

Mésestimée et méconnue, la contribution des services de soutien à domicile au vieillir chez soi

LOUIS DEMERS, YOLANDE PELCHAT
École nationale d'administration publique, Québec

Résumé

En mai 2012, trois ministres du gouvernement québécois annonçaient une nouvelle politique gouvernementale, Vieillir et vivre ensemble, qui vise notamment à « mieux soutenir les personnes âgées à domicile et dans la communauté ». En dépit du rehaussement annoncé des crédits des services à domicile (SAD), on peut se demander si cette politique intersectorielle favorisera davantage le soutien des aînés dans leur milieu de vie que les politiques précédentes du secteur de la santé et des services sociaux. Dans cet article, nous nous concentrerons sur une des lacunes de ces politiques antérieures, soit leur difficulté à doter les SAD d'une valeur intrinsèque en mesure de rivaliser avec celle dont bénéficient les services médico-hospitaliers. Nous montrerons d'abord que la hausse des dépenses en SAD observée au fil des ans a en bonne partie servi à donner à domicile des soins dispensés jusque là à l'hôpital, réduisant ainsi la capacité d'offrir des services d'aide à domicile à long terme, selon l'intensité requise, aux personnes âgées souhaitant vieillir chez elles. Nous montrerons ensuite que cette priorité accordée aux soins post-hospitaliers s'exprime dans les indicateurs utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour rendre compte de ce que les SAD réussissent, ou ne réussissent pas. En adoptant ces deux angles d'analyse, nous tentons de dégager quelques pistes pour accentuer ce virage, depuis longtemps annoncé, qui ferait du domicile le lieu à partir duquel serait pensée l'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie.

Abstract

In May of 2012, three Quebec government departments announced a new policy, Aging and Living Together, intended largely to “improve support to seniors at home and in the community.” Despite the announced increase in credits for home support services (HSS), there are grounds for wondering whether this interdepartmental policy will actually promote support to seniors, in their own living environment, more than previous policies in the health and social services sector. In this article, we will concentrate on one weakness of these previous policies, namely the difficulty of endowing HSS with an intrinsic value to rival that enjoyed by health care and hospitals. We will start by demonstrating that the increase in expenditures on HSS over the years has in large part been used to provide home care services that were previously delivered in hospital, thus reducing the capacity for offering long-term home support services, at the required level of intensity, to seniors who wish to grow old at home. We will then show that this prioritization of post-hospital care is expressed in the indicators used by the Department of Health and Social Services to report on the success – or lack thereof – of home support

services. By analyzing HSS from these two angles, we will attempt to identify steps that can be taken to reinforce this long-heralded change in direction toward making the home the focal point in thinking about the way we design services for seniors who face the loss of some of their independence.

Au printemps 2011, le premier ministre du Québec annonçait un budget additionnel récurrent de l'ordre de 200 millions de dollars par année pour financer un « nouveau plan de services intégrés pour les personnes âgées ». Il signalait également que « l'action gouvernementale [allait] s'enrichir sous peu d'une nouvelle politique gouvernementale, *Vieillir chez soi* » (Premier ministre du Québec, 3 mars 2011). Cette politique intersectorielle, renommée *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec* est lancée en mai 2012 (Québec, 2012a). Elle vise à 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.

Cette « première politique gouvernementale sur le vieillissement » (Québec, 2012a, p. 43) engage la responsabilité de l'ensemble du gouvernement du Québec en conjuguant des mesures qui touchent différents secteurs comme le transport, la sécurité publique, la fiscalité, l'aménagement des édifices et celui des lieux publics. *Vieillir et vivre ensemble* 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 vers le domicile grâce auquel les aînés en perte d'autonomie pourraient recevoir chez eux l'essentiel des services de courte et de longue durées que leur situation requiert. Au Québec, en effet, la pensée gouvernementale sur les services sociaux et de santé aux aînés évoque, depuis plus de 30 ans, des « virages à prendre », des « changements à effectuer », des « modifications des façons de faire » et, plus récemment, des « innovations ». Pourtant, les services à domicile (SAD) devant permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles ont été et continuent d'être qualifiés de « parent pauvre du système » parce qu'ils ne couvrent qu'une faible partie de leurs besoins (Confédération des syndicats nationaux (CSN), 2009; Hébert, 2009; Pelletier, 1991). La politique *Vieillir et vivre ensemble* saura-t-elle soutenir ce « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2001, p. 1) tant annoncé?

Cette dernière question se pose aussi à l'échelle du Canada. Au sens de la *Loi canadienne de la santé*, les SAD sont des services complémentaires de santé et, de ce fait, ne sont pas assurés en vertu de cette loi. En conséquence, l'offre de SAD est lacunaire et varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Cette situation a été dénoncée tant par des universitaires (Aronson, Denton & Zetytinoglu, 2004; Aronson & Neysmith, 1997; Coyte, 2000) que par la Commission Romanow (2002) et le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Kirby, 2002).

L'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé sur la santé* et le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004 qui en a découlé, ont cherché à corriger la situation. Les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont en effet engagés à payer entièrement une certaine gamme de soins actifs et de soins de fin de vie, dispensés à domicile, pendant une période limitée (Santé Canada, 2004). Dans son bilan de cet accord, le Comité sénatorial permanent des affaires

sociales, des sciences et de la technologie (Ogilvie, 2012) conclut à une augmentation du nombre de services dispensés et de personnes desservies à domicile. Le Conseil canadien de la santé (CCS) (2012) signale toutefois qu'en mettant l'accent sur les soins actifs « [...] l'accord ne tient pas compte des défis qui se posent maintenant aux aînés qui ont besoin de soins à domicile de longue durée » (p. 7). Cette situation prévaut aussi au Québec, comme nous le verrons ci-dessous.

Dans cet article, nous attirerons l'attention sur ce que le gouvernement du Québec a fait, au cours des dernières décennies, pour soutenir ce projet d'offrir aux aînés en perte d'autonomie la possibilité de vieillir chez eux. Ce faisant, nous soutiendrons que ces efforts n'ont pas suffi à doter les SAD d'une valeur intrinsèque en mesure de rivaliser avec celle dont bénéficient les services médico-hospitaliers. Encore aujourd'hui, malgré les discours officiels sur la primauté du domicile et des services de première ligne, l'hôpital demeure le centre de gravité du système sociosanitaire québécois, l'organisation autour de laquelle et à partir de laquelle est pensée l'offre de services.

Nous montrerons d'abord que la hausse des dépenses pour les SAD observée au fil des ans a en bonne partie servi à offrir à domicile des soins dispensés jusque là à l'hôpital. Cette augmentation du nombre d'usagers requérant des soins à domicile après un épisode hospitalier a réduit la capacité des SAD d'offrir du soutien à long terme, selon l'intensité requise, aux personnes âgées en perte d'autonomie souhaitant vieillir chez elles. Nous soutiendrons ensuite que cette priorité accordée à la prise en charge des patients après un séjour hospitalier s'exprime dans les indicateurs utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En suivant ces deux voies d'analyse, nous cherchons à mieux saisir la façon dont les autorités du MSSS ont, en proposant de transformer un système sociosanitaire qu'elles jugeaient mal adapté au vieillissement de la population, défini la place des SAD et de l'hôpital dans ce système. Ce faisant, nous voulons dégager certains éléments à considérer pour accentuer le virage, depuis longtemps annoncé mais encore à peine amorcé, grâce auquel le domicile deviendrait le lieu à partir duquel serait pensée l'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie.

Cet article puise à des sources d'information diverses : énoncés de politiques, statistiques, rapports de recherche ou d'évaluation et articles scientifiques. Nous nous sommes également appuyés sur le matériel colligé aux fins d'une recherche que nous menons sur les réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie.¹

¹ Cette recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada a débuté à l'automne 2007. Elle a donné lieu à une vaste collecte de matériaux sur la mise en œuvre des réseaux intégrés de services aux personnes âgées (RSIPA) dans trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) répartis dans autant de régions administratives du Québec. En plus d'une analyse documentaire, plusieurs entrevues ont été réalisées de l'automne 2008 à l'automne 2011, dont 34 avec des dirigeants et des gestionnaires de CSSS et des représentants des agences régionales. Outre les auteurs de l'article, l'équipe de chercheurs était composée de Lucie Bonin, Yves Couturier et André Tourigny. Nous tenons à les remercier pour leur contribution à la réflexion avancée ici ainsi que pour leurs commentaires judicieux sur le contenu et la forme du présent texte.

Un budget croissant, mais partagé entre le soutien à domicile et le « soutien à l'hôpital »

Retracer l'évolution des ressources investies par les pouvoirs publics pour augmenter les possibilités qu'ont les aînés en perte d'autonomie de demeurer à leur domicile est un exercice ardu tant les données sont éparées et les définitions mouvantes. Ainsi, plus souvent qu'autrement, les statistiques sur les SAD ne distinguent pas la clientèle âgée des autres clientèles. En outre, la notion même de domicile a évolué, les ressources intermédiaires ou de type familial, auparavant associés à l'hébergement, étant dorénavant considérées comme un domicile à part entière (MSSS, 2003). Néanmoins, les différentes sources indiquent clairement que les dépenses publiques en SAD, minimes jusqu'au milieu des années 1970 tant au Québec (Zay, 1984) qu'ailleurs au Canada (Soderstrom, 1978), ont augmenté de façon substantielle au cours des dernières décennies.

Depuis les années 1970, un double défi n'a cessé d'alimenter les énoncés ministériels portant sur les SAD ou les services aux personnes âgées (Ministère des Affaires sociales (MAS), 1979, 1985; MSSS, 1990, 1994, 2003, 2005)² : (1) accroître la qualité de vie de nombreuses personnes en leur permettant de demeurer plus longtemps à domicile et, (2) favoriser une « utilisation plus modérée et plus efficace des ressources hospitalières » (MAS, 1979, p. 10).

D'entrée de jeu, les SAD furent divisés en deux grandes catégories : les soins à domicile (soins infirmiers occasionnels ou réguliers) et l'aide à domicile (aide matérielle ou physique dans l'accomplissement de certaines activités quotidiennes comme la préparation des repas, le lavage et le ménage) (MAS, 1980, p. 13). Au tournant des années 1980, c'est à la deuxième catégorie de services que les autorités ministérielles entendent consacrer la majeure partie de « la croissance des services à domicile » (MAS, 1979, p. 24). Cette croissance sera toutefois modeste. Les SAD sont en effet confiés aux centres locaux de services communautaires (CLSC), dont le déploiement doit composer avec l'ambiguïté du Ministère quant au lieu de prestation des services de première ligne. À ce sujet, Gaumer et Desrosiers (2004) mentionnent qu'au tournant des années 1970, la principale mesure qu'a adoptée le ministère des Affaires sociales pour maîtriser l'augmentation des coûts liés aux hospitalisations a consisté à « renforcer les services hospitaliers externes par un investissement massif, concourant ainsi, contrairement au discours officiel, à renforcer leur place dans les soins de première ligne » (p. 55). Ce n'est qu'en 1981 que le MAS en viendra « à poser des gestes de confiance à l'endroit des CLSC et à leur confier des mandats et des responsabilités précises en matière de distribution des services » (p. 58).

Malgré cette décision, les SAD représenteront moins de 2% de l'ensemble du coût des services aux personnes âgées dans les années 1980 (MAS, 1985). Confrontés depuis leur origine à une demande dépassant leur capacité à y répondre, la plupart des CLSC ont choisi de dispenser à plusieurs usagers un nombre limité de services pendant une courte période plutôt que d'offrir des services de longue durée à un plus petit nombre de personnes (Joubert, Laberge, Fortin, Paradis & Desbiens, 1991; Pelletier, 1991). Ce choix contraint a nui à la reconnaissance de l'utilité des SAD. Sur ce point, Roy (1994) rappelle

² Le ministère des Affaires sociales (MAS) est devenu le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 1985.

qu'au début des années 1980, les autorités ministérielles ont éprouvé des difficultés à convaincre le conseil du Trésor d'accroître le financement des SAD, la seule étude à ce sujet (Béland, 1982) concluant que ces services n'avaient pas d'impact sur le désir des personnes âgées d'être hébergées.

Il faut attendre 1986, à la faveur d'un ensemble de mesures visant à désengorger les urgences des hôpitaux, pour que le MSSS investisse dans la mise sur pied d'un programme de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) (Demers & Lemieux, 1999). L'évaluation de ce programme conclut que SIMAD rend possible, dans des conditions sécuritaires, le vieillissement chez soi des aînés présentant des besoins importants et continus (Joubert et al., 1991). Toutefois, hors de ce programme, les SAD continuent généralement de s'inscrire dans une perspective de court terme et de faible intensité. Ce constat amène le Groupe d'experts sur les personnes âgées, créé en 1990 à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, à affirmer que les orientations prises jusqu'alors font en sorte que, dans l'ensemble, les SAD « contribuent [...] peu à permettre aux aînés de continuer à vivre au sein de leur communauté et de compenser adéquatement leurs incapacités » (Pelletier, 1991, p. 60). Pour ces experts, le développement des SAD a été surtout pensé « en fonction des besoins du réseau sociosanitaire » (p. 60) :

[...] les efforts privilégiés jusqu'à ce jour ont davantage été axés sur la résolution de problèmes à grande visibilité et donc fortement médiatisés : engorgement des urgences, durée de séjour en milieu hospitalier, allongement des listes d'attente pour accéder à des ressources d'hébergement, etc., que sur les besoins quotidiens des aînés. (Pelletier, 1991, p. 63)

Parmi les lacunes qu'il observe, le Groupe d'experts qualifie de « particulièrement criantes » celles qui se rapportent à l'aide à domicile de longue durée. Il estime que la réponse apportée jusque là aux besoins des personnes âgées correspond davantage à une approche « médico-hospitalière » dont l'effet est de concentrer la majeure partie des investissements dans le secteur institutionnel (hôpitaux, hébergement), au détriment du soutien à domicile :

[...] les services sociosanitaires destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie doivent pourtant avoir pour priorité de répondre aux besoins les plus courants et les plus fondamentaux de cette population, c'est-à-dire dans la plupart des cas des besoins d'aide et d'assistance pour l'hygiène personnelle, la mobilité, les repas; du soutien pour l'entretien ménager, les travaux lourds, le magasinage, etc. (Pelletier, 1991, p. 63)

Dix ans après la parution de la première politique sur les services à domicile (MAS, 1979), les autorités du MSSS admettent sans ambages que les SAD offerts aux personnes âgées sont nettement insuffisants : en 1989-1990 leur budget est de 88,6 millions de dollars, bien en-deçà des 254 millions requis pour que tous les aînés « dont les besoins ne justifient pas, en vertu des normes en vigueur, l'admission en milieu institutionnel d'hébergement et de soins de longue durée » soient assurés d'obtenir l'aide nécessaire pour poursuivre leur vie à domicile (MSSS, 1990, p. 26-27). Plus encore, on estime à 735 millions de dollars les budgets nécessaires « pour graduer l'intensité des services à domicile requis pour les personnes âgées en fonction de leur degré d'incapacité » (MSSS, 1990, p. 25). Cette insuffisance des SAD est accentuée par la réduction du nombre de

places en CHSLD. Entre 1984-1985 et 1994-1995, le nombre de personnes âgées hébergées est en effet passé de 42 441 à 41 185, pour un taux d'hébergement respectif de 6,8% et de 4,8% (MSSS, 1997).

À partir du milieu des années 1990, les dépenses en SAD augmentent considérablement³ sans toutefois que l'on sache précisément quelle part de ces augmentations va aux personnes âgées en perte d'autonomie (Conseil des aînés, 2007). Il faut par ailleurs noter que le virage ambulatoire⁴ effectué dans la deuxième moitié des années 1990 contribue à « augmenter considérablement la clientèle des services à domicile de courte durée, celle-ci représentant près de 30% du total » (MSSS, 2003, p. 2). Quelques années plus tard, le Conseil des aînés tire la conclusion suivante : « une grande part de cette augmentation [des dépenses gouvernementales en SAD entre 1994 et 2004] est attribuée au virage ambulatoire, pour des soins postchirurgicaux qui relèvent du secteur de la courte durée » (Conseil des aînés, 2007, p. 25).

Au fil des ans, l'offre de SAD s'est donc considérablement transformée. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la part des dépenses consacrée au « soutien à domicile » a diminué au profit de celle consacrée aux « soins de santé à domicile. »⁵ Au Québec, en 1995-1996, les dépenses par habitant pour les SAD se répartissaient comme suit : 25,09\$ (60,1%) pour le soutien à domicile et 16,63\$ (39,9%) pour les soins de santé à domicile. Huit ans plus tard, en 2003-2004, cette répartition était inversée : 31,79\$ (40,2%) pour le soutien à domicile et 47,14\$ (59,7%) pour les soins de santé.⁶ Ce déplacement vers les soins de santé à domicile s'effectue en même temps que le nombre d'aînés hébergés diminue. De 36 230 en 2004 (MSSS, 2005), ce nombre est passé à 34 887 en 2008 (Choinière, 2010), accroissant du même coup le nombre d'aînés à domicile qui requièrent des services de soutien.

Des études récentes menées dans plusieurs régions du Québec pour documenter les effets de la réforme du système sociosanitaire lancée en 2004 sur l'offre de services aux personnes âgées mettent également en lumière la place réduite qu'occupent les SAD qui ne sont pas directement rattachés à un épisode hospitalier. Ainsi, Bourque, Lachapelle, Savard, Tremblay & Maltais (2010) font état du « constat unanime » qui se dégage des entrevues menées auprès d'intervenants et de gestionnaires travaillant dans des CSSS et des organismes communautaires.

Alors que les défis sont du côté de la prévention et du maintien dans le milieu naturel, donc en amont des services intra institutionnels, le constat unanime c'est que les ressources sont allouées à la mission hospitalière, en aval des besoins. Le choix de faire une réforme à coûts nuls ne permet pas

³ Entre 1994-1995 et 2007-2008, le financement public des services à domicile triple, passant de 300 à 900 millions de dollars (Choinière, 2010). En 2003-2004, la part des dépenses publiques de santé consacrée aux SAD s'élevait à environ 4% au Québec et à 4,2% au Canada (Institut canadien d'information sur la Santé (ICIS), 2007, p. 12). Quant aux dépenses en SAD par habitant, elles ont, entre 1994-1995 et 2003-2004, augmenté annuellement de 7,3% au Québec, contre 6,2% au Canada (ICIS, 2007, p. 11).

⁴ C'est-à-dire à la réduction des durées de séjour à l'hôpital, notamment par un recours accru à la chirurgie et à la médecine d'un jour.

⁵ L'ICIS classe dans la catégorie « soutien à domicile » les soins personnels, les tâches ménagères, les repas, les courses, et les soins de répit, et dans la catégorie « soins de santé à domicile » les soins infirmiers et les services de santé (ICIS, 2007).

⁶ Pendant cette période, la hausse moyenne annuelle des soins de santé à domicile atteint 11,4% au Québec, contre 5,5% pour l'ensemble du Canada. Celle du soutien à domicile n'atteint pour sa part que 2,5%, contre 2,7% pour l'ensemble du Canada (ICIS, 2007).

d'améliorer la réponse aux besoins en milieu naturel. C'est ce qui grève le plus lourdement la concrétisation de la visée d'une amélioration de la qualité des services à la population en PALV [perte d'autonomie liée au vieillissement]. (Bourque et al., 2010, p. 128)

Les auteurs concluent que « la dimension hospitalière et médicale » exerce un « poids déterminant » sur les orientations (Bourque et al., p. 125), ce que traduit avec force ce témoignage d'un gestionnaire : « La compréhension du CSSS [...], c'est que le maintien à domicile doit être au service de l'hôpital » (p. 75).

Les propos collectés lors d'un projet de recherche en cours sur les réseaux de services intégrés aux personnes âgées vont dans le même sens. Carrier (2010) souligne ainsi que « la gestion de cas est souvent utilisée comme une ressource servant à libérer des lits de courte durée [et que] l'intégration des services a contribué à recentrer les priorités de la gestion de cas vers les besoins des hôpitaux » (p. 303). Cette prédominance s'exprime tant dans les propos des intervenants que dans ceux des gestionnaires.

Nous, dès qu'un client entre à l'hôpital, tu es au garde-à-vous. Il faut être prêt à intervenir s'il se passe quelque chose. (Intervenant, CSSS-C)

Ici, essentiellement, on n'a plus l'impression de faire vraiment du soutien à domicile; on a l'impression de faire du soutien à l'hôpital. Parce qu'on voit une clientèle de désengorgement des hôpitaux [...]. Fait qu'on a vraiment l'impression de faire du soutien au désengorgement. (Intervenant, CSSS-B)

On devrait avoir une reddition de compte [...] par intégration des services. [...] Mais, ce n'est pas ça, au moment où on se parle. [...] Le Ministère dans ça...ni vu ni connu. À part le Ministre qui débarque une fois de temps en temps pour qu'on vide les hôpitaux. (Gestionnaire, CSSS-C)

Ce bref survol du développement des SAD au Québec révèle que leur budget s'est accru, surtout depuis une quinzaine d'années. Il demeure toutefois difficile d'estimer la part de ce budget consacrée aux services aux personnes âgées et, dans celle-ci, la part qui revient au soutien à domicile. La hausse des dépenses en SAD a servi à dispenser à domicile certains services auparavant offerts dans les hôpitaux et dans les centres d'hébergement. Selon une étude récente, ce déplacement du lieu de prestation des services s'est toutefois poursuivi en l'absence de réallocations budgétaires notables des services de deuxième ligne vers ceux de première ligne, réallocations que la dernière réforme devait favoriser en regroupant dans une même entité des établissements de missions différentes et en instaurant des réseaux locaux de services (MSSS, 2010).

C'est donc sur le front d'une utilisation plus adéquate des services des hôpitaux et des CHSLD, plus que sur celui d'une offre de services de soutien de longue durée destinés à accroître la qualité de vie des personnes vivant à domicile, que s'est négocié le financement des SAD et que se sont consolidées les attentes à leur endroit. Dans la section suivante, nous approfondirons cette piste en examinant les données et les indicateurs qui viennent étayer le récit que les autorités ministérielles construisent autour de l'offre de services aux personnes âgées.

Des indicateurs qui mesurent mal la contribution des services de soutien à domicile

La double voie sur laquelle la première politique parue en 1979 a aiguillé les services à domicile se manifeste dans la formulation même des indicateurs retenus pour mesurer les résultats attendus du développement des SAD, soit : (a) une augmentation du nombre de personnes âgées vivant à domicile dans des conditions qu'elles jugent satisfaisantes et (b) une diminution du taux de fréquentation des hôpitaux, mesuré par les taux d'admission et de réadmission des aînés et par la durée de leur séjour (MAS, 1979).

Les politiques sur les SAD ou sur les personnes âgées publiées par la suite sont demeurées muettes sur le premier type d'indicateurs. Ce sont surtout les données sur la fréquentation hospitalière et l'hébergement qui y figureront de façon récurrente : journées d'hospitalisation et durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de courte durée attribuables aux personnes âgées comparativement aux personnes de moins de 65 ans; coût moyen *per capita* des services de santé reçus par les aînés comparativement à ceux destinés aux moins de 65 ans; taux d'hébergement, etc. Ce que les services de soutien à domicile réussissent, ou non, quant à l'accroissement des possibilités qu'ont les aînés en perte d'autonomie de poursuivre leur vie chez eux dans des conditions qui leur conviennent ainsi qu'à leurs proches, demeure apparemment encore peu connu du Ministère.

Plusieurs mécanismes ont pourtant été instaurés dans le but de « mesurer et qualifier les effets de la réponse offerte aux personnes âgées en perte d'autonomie » (MSSS, 2001, p. 45). Ainsi, au moment où il se fait le protagoniste des réseaux de services intégrés aux personnes âgées, le MSSS prévoit mettre au point des indicateurs qui devront être « utilisés en complémentarité les uns avec les autres [...] de manière à offrir une lecture d'ensemble du système » (MSSS, 2001, p. 45).

Conformément à l'esprit de la réforme lancée en 2004 et de la nouvelle gestion publique selon laquelle « ce sont les résultats qui comptent », des ententes de gestion dotées d'indicateurs lient les établissements à leur agence régionale de la santé et des services sociaux et celle-ci au MSSS. Pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, les indicateurs visant les services aux usagers se limitent cependant au nombre de personnes desservies à domicile et au nombre moyen d'interventions par année et par personne (Nguyen, Gendron & Bordeleau, 2007).

Dans la même foulée, les objectifs du *Plan d'action 2005-2010* sur les services aux aînés en perte d'autonomie sont assortis d'indicateurs spécifiques qui visent à en assurer un « suivi rigoureux » (MSSS, 2005). Alors que pour les SAD, les indicateurs se limitent au nombre de personnes recevant des services et au nombre d'interventions par personne, c'est à partir d'indicateurs de fréquentation hospitalière que le MSSS entend assurer le suivi des objectifs liés aux réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) : durée de séjour à l'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus, nombre de visites à l'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus, et nombre de lits de courte durée occupés par des personnes en attente d'une place en CHSLD (MSSS, 2005).

Le choix des indicateurs n'est pas sans conséquence sur la mise en valeur des services à domicile – et, plus largement, sur celle des services de première ligne – dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie. À ce propos, plusieurs gestionnaires

interviewés dans le cadre de notre recherche sur l'intégration des services aux personnes âgées ont signalé que les indicateurs utilisés dans les ententes de gestion ne parviennent pas à montrer adéquatement ce que réussissent les SAD. Pour certains, ces indicateurs disent bien peu. À leurs yeux, ils s'avèrent également tout à fait inadéquats pour rendre compte de leur « valeur ajoutée » pour les usagers en plus de traduire une vision réductrice des services qui va à l'encontre du projet même d'offrir des services intégrés.

[...] L'intégration des services c'est aussi le client à la bonne place [...] et ça on ne mesure pas ça si le client est à la bonne place. [...] C'est aussi la satisfaction de la clientèle... et on ne mesure pas ça ou on ne le fait pas assez. C'est aussi le fardeau sur les aidants naturels, on ne mesure pas ça. (Gestionnaire, CSSS-A)

Moi, j'ai beaucoup de réticence avec les indicateurs qui sont un indicateur, mais non un usager. [...] Il y a des besoins qui sont requis qu'on essaie de satisfaire le plus possible. [...] On n'a pas trouvé d'indicateurs de réseaux... [...] assurer la coordination d'un cas, c'est beaucoup plus long que donner des services à quelqu'un. [...] Aucune considération... ce qui fait qu'on n'est pas performant. Plus on fait de la gestion de cas, moins on est performant. Joyeux dilemme, hein, pour notre reddition de comptes. (Gestionnaire, CSSS-B)

Selon certains de nos informateurs, non seulement les indicateurs ne mesurent pas la façon dont les SAD contribuent au vieillir chez soi dans des conditions que les aînés jugent satisfaisantes mais, de surcroît, ils s'avèrent inadéquats pour mettre en lumière l'apport des SAD au bon fonctionnement du système sociosanitaire et, en particulier, de celui des hôpitaux.

[...] quand la directrice du soutien à domicile chez nous, elle rencontre ses équipes, et [...] qu'on a sorti... admettons 14-15 personnes par période [de 28 jours] de l'hôpital quatre jours plus vite qu'on le faisait avant. Ça, il n'y a pas de données là-dessus qui sont produites, on n'en produit pas parce que ce n'est pas dans les ententes de gestion. [...] Je pense que le ministère actuellement a un petit peu de misère à développer des indicateurs de réseautage. [...] Ce qui est le plus facile, c'est de mesurer du volume. (Gestionnaire, CSSS-C)

Le ministre [...] est venu nous visiter vendredi et nous disait « l'urgence fonctionne bien en soi, [elle] est bien organisée et les séjours ne sont pas trop longs ». [...] Dans les cibles qu'on atteint au soutien à domicile pour les personnes âgées, on ne mesure pas par exemple tout ce qu'on fait pour le post-hosp[italisation] et le post-chirurgical à domicile... ce qui permet de dire, encore là : « On produit beaucoup en chirurgie ». Mais c'est parce que c'est nous autres qui les ramassent à domicile ! [...] Le désengorgement [...] des hôpitaux, dû à ça, on ne mesure pas ça. (Gestionnaire, CSSS-A)

Dès la fin des années 1970, les autorités ministérielles ont souhaité que les services à domicile contribuent à permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de poursuivre leur vie chez elles dans des conditions qu'elles jugent satisfaisantes (MSSS, 1979).

Toutefois, encore aujourd'hui, aucun indicateur ne permet d'objectiver la contribution des SAD à l'atteinte de cet objectif. La « réalité » des services à domicile demeure opaque, diffuse, imprécise.

Discussion

Depuis au moins trois décennies, les SAD n'ont cessé d'être présentés comme la voie qui permet à la fois de procurer une meilleure qualité de vie aux aînés en perte d'autonomie et de favoriser une 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 efficacité du système sociosanitaire en déplaçant vers le domicile des services offerts jusque là dans un « environnement coûteux ». Aussi, le développement des SAD est-il resté tributaire de l'évolution de l'organisation des services hospitaliers. Ce n'est pas tant l'instauration d'une « spécialité » distincte que présente le récit des services à domicile produit par les autorités ministérielles que le fait que ces services déchargent les hôpitaux de soins qui ne requièrent pas leur plateau technique.

Bien que l'interdépendance des services de courte et de longue durées ait été avancée dans les *Orientations ministérielles* de 2001, et réaffirmée dans la politique *Chez soi, le premier choix* (2003) et le *Plan d'action 2005-2010*, elle sert avant tout à signaler que « la faiblesse des services de longue durée se traduit toujours par des coûts importants pour les services de santé (recours à l'urgence, aux services médicaux et à l'hospitalisation) » (MSSS, 2005, p. 29). Certes, on pourra argumenter qu'en mettant les SAD à contribution dans la quête d'une plus grande efficacité, la visée première – celle d'améliorer la qualité de vie des aînés en perte d'autonomie – est respectée, puisque les sommes économisées en déléguant aux SAD des interventions auparavant effectuées à l'hôpital pourront être réinvesties dans des services de longue durée à domicile. Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut, l'évaluation récente des réseaux locaux de services révèle que les réallocations de la deuxième ligne vers la première sont pratiquement inexistantes.

Le mode de légitimation des SAD adopté par les autorités ministérielles a plus d'effet qu'il n'y paraît à première vue. La production et l'entretien d'un discours de légitimation sont, comme l'a avancé le sociologue Pierre Bourdieu (1980), de toute première importance dans la constitution d'un champ donné comme, ici, le champ sociosanitaire. Ce qui est en jeu n'est rien de moins que « le maintien ou le changement de l'ordre existant, c'est-à-dire le maintien ou la subversion des rapports de force. [...] [L]es rapports de force réels sont indissociables de l'activité symbolique de légitimation qui consiste à décrire et nommer la réalité » (Accardo, 2006, p. 97). C'est donc dire qu'à l'intérieur d'un champ donné s'exerce un travail incessant de production de capital symbolique, c'est-à-dire de « l'*autorité* que confère [...] la reconnaissance par les autres de l'éminente valeur de ses propriétés, que celles-ci soient réelles ou imaginaires » (p. 101; italiques dans le texte).

Dans le champ sociosanitaire, le travail de légitimation des SAD entrepris par les autorités ministérielles laisse pour ainsi dire indiscutée la position dominante des services hospitaliers. Privés à la fois du financement requis pour offrir aux aînés en perte d'autonomie l'aide qui leur permettrait de poursuivre leur vie à domicile et d'indicateurs

pertinents pour rendre compte de leurs réalisations, les SAD n'ont pu acquérir un capital symbolique en mesure de concurrencer celui que détiennent les services hospitaliers et les acteurs qui les dispensent.

Cette interprétation vaut pour le Canada dans son ensemble : « In political debates about funding, its [home support] claims to enhance people's well-being and social participation are readily eclipsed by the more powerful and visible claims of scientific medicine and the hospital sector » (Aronson, Denton & Zetytinoglu, 2004, p. 112). Dans la même veine, le Conseil canadien de la santé note que « beaucoup d'aînés aux problèmes de santé complexes ne reçoivent pas les soins à domicile dont ils ont besoin [et qu'] « il n'existe pas de statistiques sur les aînés qui ont besoin de tels soins, mais n'en bénéficient pas (CCS, 2012, p. 6).

L'écart entre le capital symbolique des SAD et celui des services hospitaliers n'est pas sans lien avec des politiques publiques antérieures. Au Canada, le programme fédéral de subvention à la construction et à la rénovation des hôpitaux lancé en 1948 et l'instauration ultérieure des programmes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation puis d'assurance-maladie ont nourri une expansion considérable des hôpitaux (Soderstrom, 1978). Au Québec, la gratuité de leurs services y attire une clientèle qui y reçoit non seulement des services spécialisés, mais aussi des services de première ligne, dispensés en consultation externe ou à l'urgence (Desrosiers & Gaumer, 1987). Plusieurs milliers de personnes âgées sont ainsi hébergées « gratuitement » dans les unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux et dans des hôpitaux de soins de longue durée (Martin, 1970; Soderstrom, 1978).

Plus récemment, le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (Santé Canada, 2004) a permis d'accroître le financement des services à domicile dans l'ensemble des provinces canadiennes. Selon le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, l'accent mis sur les soins actifs témoigne toutefois d'une « perspective étroite des soins à domicile » puisqu'elle ne comporte pas de mesures visant à « à garantir l'accès à un large éventail de services considérés comme importants [...], par exemple en matière de prévention de maladies, de promotion de la santé, de maintien à domicile, de suivi auprès des patients et d'appui aux aidants naturels » (Ogilvie, 2012, p. 35). Cet accent sur les soins actifs a aussi eu pour conséquence une réduction de l'offre de soins de longue durée pour les personnes âgées ainsi qu'un transfert aux aînés et à leur famille du coût des médicaments et des fournitures médicales pris en charge jusque là par les hôpitaux (p. 33).

La prééminence des hôpitaux dans le champ sociosanitaire s'est donc érigée sur l'assise de politiques publiques successives. Elle s'est aussi nourrie de l'immense « crédit » – à la fois « croyance » et « confiance accordée à l'avance » (Accardo, 2006, p. 101) – qui leur est consenti, celui des « victoires sur la mort ». Ce capital symbolique tranche fortement avec celui des services à domicile dont, encore aujourd'hui, peu de « victoires » sont connues et reconnues.

Tant au Québec que dans l'ensemble du Canada, l'accroissement du capital symbolique des SAD apparaît pourtant essentiel pour que se multiplient les possibilités de chacune et de chacun de vieillir dans des conditions qui lui assurent une continuité avec sa vie passée, comme le demandait déjà le Groupe d'experts sur les personnes âgées en 1991. Cependant, force est de constater qu'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 que « [t]ous les intervenants des services de santé et des services sociaux [...] contribue[nt] à l'objectif de soutien à domicile » (MSSS, 2003, p. 5).

Conclusion

Au fil des ans, les diverses tentatives pour adapter le système sociosanitaire québécois au vieillissement de la population ressemblent davantage à des innovations de croissance qu'à des innovations de rupture ou de mutation, pour reprendre la distinction proposée par Remy (1996) (Remy, Voyé & Servais, 1978). Alors que les premières « permett[ent] au système d'évoluer tout en restant fidèle à ses orientations de base, » seules les secondes « introduis[ent] une transformation de ces orientations avec une modification du rapport social d'où découle une transformation des priorités » (Remy et al., 1978, p. 279). En matière de services à domicile, il est actuellement difficile de voir dans les « modifications en profondeur, » les « changements de cap » et les inventions conceptuelles autre chose que la trajectoire d'une logique existante qui, tout en se renouvelant, continue pourtant de se reproduire.

Que peut-on attendre de la mise en œuvre de la politique *Vieillir et vivre ensemble* à cet égard? D'une part, il est légitime d'espérer que la perspective globale du vieillissement qui inspire cette politique se concrétisera par des actions plus efficaces pour promouvoir la santé, prévenir la perte d'autonomie chez les aînés et soutenir leurs proches aidants, contribuant ainsi à revaloriser les services dispensés dans la communauté. Par contre, cette politique apparaît plutôt timide en matière de soutien à domicile des aînés en perte d'autonomie. Des critiques ont souligné d'emblée « la faiblesse de l'engagement du gouvernement en ce qui a trait aux services de soutien à domicile » (CSN, 2012) et la persistance des investissements « dans la solution institutionnelle qui restera à terme largement prédominante » (Hébert, 2012a).

C'est en vue de sortir de cette ornière que des chercheurs ont récemment proposé de créer un régime d'assurance public universel couvrant les soins de longue durée, dont les services de soutien à domicile (Grignon & Bernier, 2012; Hébert, 2012b). Selon eux, un tel régime aurait notamment pour avantages d'améliorer l'accès aux services de soutien à domicile, d'assurer l'équité d'accès à ces services d'une région à l'autre et d'offrir davantage d'options aux aînés en perte d'autonomie tout en réduisant l'incitation financière qu'ils ont actuellement à se faire admettre à l'hôpital ou en centre d'hébergement.

À l'automne 2012, la nomination au poste de ministre de la Santé et des Services sociaux de l'un de ces chercheurs, le gériatre Réjean Hébert⁷, a contribué à ce que le gouvernement du Québec s'engage à instaurer un régime d'assurance autonomie et à rehausser l'offre de services à domicile aux personnes en perte d'autonomie. Ce double engagement a été réitéré en novembre 2012 dans le discours du budget. Le ministre des Finances et de l'Économie y a notamment annoncé une hausse de 110 M\$ des sommes allouées en 2013-2014 aux soins à domicile (Québec, 2012b). Au début de l'année 2013⁸, les modalités de mise en œuvre de ce double engagement demeurent en grande partie inconnues, ainsi que leurs effets sur les règles d'organisation et de financement du

⁷ Cette nomination fait suite aux élections provinciales du 4 septembre 2012. Celles-ci ont conduit à la formation d'un gouvernement minoritaire du Parti québécois.

⁸ La version finale de cet article fut soumise en janvier 2013.

système sociosanitaire québécois. Il est donc prématuré de conclure que les SAD acquerront de ce fait un capital symbolique pouvant concurrencer celui que détiennent les services hospitaliers.

Qu'ils empruntent ou pas la voie de l'assurance autonomie, le Québec et les autres gouvernements au Canada devront continuer de s'interroger sur les meilleurs moyens de concrétiser le souhait de leurs aînés de poursuivre leur vie en sécurité chez eux. Augmenter les crédits alloués au soutien à domicile et renforcer l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie comptent parmi ces moyens. Notre analyse a aussi montré qu'il importe d'élaborer des indicateurs qui rendent mieux compte des succès des services de soutien à domicile. Les politiques publiques auront en effet d'autant plus de chances de réussir ce virage tant annoncé vers le domicile qu'elles auront favorisé les discussions sur la nature même des « résultats qui comptent » pour les aînés. Ce qui est en jeu, nous semble-t-il, est un travail de production et d'entretien d'un récit qui reconnaît une valeur intrinsèque au soutien à domicile, à distance des critères d'efficacité hospitalière.

Références

- Accardo, A. (2006). *Introduction à une sociologie critique. Lire Pierre Bourdieu*. Marseille : Agone.
- Aronson, J., & Neysmith, S. M. (1997). The Retreat of the State and Long-Term Care Provision: Implications for Frail Elderly People, Unpaid Family Carers and Paid Home Care Workers. *Studies in Political Economy*, 53, 37-66.
- Aronson, J., Denton, M., & Zeytinoglu, I. (2004). Market-Modelled Home Care in Ontario: Deteriorating Working Conditions and Dwindling Community Capacity. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, XXX (1), 111-125.
- Béland, F. (1982). *Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement de trois échantillons de personnes âgées du Québec*. Québec : Ministère des Affaires sociales.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., & Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Rapport de recherche. Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.
- Carrier, S. (2010). *Coordonner les services autour des personnes âgées en perte d'autonomie. Une analyse conventionnaliste*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Centre universitaire de formation en gérontologie.
- Choinière, R. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Consulté sur:
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_vieillessepop.pdf
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow). (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final. Consulté sur:
<http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>

- Confédération des syndicats nationaux. (2009). *Vieillir dans la dignité. Plateforme de revendications pour une vision sociale et positive du vieillissement*. Consulté sur: <http://www.csn.qc.ca>
- Confédération des syndicats nationaux. (2012). *Nouvelle politique Vieillir et vivre ensemble— Peu de nouveaux investissements, déplore la CSN*. Consulté sur: <http://www.csn.qc.ca/web/csn/communiqués-de-presse>
- Conseil des aînés. (2007). *Avis sur les milieux substituts pour les aînés en perte d'autonomie*, septembre.
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse. Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Consulté sur: http://healthcouncilcanada.ca/tree/HCC_HomeCare_FINAL_FR.pdf
- Coyte, P. C. (2000). *Home Care in Canada: Passing the Buck*. Université de Toronto. Consulté sur: <http://www.utoronto.ca/hpme/dhr/pdf/Coyte2.pdf>
- Demers, L., & Lemieux, V. (1999). La politique québécoise de désengorgement des urgences. *Administration publique du Canada*, 41(4), 501-528.
- Gamer, B., & Desrosiers G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *Ruptures*, 10 (1), 52-69.
- Grignon, M., & Bernier N.F. (2012). *Financing Long-Term Care in Canada, IRPP Study 33*. Montréal : Institute for Research on Public Policy / Institut de recherche en politiques publiques. Consulté sur: http://www.irpp.org/pubs/IRPPstudy/IRPP_Study_no33.pdf
- Hébert, R. (2009). De l'hospitalocentrisme vers les soins à domicile : une transition nécessaire. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 1, 10-11.
- Hébert, R. (2012a, 5 mai). Vieillir et vivre ensemble – Trop peu trop tard. *Le Devoir*, p. B5.
- Hébert, R. (2012b). L'assurance autonomie : Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Canadian Journal of Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 31 (1), 1-11.
- Institut canadien d'information sur la Santé. (2007). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*. Ottawa : ICIS
- Joubert, P., Laberge, A., Fortin, J.-P., Paradis M., & Desbiens, F. (1991). *Évaluation du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) : rapport final*. Centre hospitalier de l'Université Laval, Unité de recherche en santé communautaire.
- Kirby, M. (prés.), Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Consulté sur: <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/rep/repoc02vol6-f.htm>
- Martin, J.-M. (1970). *Pour une politique de la vieillesse*. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, annexe 17.
- Ministère des Affaires sociales. (1979). *Les services à domicile : politique du ministère des Affaires sociales*. Québec.
- Ministère des Affaires sociales. (1980). *Pour mieux vieillir au Québec : document de consultation sur une politique du 3^e âge*. Québec.

Mésestimée et méconnue, la contribution des services de soutien à domicile au vieillir chez soi

- Ministère des Affaires sociales. (1985). *Un nouvel âge à partager : politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *Les services à domicile de première ligne*. Cadre de référence. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). *Recueil des fiches statistiques rédigées dans le cadre du dossier « Bilan et perspectives pour le système sociosanitaire québécois. »* Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*. Québec.
- Nguyen, H., Gendron, Y. & Bordeleau, L. (2007). La reddition de comptes dans le système de santé : le modèle du Québec. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation* (pp. 317-337). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ogilvie, K. K. (prés.), Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2012). *Un changement transformateur s'impose. Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*. Consulté sur : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf>
- Pelletier, J. (prés.), Groupe d'experts sur les personnes âgées. (1991). *Vers un nouvel équilibre des âges. Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées*. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Premier ministre du Québec. (2011). *Le gouvernement du Québec annonce la mise en œuvre d'un plan de services intégrés pour nos aînés*. Communiqué de presse, 3 mars. Consulté sur: <http://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/communiques/2011/mars/2011-03-03.asp>
- Québec. (2012a). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Ministère de la Famille et des Aînés et ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté sur: <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/vieilliretvivreensemble/Pages/index.aspx>
- Québec. (2012b, 20 novembre). *Discours sur le budget. Budget 2013-2014*. Ministère des Finances et de l'Économie. Consulté sur: <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2013-2014/fr/documents/Discours.pdf>
- Remy, J., Voyé, L. & Servais, É. (1978). *Produire ou reproduire? Une sociologie de la vie quotidienne*. Bruxelles : Les Éditions Vie Ouvrière.
- Remy, J. (1996). La transaction, une méthode d'analyse : contribution à l'émergence d'un nouveau paradigme. *Environnement & Société*, 17, 9-31.
- Roy, J. (1994). L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État. *Service social*, 43 (1), 7-32.

- Santé Canada. (2004). *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*. Consulté sur: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>
- Soderstrom, L. (1978). *The Canadian Health System*. Londres: Crom Helm.
- Zay, N. (1984). Analyse critique des politiques et des institutions québécoises concernant les personnes âgées. *Sociologie et sociétés*, XVI (2), 105-118.