n'est jamais venu.

Le défi auquel s'attaque l'État est majeur et nécessitera une volonté politique solide ainsi qu'un suivi constant. En ce sens, et parce que nous avons le souci de contribuer à la mise en œuvre et à la pérennité du programme d'assurance autonomie, nous soumettons ici quelques recommandations qui découlent du présent mémoire.

Les recommandations

RECOMMANDATION 1 La liberté de choix	Que toutes les personnes en perte d'autonomie aient accès à des soins et services de qualité leur permettant de demeurer à domicile, si tel est leur choix.
RECOMMANDATION 2 Des soins et services en quantité, de qualité et en continuité	Qu'une attention particulière soit portée à la qualité des services offerts aux personnes en perte d'autonomie en s'assurant que le personnel possède les compétences requises, notamment par le recours à de la formation continue et que les établissements publics, les organismes communautaires et les entreprises privées, chargés de dispenser des services, soient soumis aux mêmes règles quant à la formation et la compétence du personnel et que tous soient imputables de la qualité des soins et services offerts.
RECOMMANDATION 3 Les préoccupations sociales	Que le ministre de la Santé et des Services sociaux revoie certains éléments du Livre blanc sur l'assurance autonomie pour mieux tenir compte des préoccupations sociales liées aux personnes en perte d'autonomie et aux proches aidants.

RECOMMANDATION 4 La dispensation de services sociaux généraux	Le régime d'assurance autonomie doit inclure, dans son panier de services, la dispensation de services sociaux généraux comme méthode de prise en compte des préoccupations sociales de la personne en perte d'autonomie et des proches aidants.
RECOMMANDATION 5 L'élimination des disparités régionales	Que la démarche d'implantation d'une assurance autonomie se fasse en tenant compte des besoins particuliers des personnes âgées vivant dans les municipalités dévitalisées et que les CSSS fassent en sorte d'uniformiser le panier de services offerts, peu importe le lieu de résidence de la personne concernée.
RECOMMANDATION 6 La consolidation des services	Que le ministre de la Santé et des Services sociaux exige des CSSS que soient complétées dans les meilleurs délais et en toute priorité l'intégration et la consolidation des services entamées depuis 2004.
RECOMMANDATION 7 La réussite de la phase transitoire	Que tout soit mis en œuvre pendant la période transitoire pour éviter que des personnes en perte d'autonomie se retrouvent sans services.
RECOMMANDATION 8 L'importance de l'intersectorialité	Que le ministre de la Santé et des Services sociaux exige la mise en œuvre d'une vaste campagne de communication faisant en sorte qu'un dialogue efficace et constant s'établisse entre toutes les instances et tous les intervenants impliqués dans la mise en œuvre de l'assurance autonomie.
RECOMMANDATION 9 L'importance de l'interdisciplinarité	Que les ordres concernés développent, en collaboration avec le Conseil interprofessionnel du Québec, un plan de communication pour sensibiliser les différents professionnels à l'importance de travailler en interdisciplinarité pour le mieux-être des personnes visées par l'assurance autonomie.
RECOMMANDATION 10 La reconnaissance du statut formel du proche aidant	Que le projet de loi qui découlera du Livre blanc sur l'assurance autonomie reconnaisse au proche aidant le statut formel de partenaire et d'utilisateur ayant droit au soutien de l'État pour jouer pleinement son rôle auprès de la personne aidée.
RECOMMANDATION 11 Le gestionnaire de cas	Que le ministre de la Santé et des Services sociaux reconnaisse les compétences des travailleurs sociaux en ce qui concerne le rôle de gestionnaire de cas dans son intégralité, soit auprès de la personne concernée et de son réseau de proches aidants ET auprès du système de dispensation des services de santé et des services sociaux.
RECOMMANDATION 12 Le financement de la formation	Que le budget du régime d'assurance autonomie contienne les sommes nécessaires à la formation des intervenants.

