

# Prise de position collective sur la nouvelle politique de soutien à domicile

PRÉOCCUPATIONS ET RECOMMANDATIONS

La santé et la solidarité  
d'un quartier



## **REMERCIEMENTS**

La Clinique souhaite souligner la participation et l'apport du collectif communautaire ci-dessous à la rédaction du mémoire. Sans les échanges, les réflexions et la précieuse collaboration de ces alliés, cette prise de position ne serait pas aussi complète et rassembleuse. Merci de votre temps, de votre travail et de votre contribution si généreuse pour le droit à la santé. C'est notre engagement commun et notre solidarité qui alimentent notre lutte pour un bon vieillissement !

## **COLLECTIF COMMUNAUTAIRE**

Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles

Coalition pour le maintien dans la communauté

Coalition solidarité santé

Action-Gardien, Corporation de développement communautaire de Pointe-Saint-Charles

Solidarité Saint-Henri, Corporation de développement communautaire

Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal (ROPASOM)

Concertation Ville-Émard/Côte St-Paul

Table de concertation des ressources pour aînés de Verdun

## **RÉDACTION**

Roula Karaziwan, physiothérapeute au soutien à domicile

Ariane Carpentier, organisatrice communautaire

Laurence Charpentier, travailleuse sociale au soutien à domicile

Valérie Drouin, directrice des soins infirmiers et de santé physique

Amélie Dumais, infirmière au soutien à domicile

Martial Mainguy, directeur général de la Clinique

## **ÉDITION ET MISE EN PAGE**

Céline Bianchi

# Présentation de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme communautaire (établissement privé conventionné) doté d'un mandat de CLSC, tel que défini dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Sa mission est de promouvoir la pleine santé de la population de Pointe-Saint-Charles en offrant des services de santé et des services sociaux accessibles, de qualité et centrés sur la prévention, la défense des droits, l'engagement citoyen et l'inclusion. Au cœur de ses orientations repose une conviction profonde : la santé est un droit fondamental, collectif et non négociable.

## UNE APPROCHE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La Clinique adhère à la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie » (OMS, 2025). En écho à cette philosophie, la Clinique adopte une vision sociale de la santé et du bien-être qui englobe les déterminants sociaux de la santé – comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu, etc. Cette conception s'oppose à une vision strictement biomédicale centrée sur la maladie. La Clinique agit en amont des problèmes de santé en misant sur la prévention et la promotion de la santé, dans une approche biopsychosociale mobilisant des équipes multidisciplinaires. Son action repose aussi sur un réseau solide de groupes communautaires qui collaborent étroitement avec elle et entretiennent des liens de proximité avec les usagers et usagères. Cette approche favorise une communauté solidaire, un filet de sécurité sociale pour les personnes vulnérables et des services façonnés à l'image des besoins réels de la population.

## UN MODÈLE DE GESTION PARTICIPATIF

La participation des citoyens et citoyennes et du personnel est au cœur de la gestion de la Clinique. Les résidents et résidentes du quartier participent à la vie associative et siègent au conseil d'administration, composé entièrement de citoyens et citoyennes responsables des orientations et du bon fonctionnement des services. Les membres du personnel s'impliquent et participent à certaines décisions concernant les orientations et services de la Clinique. Depuis presque 60 ans, elle applique ainsi une philosophie de participation citoyenne et de gestion démocratique à ancrage local, tenant compte des réalités de la population.

# Préambule

En novembre 2024, la ministre responsable des Aînés, madame Sonia Bélanger, a annoncé son intention de présenter une nouvelle politique nationale de soutien à domicile (SAD) d'ici décembre 2025. La dernière politique destinée à encadrer ce type de soins au Québec remonte à 2003 (réactualisée en 2023). Selon Radio-Canada, plus de 19 000 personnes au Québec attendent de recevoir des services de soins à domicile, un nombre en constante augmentation (Bolduc, 2024). Pour la ministre Bélanger, cette nouvelle politique vise notamment à desservir un plus grand nombre de personnes, à mieux répondre aux défis du vieillissement de la population et à renforcer la collaboration avec les organismes et les partenaires. Pour parvenir à élaborer les lignes directrices de sa politique nationale, le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) a mené en janvier et février 2025 des consultations auprès d'une soixantaine d'organismes : partenaires publics, ministères, entreprises d'économie sociale, chercheurs, organismes communautaires et entreprises privées. Or, ces consultations n'ont pas été publiques, les personnes participantes ont plutôt été sélectionnées sur le volet sans appel de participation – le droit de parole de la société civile et des citoyens et citoyennes était fortement limité.

La Clinique estime que cette consultation aurait dû être ouverte et citoyenne afin de considérer les avis de toutes les parties prenantes concernées par cette future politique. Elle a donc entrepris d'analyser les fondements de la nouvelle politique, craignant que celle-ci n'aborde pas en profondeur les causes structurelles des listes d'attente, qu'elle n'éloigne davantage les citoyens des décisions les concernant, et qu'elle fragilise le droit à des services universels.

Pour se pencher sur ces enjeux, la Clinique a mis sur pied un comité interne ad hoc ayant pour mission d'analyser le cadre politique qui oriente les services de soutien à domicile au Québec. Les orientations proposées par le MSSS pour sa prochaine politique de soutien à domicile ont également été examinées avec attention (MSSS, 2024). Le comité était formé d'intervenantes cliniques de l'équipe de soutien à domicile (une infirmière, une travailleuse sociale et une physiothérapeute), d'une organisatrice communautaire et de membres de la direction (la directrice du programme *Soutien à l'autonomie des personnes âgées* et le directeur général). Le comité a travaillé en collaboration avec les comités aînés locaux des tables de quartier des arrondissements du Sud-Ouest et de Verdun de Montréal, la Coalition solidarité santé et l'IRIS. L'analyse réalisée du comité, ainsi que les divers échanges avec les partenaires ont permis d'identifier trois préoccupations et trois recommandations en lien avec la future politique de soutien à domicile.

# Trois préoccupations en lien avec la prochaine politique de soutien à domicile

La Clinique et ses groupes collaborateurs adhèrent à la volonté du gouvernement de favoriser la mise en place de meilleures pratiques en soins et services à domicile afin de permettre à la population québécoise de demeurer chez elle le plus longtemps possible et d'accroître l'accessibilité des services requis dans des délais raisonnables. Elle salue également l'intention de redonner aux CLSC leur vocation d'origine à agir localement en collaboration avec les partenaires communautaires. Toutefois, la Clinique et ses collaborateurs expriment des inquiétudes quant aux modes de financement envisagés, notamment à la performance, et au type de gestion qui sera appliqué. Ces choix sont déterminants : ils peuvent soit consolider l'accessibilité, la qualité et l'équité des services, soit, au contraire, créer de nouvelles barrières et fragiliser le caractère universel du soutien à domicile. Cette orientation apparaît d'ailleurs contradictoire avec la volonté affichée d'adopter une approche globale de la personne : on promet davantage de services et une réduction des listes d'attente, mais sans financement suffisant, ce qui entraîne inévitablement des compressions de personnel et compromet la qualité des soins.

## LE FINANCEMENT DES SERVICES

Le Québec vit un sous-financement chronique des services de soutien à domicile, nettement insuffisant pour répondre à l'ampleur des besoins (Plourde & Boivin, 2024). Pourtant, le Québec compte parmi les sociétés les plus vieillissantes au monde, ce qui exige des investissements majeurs en soins de longue durée et en SAD. Dans son étude *Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec*, l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) démontre que la province accuse un retard important quant à la proportion du PIB consacrée aux soins de longue durée, malgré les grands besoins de la population (Plourde & Boivin, 2024). L'IRIS suggère que ce manque de financement est l'une des raisons principales du manque d'accessibilité des services de soins à domicile. Or, la nouvelle politique n'annonce aucune augmentation concrète du financement et ignore cet enjeu structurel. Pire encore, elle envisage d'imposer une contribution financière aux usagers et usagères pour les services d'aide à domicile, qu'ils soient vulnérables ou mieux nantis (Porter, 2025). Cela laisse présager que les moyens pour répondre aux besoins de santé et services sociaux en SAD seront de plus en plus limités, mais qu'en plus, l'accessibilité universelle des services publics (sans frais supplémentaires) sera en péril, à l'avantage de la privatisation. À notre avis, le gouvernement fait fausse route en ajoutant une barrière financière pour avoir accès à certains services. L'absence de frais supplémentaires dans l'accès aux soins est un élément décisif et central pour favoriser la santé et réduire les inégalités sociales, considérant le coût de la vie qui ne cesse d'augmenter et le fossé entre les riches et les pauvres qui s'accroît.

## LE MODE DE GESTION DES SERVICES

Il nous semble que la nouvelle politique SAD ne s'attaque pas au cœur des problèmes, mais introduit surtout des changements administratifs qui traduisent une vision technocratique. Parmi ceux-ci, nous comptons : le nouveau mode de financement des services axé sur le patient, les indicateurs SAD, les suivis de gestion et de la performance des services et le chantier de valorisation des activités cliniques. Ces changements ne sont que diverses tactiques qui accentuent la standardisation et le contrôle, en plus d'ajouter une pression sur les travailleurs et travailleuses déjà surchargées.

Le financement axé sur le patient consiste à allouer l'argent en fonction du nombre d'utilisateurs et utilisatrices traités, des types de services fournis, de leur volume et de la qualité des soins et services donnés (MSSS, 2023). Ainsi, le financement dépend des services rendus aux utilisateurs et utilisatrices plutôt que de l'allocation historique et globale en fonction de la mission, des besoins des populations locales et services rendus. La vision derrière ce type de financement est de pouvoir suivre le chemin de soins et de services d'un même utilisateur afin d'avoir un coût global par utilisateur et cela, peu importe où il ou elle se situe dans le système de santé. Bien qu'il soit présenté comme un outil de performance, ce mode de financement tend en réalité à rigidifier les interventions, à accentuer la pression sur le personnel et à réduire la capacité de répondre de façon globale et personnalisée aux besoins des utilisateurs et utilisatrices. Le gouvernement ne définit pas de balises de temps par service ou par utilisateur, mais le principe du financement à l'acte implique une comparaison entre les établissements pour améliorer les performances. Bien que cela permette d'échanger sur la pertinence des services, ça remet aussi en question la nécessité de chaque acte ainsi que sa durée afin de maximiser les performances de son établissement pour obtenir un meilleur financement. Dans un tel cadre, il devient très difficile de respecter la complexité des situations, de reconnaître l'unicité des personnes et de permettre aux professionnels de mettre à profit pleinement leur jugement clinique et leur expérience.

Ce modèle de gestion est préoccupant puisque les citoyens et citoyennes n'ont pratiquement aucun mot à dire sur l'organisation des services de soutien à domicile, tandis que les établissements disposent de moins en moins de marge de manœuvre pour adapter leurs interventions aux besoins de leur population, prévenir les maladies et agir sur les déterminants sociaux de la santé.

## RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION

Comme il n'y a pas de véritable changement dans les façons de prodiguer les services, ni d'investissement massif, et que tout laisse croire que le privé pourrait occuper une place grandissante dans les soins à domicile, la Clinique et ses collaborateurs demeurent perplexes devant la réelle capacité du MSSS à accompagner adéquatement les utilisateurs et utilisatrices et leurs proches, particulièrement dans un contexte de vieillissement rapide de la population. Même si le gouvernement prétend publiquement vouloir que les CLSC retrouvent leur vocation d'origine, aucun engagement concret ne va dans ce sens. Sa réponse face aux besoins de santé en SAD est insuffisante. Les inégalités territoriales et les besoins spécifiques de certaines communautés, comme les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle sont trop peu abordés.

De plus, répondre adéquatement aux besoins de santé de la population suppose aussi de reconnaître que ces services ne peuvent exister sans un personnel suffisant, bien formé et soutenu. Les équipes de soutien à domicile à travers la province sont à bout de souffle : manque chronique de personnel et recours massif à la main-d'œuvre indépendante (Legault-Thuot, 2024). Il y a également une présence grandissante d'entreprises d'économie sociale en aide à domicile pour combler les manques. Les conditions de travail difficiles constituent un frein majeur au recrutement et à la rétention du personnel dans le réseau public (Legault-Thuot, 2024). Cela engendre un roulement de main-d'œuvre plus élevé que dans d'autres services, ce qui compromet la stabilité et la continuité des soins. La présence élargie du privé contribue significativement au manque de continuité et entraîne une perte de vision d'ensemble des besoins des usagers et usagères et plus largement de la population (Plourde, 2025). Notons que les personnes proches aidantes et les groupes communautaires se retrouvent trop souvent à pallier les manquements et l'attente des services SAD et ce, sans soutien, formation ou financement supplémentaire.

Dans ces conditions, il devient illusoire de prétendre vouloir améliorer l'accessibilité et la qualité des soins sans se doter d'une vision globale des besoins de santé de la population québécoise et sans investir dans le renforcement des conditions de travail du personnel du SAD.

## Trois recommandations en lien avec la prochaine politique de soutien à domicile

### LE FINANCEMENT MASSIF DES SERVICES DE SAD

D'abord, nous jugeons essentiel de reconnaître le droit au soutien à domicile et d'inscrire dans la loi l'accès universel à ces services sans frais supplémentaires. Contrairement aux soins médicaux et hospitaliers couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès au SAD sans frais supplémentaires n'est pas garanti. Dans un contexte où la privatisation prend de plus en plus de place dans le paysage médical, officialiser une couverture publique et sans frais supplémentaires du SAD est urgent afin de protéger l'universalité du système et réduire les inégalités sociales en santé.

Dans son étude sur le soutien à domicile, l'IRIS rapporte qu'actuellement, le gouvernement ne répond qu'à environ 10 % des besoins réels en soutien à domicile (Plourde & Boivin, 2024). De plus, selon les données de l'OCDE, le Canada fait partie des pays où les ménages assument la plus grande part des dépenses en soins de longue durée : près de 29 % de leurs dépenses de santé y sont consacrées, un fardeau parmi les plus élevés des pays industrialisés (Plourde & Boivin, 2024). Ces données démontrent l'urgence d'un investissement public massif en SAD. L'IRIS rappelle qu'un tel investissement est possible sans mettre en péril les finances publiques : en renforçant la prévention et la première ligne, le gouvernement pourrait réduire ses coûts globaux en santé à long terme. L'exemple des pays scandinaves démontre qu'une couverture publique généreuse en SAD permet de stabiliser et de réduire la part des dépenses de santé dans l'économie (Plourde & Boivin, 2024).

D'ailleurs, plusieurs pistes de financement sont envisageables : réinvestir une partie de la surrémunération médicale, augmenter la contribution des entreprises au *Fonds des services de santé* et ajuster la fiscalité sur les revenus les plus élevés.

## UNE GESTION DÉCENTRALISÉE ET DÉMOCRATIQUE

Historiquement, les CLSC géraient localement le soutien à domicile, avec des conseils d'administration élus sur lesquels siégeaient des citoyens et citoyennes. Les réformes successives en santé, particulièrement celle du ministre Barrette en 2015, ont centralisé la gestion des services et affaibli l'autonomie locale. La création de Santé Québec en 2024 accentue ce phénomène : les CISSS et CIUSSS sont de simples succursales dépourvues d'autonomie et de conseil d'administration (Plourde & Boivin, 2024).

La Clinique et ses collaborateurs recommandent une décentralisation des SAD vers les CLSC : leurs ancrages doivent redevenir locaux et démocratiques. Concrètement, nous proposons des conseils d'administration composés d'usagers et d'usagères, de gestionnaires et de membres du personnel clinique, à l'image du modèle de gouvernance actuel de la Clinique.

Une telle démocratisation comporte plusieurs avantages : elle permet d'adapter rapidement l'offre aux besoins réels du quartier (ex. vieillissement de la population, pauvreté, isolement), de réagir avec plus d'agilité et de souplesse aux situations locales, de renforcer la confiance des citoyens et citoyennes grâce à leur participation directe, et de mieux coordonner les services de proximité sur les déterminants sociaux de la santé. Elle remplacerait les contrôles hiérarchiques du haut vers le bas (top-down) par un contrôle citoyen exercé à partir du terrain (bottom-up). Autrement dit, il ne s'agit pas d'abolir la reddition de comptes et la surveillance de la qualité et de l'équité des services, mais plutôt d'inverser la logique afin qu'elle parte des communautés vers les instances supérieures (Plourde & Boivin, 2024).

## UNE PRATIQUE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS

Pour assurer une réponse maximale aux besoins de santé et services sociaux en soutien à domicile, nous recommandons trois changements concernant la prestation des soins :

- L'intégration d'une approche préventive de proximité avec un financement spécifique. Cela voudrait dire que chaque CLSC aurait un financement à partir de son bassin populationnel pour des actes de prévention et de promotion de la santé. Bien que la santé publique effectue déjà un travail similaire, il est essentiel de prévoir un budget spécifique pour les CLSC afin de garantir ce type d'activités directement sur le terrain et adaptés aux réalités locales. Cela permettrait de détecter plus tôt les problèmes chroniques et d'y répondre rapidement, particulièrement dans les quartiers défavorisés où ces enjeux sont plus fréquents ;

- Constituer des équipes multidisciplinaires complètes (médecin à domicile, infirmière praticienne spécialisée, infirmière, travailleuse sociale, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, organisatrice communautaire, kinésiologue, etc.) dont la stabilité locale favorise une connaissance fine des usagers et usagères, ainsi qu'une prise en charge adaptée. Ces équipes doivent inclure des professionnels dont la pratique est axée sur la prévention et la promotion de la santé, comme les kinésioles, afin d'agir en amont des problématiques, de prévenir le déconditionnement et de soutenir le maintien des capacités fonctionnelles et sociales des personnes à domicile ;
- Rapatrier les services de soins et de soutien aux activités de la vie quotidienne au sein des CLSC. Cette mesure permettrait d'assurer un meilleur continuum de services, de réduire la dépendance au privé et de garantir de meilleures conditions de travail au personnel (Plourde, 2025). Elle est d'autant plus nécessaire que le recours au privé occupe aujourd'hui une place prépondérante : "Pour 2023-2024, en aide à domicile de longue durée, ce sont désormais à peine 12,5 % des heures de services qui sont données directement par du personnel public. La majorité des heures (51 %) est maintenant offerte par une diversité de fournisseurs privés, et un peu plus du tiers (36,5 %) par des employés du programme du chèque emploi-service" (Plourde & Boivin, 2024). Cette fragmentation nuit à la continuité, à la qualité et à l'équité des services, et renforce la nécessité de rapatrier ces activités dans les CLSC.

## Conclusion

La Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles et ses groupes collaborateurs réaffirment que le soutien à domicile doit être universel, public, sans frais supplémentaires et démocratique. Ainsi, la prochaine politique doit être coconstruite avec les différents partenaires du soutien à domicile et donc bénéficier d'une réelle consultation publique. Nous rappelons au gouvernement actuel qu'il a une responsabilité démocratique et qu'il doit représenter les intérêts et besoins multiples de la population québécoise.

Une politique nationale de soutien à domicile durable doit s'appuyer sur un financement public renforcé, une décentralisation réelle des décisions et la reconnaissance du rôle central des équipes locales et citoyennes dans l'organisation des soins et des services.

La Clinique et ses collaborateurs demandent au gouvernement du Québec :

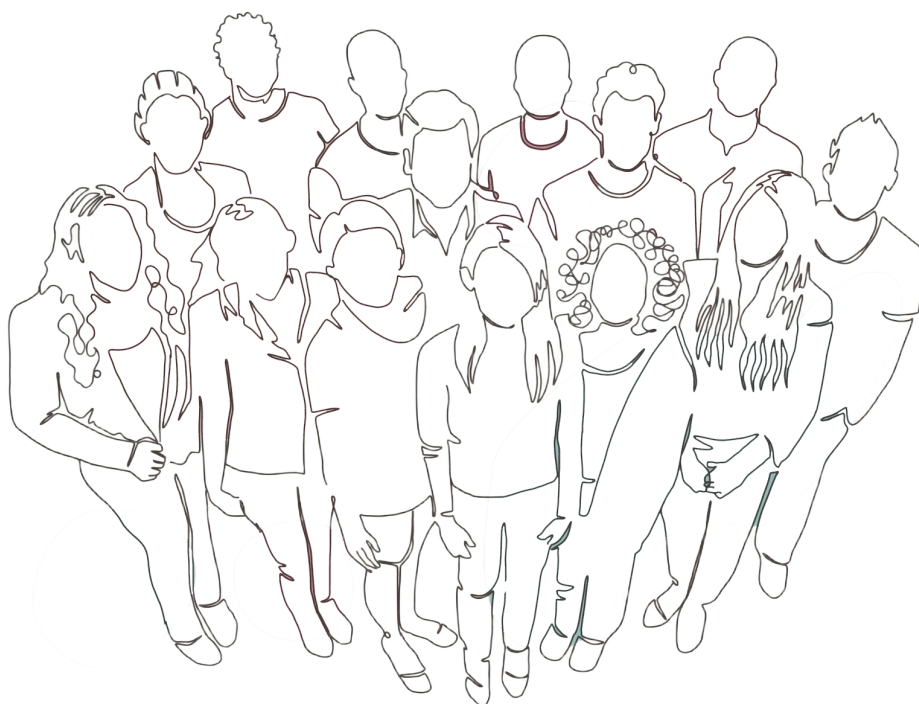
- De protéger l'accès universel sans frais supplémentaires des services publics de santé ;
- D'assurer un financement massif, stable et récurrent du soutien à domicile ;
- De garantir une gestion décentralisée et démocratique, ancrée dans les communautés locales ;
- De reconnaître pleinement le rôle des équipes de première ligne et des organismes communautaires dans la promotion de la santé et le bien-être de la population.

La Clinique et ses groupes collaborateurs appellent le communautaire, les regroupements, les syndicats et la population à l'action en :

- Devenant signataire du présent document de prise de position ;
- Signant la pétition ci-jointe.

# Signataires

[Cliquez ici pour voir la liste des signataires.](#)



# Références

APTS. (2025, 11 février) L'humain avant les statistiques : Mémoire de l'APTS. Présenté dans le cadre de la Consultation ministérielle sur la politique nationale sur les soins et les services de soutien à domicile. APTS. <https://aptsq.com/actualites/l-humain-avant-les-statistiques-l-apts-presente-ses-recommandations-pour-la-politique-nationale-de-soutien-a-domicile/>

AREQ. (2024, décembre) Pour un virage audacieux en soutien à domicile : Le Québec n'a plus le luxe d'attendre. AREQ. [https://areq.lacsq.org/wp-content/uploads/Memoire-Politique-nationale-sur-les-soins-et-services-de-soutien-a-domicile\\_.pdf-V.F..pdf](https://areq.lacsq.org/wp-content/uploads/Memoire-Politique-nationale-sur-les-soins-et-services-de-soutien-a-domicile_.pdf-V.F..pdf)

BOLDUC, Pierre-Alexandre. (2024, 28 novembre) Soutien à domicile : Québec vise une politique nationale d'ici un an. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2122950/soutien-domicile-soins-sonia-belanger-echeancier>

FIQ. (2025, 23 janvier) Politique nationale de soutien à domicile. Pour des services et des soins professionnels, publics et universels : un virage s'impose. FIQ. <https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2025/01/2025-01-23-politique-nationale-de-soutien-a-domicile.pdf>

LEGAULT-THUOT, Camille. (2024, 21 mai) Système de santé : pénurie de main-d'œuvre ou exode vers le privé? IRIS. <https://iris-recherche.qc.ca/communiqués/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>

MSSS. (2024, 28 novembre) La politique nationale sur les soins et les services de soutien à domicile. Document de consultation. Direction du soutien à domicile. Direction générale des aînés et des proches aidants. Québec. 16 pages.

MSSS. (2023, 2 juin) Le mode de financement axé sur le patient. Québec. [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-06-02\\_fiche-technique-fap.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-06-02_fiche-technique-fap.pdf)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2025, juin) L'OMS demeure fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution. OMS. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

PLOURDE, Anne. (2025, 12 février) Privatisation du soutien à domicile : réduire les coûts, mais à quel prix? IRIS. [https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privatisation-soutien-domicile/bclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR1YARfdLyRKY9UYIVHkDBBvI529cwysBwjRO0LrauzQXeWUsMFQkwr2SC0\\_aem\\_1V\\_5fJsO3BzkkTk5L3swA](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privatisation-soutien-domicile/bclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR1YARfdLyRKY9UYIVHkDBBvI529cwysBwjRO0LrauzQXeWUsMFQkwr2SC0_aem_1V_5fJsO3BzkkTk5L3swA)

PLOURDE, Anne. BOIVIN, Louise. (2024, 14 novembre) Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec. IRIS. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>

PORTER, Isabelle. (2025, 18 mars) Québec songe à facturer en partie le soutien à domicile. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/actualites/sante/856510/quebec-songe-factorer-partie-soutien-domicile>



**Clinique communautaire de  
Pointe-Saint-Charles**

500, avenue Ash

Montréal (Québec) H3K 2R4

**Téléphone**

514 937-9251

**[www.ccpssc.qc.ca](http://www.ccpssc.qc.ca)**