

PRÉVENTION ET COMPLÉMENTARITÉ

Travailler en amont pour minimiser les effets du vieillissement démographique



**Mémoire déposé le mardi 22 octobre 2013
à la Commission de la santé et des services sociaux
dans le cadre des consultations particulières
sur la création d'une assurance autonomie intitulée
«L'AUTONOMIE POUR TOUS»**

Association québécoise des centres communautaires pour aînés
Quebec association of senior Centres

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
1. L'ACTION DE L'AQCCA ET DE SES MEMBRES.....	4
1. 1. Présentation de l'AQCCA.....	4
1. 2. Présentation des Centres communautaires pour aînés (CCA).....	4
2. FAVORISER L'AUTONOMIE DE TOUS : LE DÉFI RELEVÉ PAR LES CCA.....	5
2. 1. Vieillesse démographique : une réalité qui nous interpelle tous.....	5
2. 2. Approches et expertises des CCA pour favoriser l'autonomie de tous.....	5
2. 2. 1. Agir pour préserver et stimuler l'autonomie.....	6
2. 2. 2. Agir pour maintenir la personne dans sa communauté.....	6
2. 2. 3. Agir pour offrir un milieu de vie sécuritaire et sécurisant.....	6
3. NOTRE VISION DU PROJET D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE.....	7
3. 1. L'assurance autonomie : un projet de société.....	7
3. 1. 1. La place accordée à la prévention.....	7
3. 1. 2. Les rôles du gestionnaire de cas/intervenant pivot.....	8
3. 1. 3. La complexité du RSSS.....	8
3. 1. 4. Le risque de privatisation des services et soins de santé.....	9
3. 1. 5. La sécurité de l'aîné et de son réseau.....	9
3. 1. 6. Le partenariat : relation d'égal à égal.....	9
3. 1. 7. Les prestataires de services vs les milieux d'appartenance et d'implication sociale.....	10
3. 2. La valorisation de la complémentarité des rôles des acteurs au profit du bien vieillir ensemble dans sa communauté.....	10
4. RECOMMANDATIONS POUR RELEVER LES DÉFIS DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE.....	11
Bibliographie.....	13
Annexe 1 Composition du comité consultatif sur le projet d'une assurance autonomie.....	14
Annexe 2 Liste des membres de l'AQCCA.....	15
Annexe 3 Action des CCA dans le continuum des services offerts aux aînés.....	18
Annexe 4 Liste des principaux services et activités offerts par les CCA.....	19
Annexe 5 Impact de l'action des CCA sur le Réseau de la Santé et des Services sociaux.....	20
Annexe 6 Portrait régional.....	21
Annexe 7 Quel scénario choisissez-vous?.....	24

Introduction

L'Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA) est particulièrement interpellée par la volonté ministérielle de mettre en place une assurance autonomie telle que présentée dans le document intitulé «L'AUTONOMIE POUR TOUS livre blanc sur la création d'une assurance autonomie». Les centres communautaires pour aînés (CCA), par leur appartenance au milieu dont ils sont issus, ont été, au cours des quatre (4) dernières décennies, des acteurs importants par leur contribution au maintien des aînés dans la communauté. La participation de l'AQCCA au Groupe de grands organismes d'aînés, de retraités et de dispensateurs de services aux aînés (G-15) et au Comité des partenaires provinciaux non-gouvernementaux, son implication dans différentes consultations et sa participation à la mise en place de certains programmes par le Secrétariat aux aînés démontrent d'ailleurs l'importance de l'expertise développée par ses membres au cours des ans.

Les cinquante-huit (58) centres membres représentés par l'AQCCA et implantés dans quatorze (14) régions du Québec sont des acteurs de première ligne, établis et reconnus dans leurs communautés, qui rejoignent et soutiennent les aînés qui désirent demeurer à domicile. Quotidiennement, les CCA sont des témoins privilégiés de leurs réalités et de leurs aspirations. En leur offrant des services et des activités adaptés à leurs besoins, les CCA les accompagnent dans leur volonté de demeurer socialement actifs tout en respectant les différents rythmes et capacités de chacun. Par la proximité et les liens précieux qui s'établissent et facilitent une relation de confiance, l'individu en lien avec un CCA développe ou maintient son pouvoir d'agir améliorant ainsi sa propre qualité de vie. Les CCA s'inscrivent donc comme des alliés incontournables pour atteindre les objectifs poursuivis par le projet d'une assurance autonomie.

Les pages qui suivent présenteront un survol de l'expertise développée par les CCA, elles exposeront également nos questionnements et préoccupations émanant du livre blanc et proposeront certaines recommandations afin de relever, tous ensemble, les défis qui attendent la mise en place de l'assurance autonomie.

1. L'ACTION DE L'AQCCA ET DE SES MEMBRES

1.1. Présentation de l'AQCCA

Forte de ses cinquante-huit (58) membres présents dans quatorze (14) régions du Québec, l'AQCCA est un interlocuteur reconnu en ce qui a trait à la situation des aînés au Québec. Sa notoriété se manifeste dans sa collaboration avec plusieurs partenaires des milieux communautaire, public et privé.

La mission de l'AQCCA est d'offrir une structure provinciale de représentation et de soutien aux CCA en tenant compte des spécificités propres à chacun. Ses objectifs sont de :

- Promouvoir les CCA au Québec.
- Représenter les CCA auprès des instances gouvernementales et autres regroupements et instances impliqués dans le milieu aîné.
- Soutenir et assister les CCA dans leur développement.
- Reconnaître les problématiques spécifiques aux CCA et favoriser l'émergence de pistes de solutions communes.
- Favoriser les échanges et assurer une liaison entre les membres.

1.2. Présentation des Centres communautaires pour aînés (CCA)

Un CCA est une ressource créée par les aînés afin de répondre à leurs besoins et aspirations. Cette volonté de demeurer socialement actifs et impliqués a permis au cours des ans de développer des services et activités adaptés aux attentes de chacun. Par l'implication bénévole, différents services ont été mis en place afin de soutenir ceux et celles qui vivaient une perte d'autonomie plus importante mais qui désiraient demeurer à domicile. Les objectifs suivants définissent les CCA :

- Promouvoir une image positive des aînés.
- Favoriser la participation sociale et les interactions avec la communauté environnante.
- Aider à maintenir l'autonomie physique et intellectuelle des aînés.
- Voir à l'organisation d'activités correspondant aux besoins et aux intérêts des aînés.
- Stimuler l'entraide sous diverses formes.
- Favoriser l'émergence de leadership chez les aînés.
- Faciliter le maintien et le développement du pouvoir d'agir et la participation des aînés à l'amélioration de leurs conditions de vie.
- Susciter le développement de projets novateurs.

Les CCA se développent en fonction des besoins émergeant de la communauté qu'ils desservent. Dans cet esprit, chaque centre est unique. L'approche préconisée par ces organismes s'appuie sur la triade «pour, par et avec les aînés». Le point d'ancrage des organismes communautaires est le bénévolat réalisé par les aînés. Ceux-ci s'engagent dans la vie de l'organisme en siégeant sur les conseils d'administration, en s'impliquant dans la conception de services et d'activités. Ils s'engagent également dans la mise en œuvre de ces activités et dans la livraison des services de l'organisme. Six (6) grandes valeurs encadrent l'action des centres communautaires pour aînés : l'entraide, le respect de la personne, la solidarité, la démocratie, le renforcement du pouvoir d'agir et l'inter/intragénéralité. La structure des CCA fait appel au savoir, au savoir-être et au savoir-faire des aînés qui contribuent tout au long de leur parcours de vie au maintien de leur autonomie personnelle, à l'amélioration de leur qualité de vie et à l'enrichissement de leur communauté.

2. FAVORISER L'AUTONOMIE DE TOUS : LE DÉFI RELEVÉ PAR LES CCA

2.1. Vieillesse démographique

Le vieillissement démographique est une réalité qui nous interpelle tous. De plus, nous sommes tout à fait conscients que les aînés ne forment pas un groupe homogène. À l'intérieur de cette cohorte démographique se retrouvent différents sous-groupes ayant chacun leur propre dynamique. Le vieillissement touche d'une part à l'actualisation continue du potentiel d'un individu, et d'autre part à sa fragilisation en raison de la perte graduelle de ses capacités.

À l'écoute des besoins des aînés, les CCA interviennent sur diverses composantes du vieillissement. Ils offrent à la personne vieillissante des occasions de profiter pleinement de son autonomie, mais également la possibilité d'apprivoiser ou d'atténuer les effets moins positifs du vieillissement afin de demeurer un citoyen à part entière.

2.2. Approches et expertises des CCA pour favoriser l'autonomie de tous

Les CCA ont développé une expertise qui leur permet d'aborder les personnes aînées de manière holistique. Tout en respectant leur cheminement, ils les soutiennent par des activités et des services allant de la prévention/stimulation à l'accompagnement/référence lorsqu'ils sont en situation ou à risque de vulnérabilité. (Annexe 3) Préconisant une approche humaine où les

intervenants sont disponibles et accessibles, les CCA proposent un lieu d'implication et d'appartenance qui offre différentes avenues pour répondre à leurs besoins.

2. 2. 1. Agir pour préserver et stimuler l'autonomie

À la retraite, plusieurs aînés sont à la recherche d'un lieu où ils peuvent poursuivre des activités dynamisant leur quotidien et leur permettant de mettre de l'avant leurs connaissances. D'autres souhaitent profiter de cette période de temps pour acquérir des connaissances ou pour développer des habiletés qu'ils n'ont pu apprivoiser antérieurement. Il est connu qu'une personne active conserve davantage ses capacités cognitives et physiques. La participation des aînés à la mise en œuvre et à la réalisation des activités des CCA leur apporte des bénéfices personnels leur permettant, entre autres, de demeurer des citoyens à part entière. Les CCA offrent chaque année plus d'une centaine d'activités et de possibilités d'implication différentes. (Annexe 4)

2. 2. 2. Agir pour maintenir la personne dans sa communauté

Tel que mentionné ci-dessus, le développement d'activités fortement imprégné de l'approche préventive, contribue à l'amélioration de la santé globale des individus rejoints. L'offre de service des CCA, quant à elle, permet de maintenir la personne dans sa communauté en répondant à ses besoins essentiels. Mentionnons à titre d'exemple l'offre de service en sécurité alimentaire (ex : popote roulante) et en déplacement sécuritaire (ex : accompagnement-transport). Ces services, dispensés essentiellement sur une base bénévole, permettent une intervention rapide auprès de l'aîné pour ainsi infléchir la perte d'autonomie.

2. 2. 3. Agir pour offrir un milieu de vie sécuritaire et sécurisant

Au cours des ans, plusieurs centres ont réalisé que leur programme d'activités et de services, bien que pertinent, rejoignait peu les aînés en situation de vulnérabilité. Pour pallier à ce constat, ils ont développé des initiatives particulières : les initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation ou à risque de vulnérabilité (ITMAV). Par celles-ci, les CCA ont développé une expertise unique qui offre de nouvelles réponses au défi que pose le vieillissement de la population. Ces réponses adaptées à différents milieux et réalités s'opposent au fatalisme condamnant ces personnes à un recours, souvent prématuré, aux services publics tels que les CHSLD.

Depuis leur mise en place, les ITMAV ont permis de rejoindre des milliers d'aînés en situation d'isolement qui n'étaient pas en lien avec le Réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS) et qui, pourtant, vivaient de lourdes problématiques : violence conjugale, jeu compulsif, abus de médicament et d'alcool, fraude, maltraitance et épuisement pour ceux qui assument un rôle de proche aidant. Cette liste pourrait malheureusement encore s'allonger, mais mentionnons que plusieurs interventions ont permis d'accompagner et de référer ces personnes aux services dont elles avaient besoin. Que ce soit pour des questions de malnutrition, d'insalubrité ou plus simplement d'isolement social, les CCA étaient aux premières loges pour repérer, accompagner et contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes fragilisées.

En résumé, l'ensemble des activités et services déployés par les CCA cherche à couvrir le continuum du vieillissement de manière préventive en offrant une diversité de réponses dynamiques face aux impacts de la perte graduelle d'autonomie. Ces services et activités misent systématiquement sur les capacités restantes et le potentiel de la personne en favorisant ainsi le maintien et le développement de son pouvoir d'agir. (Annexe 5)

3. NOTRE VISION DU PROJET D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE

3.1. L'assurance autonomie : un projet de société

Tout mettre en œuvre pour déployer les services et soins essentiels permettant aux aînés qui le désirent de demeurer à domicile dans des conditions sécuritaires et sécurisantes constitue sans contredit un projet de société et une orientation souhaitable.

Cette façon de concevoir l'accompagnement des aînés est enracinée dans l'approche des CCA qui, de par leur action préventive, jouent un rôle indispensable afin de tisser des liens significatifs et solidaires avec les aînés et les différents partenaires publics, privés et communautaires. Certains énoncés du livre blanc soulèvent toutefois de fortes préoccupations et questionnements tant dans leur mise en application que dans leur réalisme.

3.1.1. La place accordée à la prévention

Citons en exemple cet extrait de la page 24 du livre blanc : «le Plan de services vient enfin établir qui, parmi les organismes détenant une entente formelle avec un CSSS, peut être concerné relativement à la prestation des services». Est-ce à dire que la prestation de services sera

déterminée par le CSSS et que celui-ci pourrait ne pas retenir l'offre de services d'une ressource de la communauté?

Depuis leur implantation, les CCA ont été des précurseurs de prévention de la santé et leur rôle en cette matière s'avère encore plus essentiel aujourd'hui. Or, à la lecture du livre blanc, la prévention ne semble pas prise en compte malgré son indéniable impact positif sur l'individu et les économies importantes qu'elle peut représenter pour le Réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS). En ce sens, comment les CCA seront-ils considérés dans l'offre de services identifiés par les CSSS? Comment pouvons-nous soutenir, par des ententes de services, l'action préventive des CCA?

3. 1. 2. Les rôles du gestionnaire de cas/intervenant pivot

Tel que décrit à la page 23 du livre blanc, «l'intervenant-pivot ou le gestionnaire de cas agit comme ressource pour la personne et ses proches au sein du CSSS et détient la responsabilité d'assurer l'évaluation, la planification, la réalisation et la coordination de l'ensemble des mesures». Alors que les besoins des aînés en attente de services sont criants et que les gestionnaires de cas du CSSS devront composer avec de nouveaux rôles, comment s'assurer que l'identification des ressources disponibles sera complète et régulièrement mise à jour? Comment faire en sorte qu'aucune pression de nature économique ou autre ne sera exercée sur ces derniers risquant ainsi d'influencer le choix des prestataires de service? La question de l'équité quant à l'offre et aux coûts des services d'une région à l'autre mérite également d'être posée. Les aînés auront-ils accès aux mêmes services et ce, sur l'ensemble du territoire québécois?

3. 1. 3. La complexité du RSSS

Nous constatons déjà à quel point la complexification du RSSS au cours des dernières années représente, pour les aînés, un défi d'accessibilité. L'assurance autonomie garantira-t-elle l'accessibilité aux soins et services de santé, les aînés auront-ils véritablement accès aux soins et aux services de santé auxquels ils ont droit? Depuis plusieurs décennies, le RSSS a subi de nombreux changements. Ont-ils réellement facilité l'accès aux soins et services de santé? Travaillons à l'accessibilité des soins et évitons les structures bureaucratiques coûteuses qui ne donnent pas les résultats escomptés.

3. 1. 4. Le risque de privatisation des services et soins de santé

Selon le livre blanc, l'offre de service assumée actuellement en grande partie par le RSSS sera transférée vers les ressources privées, communautaires et d'économie sociale. Dans ce contexte, pouvons-nous encore parler de gestion publique des soins de santé? Ne sommes-nous pas à l'aube d'une plus grande privatisation des services de santé et des services sociaux et d'un désengagement de l'état dans ce domaine? Les CSSS, dans le contexte de l'assurance autonomie, ne deviennent-ils pas de simples répartiteurs de services? Il serait dommage d'édulcorer encore une fois ce lien qui unissait autrefois les CSSS et leur population, puisque ceux-ci risquent d'être de moins en moins présents sur le terrain.

3. 1. 5. La sécurité de l'aîné et de son réseau

Chacun sait qu'il peut être difficile de demander de l'aide et de s'avouer dépassé par la situation. En ce sens, le principe de *l'individualisation en fonction des caractéristiques de la personne et de son environnement* vient soulever une préoccupation de nos membres. Lorsqu'il est inscrit à la page 23 du livre blanc : «les besoins de la personne et de ses proches sont ensuite colligés dans un plan de service personnalisé venant préciser la nature et l'intensité des services requis en fonction de leurs ressources d'aide personnelle», nous sommes d'avis que la prévention est primordiale pour éviter qu'une situation ne se dégrade et résulte en une situation de crise. Nous savons que cette dernière peut survenir à tout moment dans la vie et l'environnement d'une personne en situation de vulnérabilité. Le plan de service ne doit donc pas uniquement tenir compte de la présence de proches aidants. Il doit constamment être mis à jour et s'appuyer sur des mesures préventives afin de garantir la santé et la sécurité de l'aîné, du proche aidant et des intervenants qui graviteront autour d'eux.

3. 1. 6. Partenariat : relation d'égal à égal

Tel qu'émis à la page 24 du livre blanc : «Comme il ne peut être question de compromis quant à la qualité des services, tous les prestataires devront avoir fait l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée à l'intérieur d'un processus formel.» Dans ce contexte, l'assurance autonomie ne s'ingère-t-elle pas dans les façons de faire des CCA? Cette assurance ne remettra-t-elle pas l'autonomie des groupes communautaires en question? Les CCA accordent déjà une grande importance à la qualité des services et activités offerts aux aînés. Ils ont mis en place des mesures

d'auto-évaluation, de filtrage du personnel et des bénévoles. Pour leurs différents bailleurs de fonds, ils complètent des formulaires, parfois très complexes, de reddition de comptes. Enfin, ils doivent, pour plusieurs, répondre aux exigences du MAPAQ. À titre de partenaire du RSCS, les CCA appréhendent donc de devoir se soumettre à des exercices supplémentaires de reddition de compte et d'évaluation pour obtenir ladite certification des prestataires désignés. N'y a-t-il pas un risque de dénaturer la relation de partenariat entre les CSSS et les organismes communautaires en transformant le tout en obligation de rendement et de gestion économique?

3. 1. 7. Prestataires de services vs milieu d'appartenance et d'implication sociale

Les CCA ne se sont pas développés dans une logique de «prestation de services», mais plutôt dans une optique valorisant la solidarité, l'entraide et l'implication sociale. Les CCA ne sont ni des entreprises d'économie sociale, ni des entreprises privées à but lucratif. Ce sont des lieux d'appartenance dont les activités et services reposent principalement sur l'implication bénévole des membres de la communauté. Au quotidien, les CCA accompagnent et soutiennent des milliers d'aînés dans plus de quatorze régions du Québec grâce à l'implication de personnes qui ont à coeur le bien-être de leurs concitoyens plus âgés. Ne risquons nous pas la démotivation de ces personnes en imposant des critères de certification trop exigeants aux organisations?

L'implantation de l'assurance autonomie fera augmenter, voire, exploser le nombre de demandes de services offerts par les CCA. Ceux-ci pourront-ils répondre à cette augmentation sans un rehaussement important de leur financement de base afin d'assumer le recrutement, l'encadrement, la gestion, la formation et la supervision des ressources humaines bénévoles ou salariées requises pour assurer les services? Devront-ils modifier leur approche d'intervention inspirée de la philosophie «pour, par et avec les aînés» sur laquelle se fonde leur raison d'être? (Annexe 6)

3. 2. La valorisation de la complémentarité des rôles des acteurs au profit du bien vieillir ensemble dans sa communauté

Enfin, nous sommes d'avis que le succès du projet d'une assurance autonomie repose sur le fait qu'il faille privilégier la simplicité dans l'opérationnalisation en valorisant et en respectant la complémentarité des rôles des acteurs qui oeuvrent actuellement pour le bien vieillir ensemble. Une définition claire du partenariat évitera que les CCA perçoivent l'assurance autonomie

comme une contrainte qui les incite à sortir du cadre de leur mission de crainte de ne pas voir leurs actions reconnues.

4. RECOMMANDATIONS POUR RELEVER LES DÉFIS DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE

Tel qu'écrit à la page 3 du livre blanc, répondre aux aspirations des aînés qui veulent «vieillir à domicile et recevoir les services adaptés à leurs besoins là où ils ont fait le choix de vivre» tombe à point alors que notre système de santé, malgré plusieurs réformes, peine à accompagner de façon préventive les gens qui en font la demande. L'assurance autonomie sera-t-elle la cure dont notre RSSS a besoin? Quoi qu'il en soit, elle est une orientation qui, si les moyens et le temps nécessaires sont mis en place, demeure sensée pour favoriser l'autonomie et le maintien des aînés dans la communauté.

Les actions mises en oeuvre par les CCA accompagnent les aînés tout au long de leur vieillissement et les soutiennent de manière à limiter les effets cumulés de la diminution de leurs capacités. Elles permettent également de rejoindre des aînés qui ne sont pas en lien avec les ressources de la communauté dont le RSSS. D'une certaine façon, ces actions retiennent la pression que le vieillissement de la population exerce sur les divers services publics. Elles contribuent notamment à prévenir le recours prématuré aux services publics de soutien les plus lourds (CHSLD, etc.) et font économiser de précieuses sommes d'argent à l'État. (Annexe 7)

Pour relever les défis associés au vieillissement démographique, l'AQCCA recommande que :

- Soient revus les délais d'implantation de l'assurance autonomie et de son application afin qu'elle réponde à la définition d'un projet de société méritant une réflexion approfondie et une coordination bien structurée. En agissant de la sorte, nous nous assurons d'une meilleure adhésion de toutes les parties impliquées, une meilleure compréhension de la population et un déploiement efficace donnant des résultats positifs.
- Soit respecté le continuum du vieillissement de la personne afin d'offrir les soins et services de santé répondant à ses besoins et ce, en suivant scrupuleusement l'évolution de sa situation.
- Soit mis en place un mécanisme de soutien aux aînés à risque d'isolement ou en situation de vulnérabilité qui, pour diverses raisons et dans des contextes particuliers, ne pourront être évalués selon le processus conventionnel prévu. Les CCA soutiennent des aînés qui

vivent des problématiques importantes et qui hésitent à faire appel aux milieux institutionnels. Cette réalité ne peut être exclue de la réflexion concernant le projet d'une assurance autonomie pour tous.

- Soit inscrit prioritairement dans le projet d'assurance autonomie la composante de la prévention et que soit pris en compte les ressources communautaires, tels que les CCA, qui maintiennent et développent ce modèle d'intervention.
- Le projet de loi reconnaisse la contribution et l'expertise des CCA au maintien des aînés dans leur communauté et appuie leur mission préventive. Qu'il respecte l'autonomie de l'action communautaire autonome et considère les CCA comme des partenaires à part entière en améliorant leur financement de base par l'entremise du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) afin que ceux-ci ne soient pas constamment à la recherche de fonds pour consolider leur offre de services et d'activités.
- Soit mis en place un comité national intégrant toutes les ressources concernées par l'assurance autonomie, permettant de définir les balises applicables sur l'ensemble du territoire québécois, favorisant ainsi l'équité lors de l'identification des ressources disponibles et l'accessibilité aux services pour les aînés concernés.
- Les mesures de financement de l'éventuelle assurance autonomie ne contribuent pas à accentuer l'appauvrissement de la population et plus particulièrement, des aînés les plus démunis.
- Soit revue l'application des crédits d'impôts qui bénéficient à un nombre restreint de personnes, laissant en plan les moins bien nantis. Il faut également simplifier l'utilisation de ces crédits car leur complexité actuelle prive plusieurs personnes des bénéfices qu'elles pourraient en retirer.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'AUTONOMIE POUR TOUS livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, 2013, 46 p.



Membres du comité de consultation

Sarah Deschênes, Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges, Montérégie

Lucie Gingras, Centre communautaire Le Rendez-vous des aînés de Laval, Laval

André Guérard, Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA)

Michèle Osborne, Centre des aînés de Gatineau, Outaouais

Marie-Josée Raymond, AQCCA

Mimi Roy-Cartier, Projet Changement, Montréal

François Tremblay, Alternatives communautaires d'habitation et d'intervention de milieu,
Montréal

Serge Tremblay, Centre communautaire bénévole de Matawinie, Lanaudière

Collaboration

Mary Stark, Contactivity Centre, Montréal

Coordonnées de l'organisme

Association québécoise des centres communautaires pour aînés

1474, rue Fleury Est

Montréal, Québec

H2C 1S1

tél. 514 382-0310 poste 105

télé. 514 381-3462

direction@aqcca.org

www.aqcca.org

responsable : André Guérard, directeur général



1	Action Centre-Ville	Montréal
2	Aide communautaire de Lennoxville et des environs	Estrie
3	Almage Senior Community Centre	Montréal
4	Alternatives communautaires d'habitation et d'intervention de milieu (ACHIM)	Montréal
5	Association pour aînés résidants à Laval (APARL)	Laval
6	Carrefour communautaire Montrose	Montréal
7	Centre 50 + Blainville	Laurentides
8	Centre communautaire bénévole Matawinie	Lanaudière
9	Centre communautaire Dawson - Programme 50 +	Montréal
10	Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	Montérégie
11	Centre communautaire du Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp	Laurentides
12	Centre communautaire Élie-Carrier de Coaticook Inc.	Estrie
14	Centre communautaire l'Entraide Plus Inc.	Montérégie
13	Centre communautaire Le Rendez-vous des aîné(e)s de Laval	Laval
15	Centre communautaire Multi-services Un coin chez-nous 1983	Montérégie
16	Centre communautaire pour aînés de Verdun	Montréal
17	Centre communautaire pour les Aînés de Ragueneau Inc.	Côte-Nord
18	Centre communautaire Saint-Antoine 50 + Community Centre	Montréal
19	Centre Contactivité inc. / Contactivity Centre	Montréal
20	Centre d'action bénévole de Valleyfield	Montérégie
21	Centre d'action bénévole et communautaire de Saint-Laurent	Montréal
22	Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	Lanaudière
23	Centre d'action bénévole Laviolette	Mauricie

	Liste des membres de l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés 2013-2014	Annexe 2 (suite)
24	Centre d'action bénévole Léonie-Bélanger Inc.	Laurentides
25	Centre d'action bénévole Les artisans de l'aide Carrefour 50 +	Laurentides
26	Centre d'aide et d'action bénévole de Charlesbourg	Capitale Nationale
27	Centre de services communautaires et d'aide au maintien à domicile (SCAMA)	Laval
28	Centre d'entraide le Rameau d'Olivier Inc.	Montréal
29	Centre des aînés Côte-des-Neiges	Montréal
30	Centre des aînés de Gatineau	Outaouais
31	Centre des aînés de Villeray	Montréal
32	Centre des aînés du réseau d'entraide de Saint-Léonard	Montréal
33	Centre des aînés Sorel-Tracy du centre récréatif Au Fil des ans Inc.	Montérégie
34	Centre du Vieux Moulin de LaSalle Inc.	Montréal
35	Centre multi-ressources de Lachine	Montréal
36	Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski	Bas Saint-Laurent
37	Comité d'animation du troisième âge de Laval (CATAL)	Laval
38	Corporation de développement communautaire Universeau	Abitibi-Témiscamingue
39	Entraide Ahuntsic-Nord	Montréal
40	Grand Rassemblement des Aînés de Vaudreuil et Soulanges (GRAVES)	Montérégie
41	Groupe l'Entre-Gens	Montréal
42	La Théière, Ressources troisième âge Lachine	Montréal
43	Le Chez-nous de Mercier-Est	Montréal
44	Les Aînés et les Aînées de Jonquière	Saguenay-Lac-St-Jean
45	Maison des aîné(e)s de La Prairie	Montérégie
46	Maison des aînés de Chertsey	Lanaudière

 Liste des membres de l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés 2013-2014		Annexe 2 (suite)
47	Maison des Aînés de Lévis	Chaudières-Appalaches
48	Mouvement d'entraide de Bellefeuille	Laurentides
49	Patro Le Prévost - Centre communautaire et de loisirs	Montréal
50	Place Vermeil Inc.	Montréal
51	Projet Changement - Centre communautaire pour Aînés	Montréal
52	Regroupement Bénévole de Montcalm	Lanaudière
53	Relais Santé Matane	Bas Saint-Laurent
54	Rendez-vous 50 +	Montréal
55	RésOlidaire, Réseau bénévole Hochelaga-Maisonneuve	Montréal
56	Sercovie	Etrie
57	Service bénévole Comté l'Assomption	Lanaudière
Membre collaborateur		
58	Le quartier 50+ Saint-Jérôme	Laurentides

L'action des centres communautaires pour aînés : infléchir la perte d'autonomie tout au long du continuum du vieillissement



PRÉVENTION ET COMPLÉMENTARITÉ

Travailler en amont pour minimiser les effets du vieillissement démographique

Activités proposées visant à maintenir et à stimuler l'autonomie :

- croissance personnelle
- formations diverses
- repas communautaire
- café rencontres
- danse
- fêtes thématiques
- jeux récréatifs
- théâtre
- peinture
- atelier d'écriture et de lecture
- chorale
- et autres

Activités proposées pour agir sur la prévention de la santé physique et mentale :

- activités sur la nutrition
- activités physique
- activités améliorant la santé mentale (le deuil, vivre seul, changer ses habitudes de vie, écoute active, etc.)
- information/référence sur les médicaments
- carrefour d'information pour aînés
- aide pour compléter les formulaires gouvernementaux
- clinique de vaccination/soins des pieds
- programme de prévention des chutes
- traduction pour les allophones ne parlant que la langue d'origine
- cuisine collective (cours de cuisine pour hommes âgés)
- consultation psychosociale
- et autres

Activités proposées pour combler les besoins de base :

- distribution de denrées
- préparation de repas congelés
- popote roulante
- service de transport et d'accompagnement
- comptoir vestimentaire
- téléphone de sécurité
- références et relation d'aide
- accompagnement pour l'épicerie, sécurité à domicile
- et autres

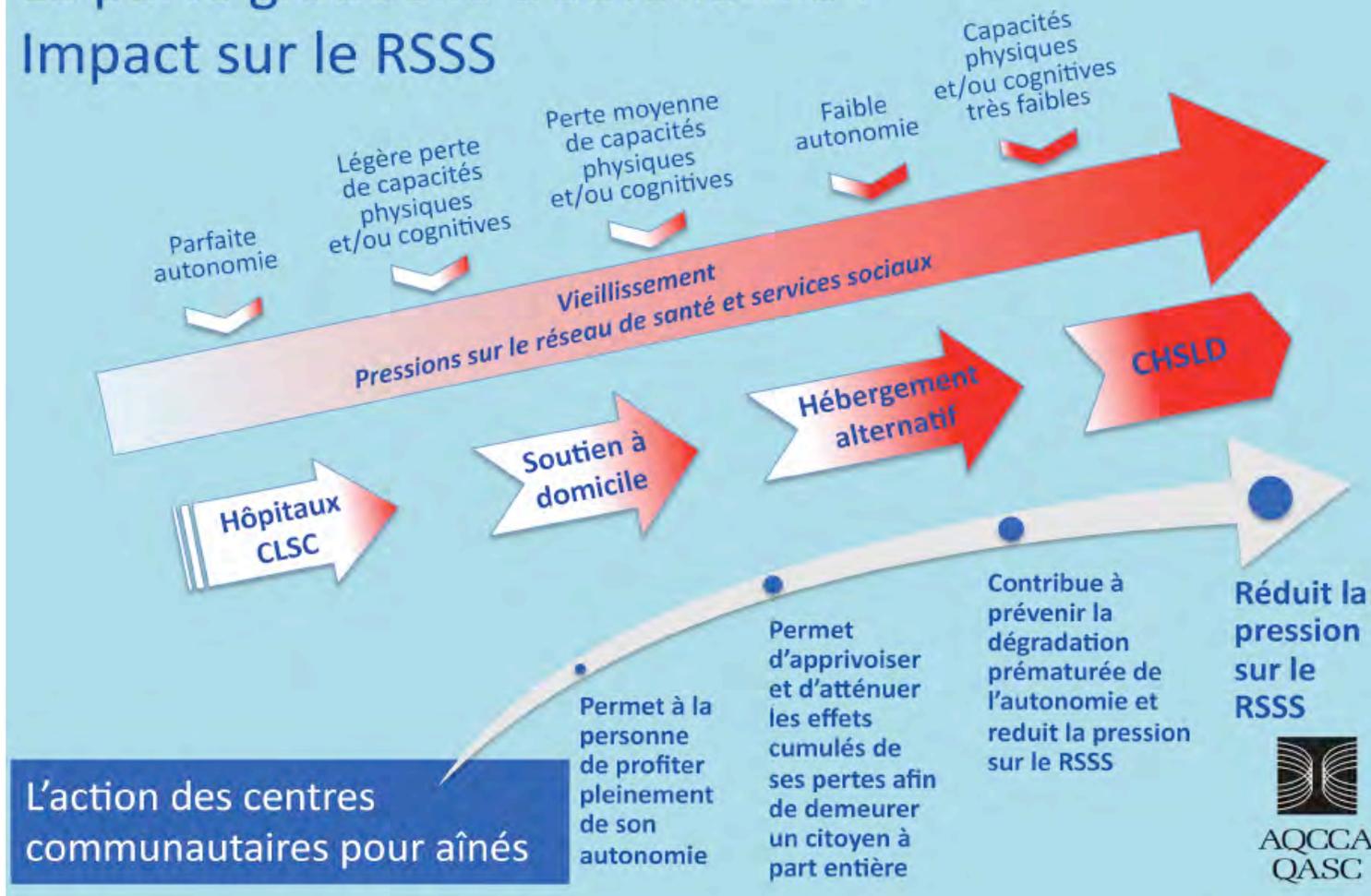
Activités proposées pour contribuer à des milieux de vie sains et sécuritaires :

- initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV)

De plus en plus de centres offrent des services pour les proches aidants :

- services de répit et de gardiennage
- activités de centre de jour

La perte graduelle d'autonomie : Impact sur le RSSS



PRÉVENTION ET COMPLÉMENTARITÉ

Travailler en amont pour minimiser les effets du vieillissement démographique

Portrait régional de l'Outaouais

L'Outaouais couvre un territoire de 33 456 km carré, divisé en 5 MRC qui incluent 76 municipalités desservies par 5 CSSSG. Trois réalités colorent le territoire: urbaine, rurale, semi-rurale.

Données statistiques de la réalité des aînés en Outaouais (source : l'Appui)

TERRITOIRES PAR MRC ET TERRITOIRE ÉQUIVALENT DE L'OUTAOUAIS		Gatineau	Papineau	Vallée-de-la-Gatineau	Pontiac	Collines-de-l'Outaouais	Outaouais
PROJECTION DE LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS POUR L'ANNÉE 2011 ET 2031 PAR MRC	Nbre de 65 ans et + en 2011	28 437	8 207	4 009	3 690	3 046	47 389
	Nombre de 65 ans et + en 2031	71 482	9 234	7 481	5 393	11 312	104 902
	Population totale 2031	347 389	26 969	22 441	16 084	55 157	426 569
DENSITÉ DE LA POPULATION 2011 PAR MRC	Superficie en KM ²	345	2 927	12 375	12 824	2 033	30 504 KM ²
	Nombre d'habitants par KM ²	758,6	7,5	1,7	1,1	24,3	12,1
RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION VIVANT SEULE, 2006, PAR TERRITOIRE DE CSSS 75 ans et +		37,9%	35,6 %	35,4 %	44,0 %	44,7 %	38,2 %
PROPORTION DES PRESTATAIRES DU SUPPLÉMENT DU REVENU GARANTI, 65ANS ET PLUS, 2010, PAR MRC		34,4%	52,6%	61,1%	55,9%	38,6%	40,4%

L'Outaouais et la ville de Gatineau se caractérisent par :

- Un étalement urbain qui pose des défis particuliers sur les questions du transport et de l'isolement social.
- Une croissance démographique fulgurante d'ici 2031 qui exercera une pression majeure sur le système de soins de santé.
- Une région où la proportion d'aînés au sein de la population est parmi les plus faible au Québec actuellement, mais qui sera parmi les plus importantes en 2031.
- La présence de nombreuses résidences privées sur le territoire,

- La proximité de l'Ontario,
- Une croissance importante du niveau d'ethnicité. Emplois de AFS et préposé sont de plus en plus occupés par des personnes immigrantes, ce qui pose des nouveaux défis.
- Les réseaux locaux de services sont peu développés.

L'ensemble de ces particularités explique le statut particulier détenu par la région 07 en matière de services de soins de santé

Portrait des services actuellement offerts par le réseau local de service

Services / Organismes	CSSS	Entreprises Economie sociale	Organisme et centre comm. pour aînés	Privé	OMH
Aide aux AVD's		X	X	X	
- Épicerie		X	X	X	
- Ménage/Lavage		X	X	X	
- Préparation de repas		X		X	
Aide aux AVQ's	X			X	
Soins infirmiers domicile	X			X	
Soins palliatifs à domicile	X		X	X	
Transport/accompagnement			X	X	
Activités / Centre de jour	X		X		X
Répit / Support proches aidants	financement	X	X	X	
Soutien civique			X		
Relance préventive	X		X (1 organisme)		X
Hôpital de jour gériatrique	X				
Intervenant communautaire					X
PAVRE -Travailleur de milieu			X		

Réalité des organismes et des centres communautaires en Outaouais

Malgré les multiples initiatives tant au plan de la prévention que des services, la demande excède largement l'offre de services. Les centres communautaires sont souvent la porte d'entrée des aînés vulnérables, dont la plupart ne sont pas connus du réseau public.

Le milieu communautaire constate l'augmentation de la vulnérabilité de la clientèle aînée et de la spécificité des besoins (troubles cognitifs, santé mentale). Ces réalités suscitent de nouveaux enjeux aux plans des mandats, des missions et de l'organisation des services. Cela occasionne des défis importants au niveau de la formation du personnel, du recrutement et de la rétention de main d'œuvre qualifiée au sein du milieu communautaire. On note une orientation vers la professionnalisation des ressources communautaires.

Les partenariats entre le réseau public et le milieu communautaires ainsi que la mise en place de trajectoires de services au sein du RLS sont encore à leurs débuts, et ce malgré un progrès significatif de la concertation ces dernières années.

Notre connaissance du terrain, la proximité des services et la rapidité d'action font du milieu communautaire un acteur incontournable.

Réalité des entreprises d'économie sociale (EES)

L'Outaouais compte 4 entreprises d'économie sociale dont une seule (la Coopérative d'aide domestique de la Vallée de la Gatineau à Maniwaki) offre actuellement l'aide aux activités de la vie quotidienne couvertes par le panier de service de la RAMQ. Les trois autres EES fournissent uniquement des services d'aide domestique.

Ces EES sont confrontés à de multiples difficultés :

- Enjeu majeur au niveau de la rétention de personnel en raison des salaires dérisoires et de la proximité de l'Ontario.
- Emploi peu valorisé, main d'œuvre presque exclusivement féminine.
- Alourdissement de la clientèle et de ses exigences; complexification des besoins et des problèmes sociaux rencontrés (pauvreté, santé mentale, alcoolisme, racisme, détresse importante en raison de l'isolement et de la difficulté d'accès aux services).
- Besoin accru au niveau de la formation, du support clinique et manque de ressources pour l'offrir. Actuellement, la formation est assumée à l'interne ce qui mobilise beaucoup de temps et ressources à l'administration des EES.
- Les services offerts ne fournissent pas à la demande.

Sans support et ajout de ressources supplémentaires (humaines, financières, logistique), les EES peuvent difficilement offrir davantage de services et élargir leur mandat.

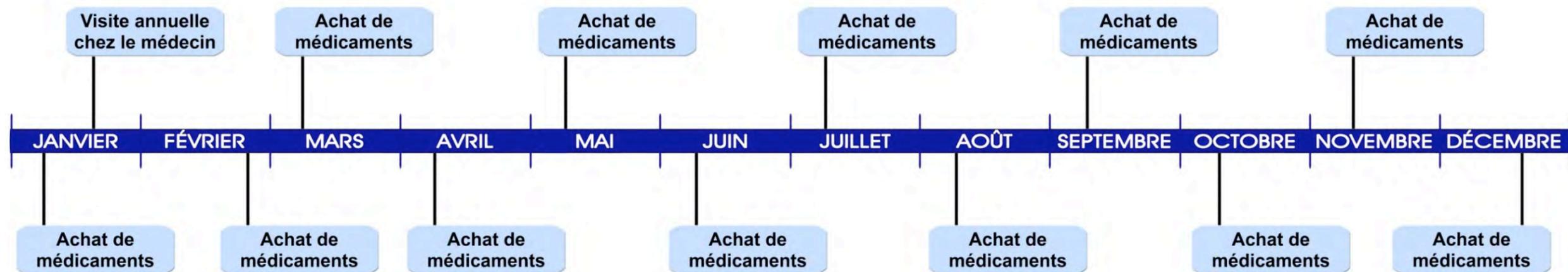
Recommandation régionale

Malgré des avancées importantes au plan de la concertation entre les différents partenaires communautaires, privés et publics ;

Malgré notre volonté, notre connaissance des besoins grandissants des aînés et des défis rencontrés par nos communautés, les organismes ne disposent pas de suffisamment de ressources financières et de la formation pour y répondre.

Nous suggérons donc de revoir les échéanciers en fonction de notre réalité régionale pour l'implantation des mesures prévues par le Livre Blanc. La région 07 a besoin de temps et de financement pour s'organiser. Pour le moment, il nous apparaît précipité, voire irréaliste de rencontrer les délais prévus par le Livre Blanc sans affecter la qualité des services offerts aux aînés.

SCÉNARIO 1 : Mme Réjeanne B., femme de 73 ans, vit seule dans sa maison. Son mari est décédé depuis maintenant deux ans et il lui manque terriblement. Il lui a laissé une petite rente qui lui permet à peine quelques gâteries après le paiement de ses services essentiels. À la mort de son mari, son univers a brusquement basculé et les premiers mois ont été très difficiles. Une voisine lui parle alors de ce qui est offert comme services et activités au centre communautaire, près de chez elle. Elle s’est donc décidée à l’accompagner, juste pour aller voir. Elle a réalisé qu’il était temps pour elle de passer par-dessus son deuil et qu’il serait nettement préférable de ne pas rester à la maison à se morfondre. Elle s’est inscrite à la peinture sur bois et réalise à quel point elle aime créer et travailler de ses mains. Elle n’a pas vraiment d’ennuis de santé, mais visite annuellement son médecin pour s’assurer de bien vieillir. Elle prend seulement quelques comprimés pour stabiliser sa pression et son cholestérol. Ses deux enfants vont la voir une ou deux fois par mois, mais ne demeurent pas suffisamment proches pour être considérés comme proches aidants. Elle compte donc sur les amis qu’elle s’est fait à son centre communautaire et sur son personnel de soutien. Ce matin, elle s’est mise sur son trente-six, s’est maquillée et organisé son transport (le Centre offre, pour une somme très modique, d’aller la chercher et la reconduire) pour se rendre à son cours de ViActive, qu’elle suit pour se maintenir en forme. Elle a décidé de dîner sur place en bonne compagnie et de rester pour jouer au bingo en après-midi. *Réjeanne sait qu’elle peut compter sur Gisèle, l’intervenante communautaire, pour l’écouter, en cas de besoin. Elle sait qu’elle peut lui confier ses inquiétudes et tout cela la sécurise. Elle revient donc chez elle, à chaque fois, rassurée et pleine de projets pour la semaine suivante.* En plus d’avoir profité d’un bon repas complet au dîner, elle s’est rapporté un plat cuisiné congelé, pour son souper. Elle peut ainsi profiter de repas santé, à un prix très abordable, à la hauteur de son budget.



INVESTISSEMENT TOTAL DU GOUVERNEMENT

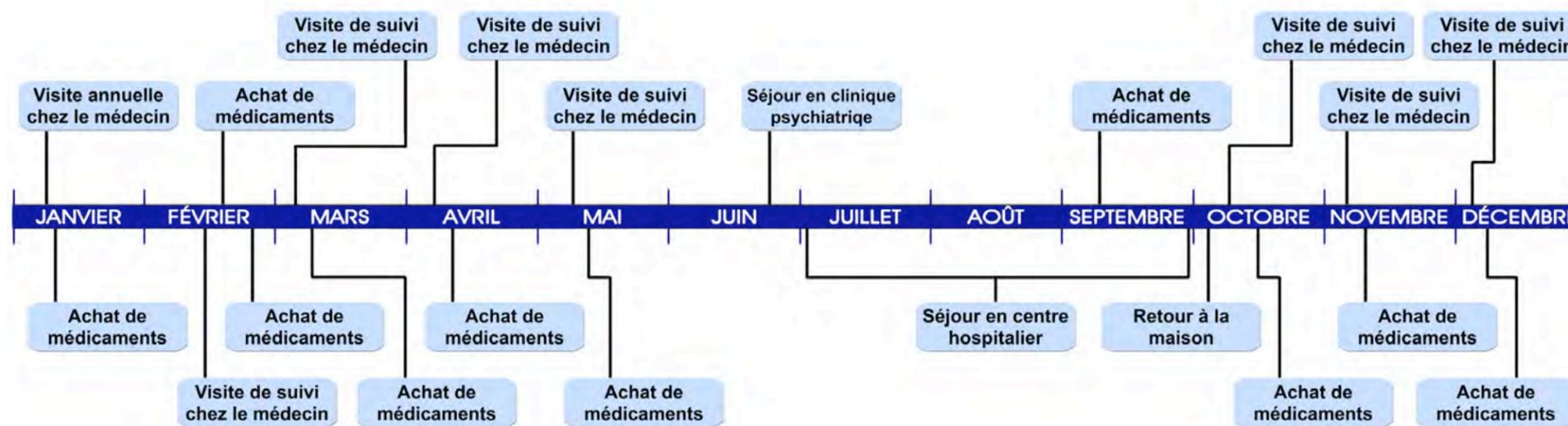
1 visite annuelle standard en cabinet chez le médecin	86\$
Portion payée par l’Assurance médicament gouvernementale (moins que la franchise)	0\$
Financement annuel PSOC (mission de base) versé au Centre communautaire (170,000\$ ÷ 725 membres)	235\$
COÛT TOTAL ANNUEL DU SCÉNARIO 1	321\$

Note 1. Ces données provisoires et approximatives ont été prélevées sur le site de la RAMQ stats et sont présentées ici à titre d’information. Ils peuvent varier selon la région et/ou la période de consultation.

Note 2. Le scénario 2, présenté sur la page suivante, est basé sur une histoire vécue et peut être prouvé.

Annexe 7 préparée par Lucie Gingras, directrice générale du Centre communautaire Le Rendez-vous des Aînés, Laval, Québec

SCÉNARIO 2 : Mme Réjeanne B., femme de 73 ans, vit seule dans sa maison. Son mari est décédé depuis maintenant deux ans et il lui manque terriblement. Il lui a laissé une petite rente qui lui permettrait quelques gâteries après le paiement de ses services essentiels. Mais rien ne l'intéresse. À la mort de son mari, son univers a brusquement basculé et la vie lui semble sans couleur et sans saveur. Pour tout le monde elle a l'air d'aller bien, mais chaque jour, le poids de la solitude lui pèse de plus en plus. Elle sait qu'il y a des ressources qui pourraient l'aider mais elle n'arrive pas à faire le pas. Bien sûr, si quelqu'un la prenait par la main, ce serait plus facile, mais elle ne sait pas comment s'y prendre. Les journées s'écoulent mais n'apportent aucun changement. Madame Réjeanne s'enferme de plus en plus dans son mutisme. Elle a bien essayé de parler à ses enfants mais ils lui répètent sans cesse qu'elle doit sortir et s'occuper l'esprit. Comme elle n'a pas envie de se faire répéter les mêmes conseils, elle préfère taire ses états d'âme. Mais la réalité la rattrape brusquement et la voilà en dépression. Elle a consulté son médecin à plusieurs reprises et essayé quelques antidépresseurs, mais rien n'y fait, elle se sent sombrer dans un univers d'angoisses et de peurs irraisonnées. Son médecin lui suggère de consulter un psychiatre en clinique externe de psychiatrie. Après évaluation, celui-ci recommande un court séjour dans l'aile psychiatrique durant 7 jours, afin de déterminer le meilleur traitement à recommander. Le diagnostic tombe, elle sera hospitalisée sur une longue période, car il n'y a pas de ressources intermédiaires en santé mentale. Ses enfants ont maintenant compris que leur mère traverse une grave dépression et ils sont inquiets. Mais ils ont leur vie, avec leurs propres enfants et ne peuvent prodiguer adéquatement les soins dont leur mère a besoin. Ils se résignent donc à ce qu'elle soit hospitalisée. Ils se relaient tour à tour pour aller la visiter. Après 85 jours d'hospitalisation, Réjeanne reprend goût à la vie et peut enfin retourner dans sa maison. *La psychothérapeute du réseau de la santé, qui la suit périodiquement, la réfère à Gisèle, une intervenante communautaire, pour l'écouter, en cas de besoin et l'aider à s'intégrer dans des activités de groupe. Madame Réjeanne sait qu'elle peut lui confier ses inquiétudes et cela la sécurise. Elle sait qu'elle peut lui confier...*



INVESTISSEMENT TOTAL DU GOUVERNEMENT

1 visite annuelle standard en cabinet chez le médecin	86\$
2 visites de suivi en cabinet chez le médecin avant la crise (2 X 86.32\$) + 2 visites en clinique d'urgence (2 X 105.47\$)	384\$
Frais de séjour en clinique psychiatrique (7 jours X 622.73\$) + 7 visites du psychiatre à l'hôpital (7 X 40.50\$)	4 643\$
Frais de séjour en centre hospitalier (85 jours X 622.73\$)	52 932\$
3 visites de suivi en cabinet chez le médecin après retour à la maison (3 X 86.32\$)	259\$
Portion payée par l'Assurance médicament gouvernementale (9 mois X 45\$) + médicament à l'hôpital (3 mois X 125\$)	780\$
Financement annuel PSOC versé au Centre communautaire (170,000\$ ÷ 725 membres)	235\$
COÛT TOTAL ANNUEL DU SCÉNARIO 2	59 319\$