

MÉMOIRE



Commission de la santé et des services sociaux

**Consultations particulières sur le livre blanc sur la création d'une
caisse d'assurance autonomie intitulé « *L'autonomie pour tous* »**

Novembre 2013

Présentation du Réseau québécois des OSBL d'Habitation

Le RQOH, c'est 8 fédérations régionales et plus de 750 organismes sans but lucratif d'habitation autonomes et indépendants des gouvernements. Sur l'ensemble du territoire québécois, ceux-ci offrent plus de 27 700 logements. Ensemble, nous formons depuis plus de 10 ans, un réseau solidaire dont la vocation première est d'offrir, à des personnes socialement, physiquement ou économiquement défavorisées, des conditions stables et décentes de logement. Les OSBL d'habitation sont « *Des lieux de résidence permanents, de propriété collective, offrant des logements à prix économiques et librement choisis. Contrairement à l'hébergement, l'attribution d'un logement n'est pas subordonnée à un traitement.* » (Ducharme et Vaillancourt, 2002)

Un OSBL d'habitation (OSBL-H) est un organisme d'action communautaire autonome qui a pour mission d'offrir du logement abordable et sécuritaire à des personnes à faibles revenus. Un OSBL d'habitation est constitué en vertu la troisième partie de la Loi sur les compagnies, ce qui en fait une organisation privée (non gouvernementale) à but non lucratif.

Les OSBL d'habitation sont caractérisés par un mode de gestion démocratique, c'est-à-dire qu'ils offrent aux locataires une place dans la gestion de l'organisation, par exemple, sièges au Conseil d'administration ou encore droit de vote des membres de l'organisme aux assemblées générales. Les OSBL-H constituent une forme de logement social et communautaire, lequel se définit par une formule de propriété collective qui a une mission sociale et ne poursuit aucune finalité de profit.

Le parc des OSBL-H représente près du quart de l'ensemble du parc de logement social de la province. Avec 37 600 logements permanents et plus de 5 400 logements temporaires ou de transition au Québec, les OSBL-H sont maintenant bien implantés sur l'ensemble du territoire.

Parmi nos membres, nous retrouvons des populations à qui s'adresse l'assurance autonomie : il y a des OSBL-H, certifiés ou non, dédiés aux personnes de 65 ans et plus. D'autres s'adressent à des populations mixtes (familles, petits travailleurs) et dédient des unités de logement à des personnes ayant des handicaps physiques ou une déficience intellectuelle, évitant ainsi de créer des ghettos.

Notre mémoire est donc issu de la réalité de ces personnes pour qui le maintien à domicile fait partie de leur quotidien...

Résumé

Le RQOH accueille favorablement la mise en place d'une assurance autonomie qui a comme principal objectif de rendre accessible le maintien à domicile à toute la population sans considération de l'âge. Cependant, cela modifie le système public de santé que nous nous étions donné. Le Livre blanc apporte une modification majeure par la tarification de ses services alors que les activités de la vie quotidienne étaient auparavant totalement assumées par le CLSC. Selon notre compréhension, ces activités ne pourront alors être dispensées qu'à travers le privé et seront également tarifées.

Comment mettre en place un tel virage et comment s'assurer que les fournisseurs de services puissent répondre présents lorsque nous n'avons aucun véritable portrait des fournisseurs de services ou d'idée des besoins ?

Le manque de connaissances que nous avons vis-à-vis de la situation présente nous questionne sur la faisabilité de ce projet dans un délai aussi court : la période de transition ne semble pas avoir fait l'objet d'analyses au point de vue financier ou au niveau de la hauteur de ressources requises pour entreprendre ce virage.

L'importance de l'adhésion de l'ensemble des acteurs à ce changement commande que le processus d'implantation soit ralenti et que l'adhésion de tous soit assurée. Il est important que tous les morceaux soient attachés avant l'implantation d'un tel virage : pour nous, la question du financement demeure une grande nébuleuse qui affaiblit notre adhésion à ce projet.

Aussi, nous voyons une confusion au sujet de la capacité de la personne à choisir ses fournisseurs de services et le paiement à l'activité, ce qui contribue à amoindrir l'adhésion de certains acteurs. Quant à l'aspect préventif, il semble être mis de côté. Pourtant, ce volet peut grandement réduire les coûts et permet d'avoir un regard plus global sur la personne.

Enfin, la reconnaissance des OSBL d'habitation comme acteur incontournable d'un chez-soi pour un ensemble de population à qui s'adressera l'assurance autonomie est essentielle pour nous.

Commentaires généraux

Le Réseau Québécois des OSBL d'habitation accueille favorablement la création d'une assurance autonomie ayant pour principal objectif de favoriser la prestation de services là où résident les personnes. En tant que réseau d'OSBL d'habitation, nous avons toujours réclamé que les locataires en perte d'autonomie puissent être desservis par le réseau public et ainsi demeurer dans leur logement le plus longtemps possible, voire jusqu'à leur fin de vie.

Tout comme le souligne le Livre blanc, il est vrai qu'à l'heure actuelle on ne peut parler d'une couverture de services homogène dans tous les secteurs ou encore dans la régulation des coûts. D'ailleurs, certains des OSBL d'habitation ont été contraints d'offrir des services à cause de l'inégalité du panier de services offert par le Réseau selon les régions, voire même les sous-régions.

Le manque d'investissement en maintien domicile au Québec fait l'objet d'un large consensus et est décrié depuis de nombreuses années. Nous sommes également d'avis, tout comme le prône le Livre blanc, qu'il nous planifier les services avec une toute autre philosophie d'intervention. Cette dernière ne doit pas s'appuyer sur une vision hospitalocentriste.

Il nous faut donc faire le virage et voir à accorder toute l'importance du maintien et des services à domicile. Les difficultés énoncées dans le Livre blanc nous rejoignent en tout point soit l'« *accès ardu et instable d'un endroit à l'autre et intensité variable des services* ».

L'universalité et la gratuité des services

Le Livre blanc énonce d'entrée de jeu que le droit à un régime public d'assurance santé est garanti pour l'ensemble de la population de par l'ouverture de l'assurance autonomie à toute personne de 18 ans et plus. À cet énoncé s'ajoute toute la notion de solidarité par rapport au financement. On se doit ici d'attirer l'attention sur le fait que l'on parle de plus en plus de participation financière et de surcroît le privé pourra également être reconnu comme un fournisseur.

Or, en page 22, on spécifie que l'introduction d'une assurance autonomie ne modifie aucune des conditions d'admissibilité, présentement en vigueur, des régimes d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et d'assurance médicament. Nous ne pouvons que contester cela, car, même si elles sont réparties inégalement, les activités de la vie quotidienne (AVQ) étaient des activités assumées par les CLSC et ainsi couvertes par le régime public.

Le Livre blanc consacre et dédie ces services aux EÉSAD, qui exigeront une contribution de la part de la personne : cela est une brèche au niveau du système de santé qui se veut universel, gratuit et public.

On ne peut que soulever des craintes vis-à-vis cette contribution. Les revenus couvrant les besoins impérieux au Québec en 2013 ont été fixés à 26 000 \$ (pour les grandes régions urbaines) et entre 20 000 \$ et 22 000 \$ (pour les autres régions). Or, pour un bon nombre des locataires d'OSBL, leur revenu disponible ne répond pas aux besoins impérieux : ***comment, dans un tel contexte, demander une contribution sans précariser davantage les personnes ?*** Lorsqu'un bain ou un service pour les activités de la vie domestiques (AVD) vous exige environ 40 \$ par semaine, ce besoin vous précarise davantage.

On retrouve plus de 75 % de femmes disposant de faibles revenus parmi les locataires d'OSBL. **Parmi elles, 81 % ont des revenus de moins de 20 000 \$.** Nous ne pouvons que nous inquiéter du fait qu'une contribution puisse leur être exigée, et ce, même si le Livre blanc mentionne que l'argent ne peut être un frein au service. On ne peut prétendre une autonomie pour tous si l'on impose aux personnes les plus démunies des frais à payer.

Nous recommandons :

Que la gratuité soit garantie pour toute personne recevant la sécurité du revenu, le supplément de revenu garanti ou qui est admissible à un logement subventionné.

Prenons acte de la réforme en santé mentale et évitons de commettre les mêmes erreurs : la réussite de l'assurance autonomie ne peut passer que par une injection massive d'argent, surtout pour sa phase d'implantation. Un changement de paradigme d'une telle ampleur commande une hauteur d'investissements considérable...

Nous recommandons :

Que des sommes supplémentaires importantes soient injectées, surtout pour la période de transition.

On ne peut parler de **Solidarité** si l'on ne prend pas en compte les conditions de travail que l'on retrouve au sein des EÉSAD et au sein de nos OSBL d'habitation qui offrent des services.

Chez les employés à temps plein faisant partie du personnel sur le terrain :

- La majorité est composée de femmes (93 %) ;
- Le groupe d'âge le plus représenté est celui des 46 à 55 ans (44 %) ;
- Le salaire horaire moyen brut est de 10,38 \$.

Chez les employés à temps plein faisant partie du personnel administratif :

- La majorité est composée de femmes (95 %) ;
- Le groupe d'âge le plus représenté est celui des 46 à 55 ans (35 %) ;
- Le salaire horaire moyen brut est de 17,10 \$.¹

¹ Profil régional des entreprises économie sociale en aide domestique Mauricie, réalisé par ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT) - 2012.

Or, si on compare ces chiffres avec les salaires des personnes auxiliaires sociales ou préposées aux bénéficiaires, il s'agit d'un salaire nettement inférieur à ceux du réseau de la santé. Dans un tel contexte, il nous est difficile de voir ici un principe de solidarité ou de ne pas voir dans ce virage un risque d'être financé par une partie de la population qui se retrouve dans les plus bas revenus. **Il ne faut pas qu'une telle réforme se fasse sur le dos des employés.**

Nous recommandons :

Que les salaires des employés des EÉSAD et des OSBL d'habitation soient à parité avec ceux du Réseau de la santé et des services sociaux.

Il faudra également s'assurer que les EÉSAD ou les Résidences pour Personnes Âgées (RPA), spécifiquement les OSBL-H, aient à titre de fournisseurs, les ressources financières suffisantes pour pallier aux contributions des personnes plus démunies.

La qualité des services ne passera pas juste par l'évaluation. Elle doit passer par un personnel bien formé, des interventions balisées, mais surtout par la rétention de ce même personnel.

Il est clair que les conditions qui prévalent dans le secteur des EÉSAD et des OSBL d'habitation ne favorisent pas la rétention de personnel. Si l'assurance autonomie fait de ce secteur un de ses piliers, il devra s'assurer que les conditions salariales, de formation et de travail favorisent cette rétention.

La mise en place d'un tel système

Quoique nous appuyions le virage et l'implantation d'une assurance autonomie, nous aimerions voir davantage d'éléments concrets sur sa faisabilité. Le Livre blanc n'indique que très peu d'éléments vis-à-vis du processus d'implantation et de la période de transition. Nous trouvons dans un tel contexte l'implantation beaucoup trop rapide.

Les pays que l'on cite à titre d'exemple ont des très grandes différences, tant au niveau géographique qu'au niveau de leurs réalités. Nous ne pouvons occulter le vaste territoire et la faible densité que nous retrouvons au Québec. Le Livre blanc cite des pays avec des densités de population bien différentes :

- *Pays-Bas* : 495 habitants par kilomètre carré ;
- *Japon* : 351 habitants par kilomètre carré ;
- *Allemagne* : 235 habitants par kilomètre carré ;
- *Danemark* : 126 habitants par kilomètre carré ;
- *France* : 119 habitants par kilomètre carré ;
- *Suède* : 23 habitants par kilomètre carré ;
- *Québec* : 6 habitants par kilomètre carré.

Avec une densité de 6 habitants au kilomètre carré, nous avons de la difficulté à imaginer comment nous pourrions garantir la même offre de service au même coût, et ce qu'importe où est situé le lieu de résidence.

L'allocation ou le soutien financier qui sera alloué au fournisseur de services devra prendre en compte la faible densité de population à desservir si l'on veut véritablement réguler les coûts et la tarification des services sur l'ensemble des territoires.

De plus, la comparaison avec d'autres pays européens ne prend pas en compte le fonctionnement différent de leur système :

- Salariat des médecins ;
- Investissement dans les soins à domicile ;
- Médecins généralistes en plus grand nombre.

À titre d'exemple nous citons quelques citations tirées du rapport sur le fonctionnement de l'assurance autonomie des pays donnés en exemple ci-dessous :

*« **Pays-Bas** : Le gouvernement a mis en place un ensemble de prestations de base obligatoires pour tous les Néerlandais. Tous les citoyens doivent verser au Fonds de l'assurance — maladie une contribution dépendant de leurs revenus. Les Pays-Bas voit ses frais augmenter considérablement malgré sa Assurance autonomie.*

***Allemagne** : Depuis la réforme de 2004, instauration d'un ticket modérateur de 10 % plafonné à 10 euros pour les médicaments. En Allemagne, nous assistons déjà à un système de désolidarisation*

***Japon** : L'assurance couvre habituellement 70 % des coûts à l'avance, le patient paie la différence.*

***Suède** : Pays est en surplus de médecins et d'infirmières. Deux systèmes privé et public.*

***Danemark** : Réseau de la santé financé par des taxes et des impôts. 98 % des Danois sont inscrits chez un généraliste. Aucune pénurie de médecins ou de personnel soignants »*

La réalité du Québec ne se reflète pas dans les exemples cités ci-dessus, surtout lorsque l'on constate que deux pays n'ont aucune pénurie de médecins et d'infirmière et que 98 % des danois sont inscrits chez un médecin généraliste. Si l'on regarde l'exemple du Japon, on doit avancer 30 % des coûts, cela n'est guère rassurant, les coûts peuvent atteindre 7 000 \$ représentant alors une avance de 2 100 \$, ce qui est une somme non négligeable pour le commun des mortels.

Il est également important de tirer des leçons du passé. 48 ans plus tard, nous tentons toujours d'infléchir l'importance du recours au système hospitalier en santé mentale (première désinstitutionnalisation en 1965). Il est aujourd'hui clair que l'ensemble des coûts pour la désinstitutionnalisation et le virage milieu n'ont pas été véritablement évalués. On tente, encore aujourd'hui, d'implanter des services nécessaires à ce virage.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées. Mais le principal manque a été celui des ressources affectées à ce virage et l'insuffisance des allocations financières. Nous réaffirmons croire à cette réorientation, mais demandons à être prudents quant à son application. L'échéancier de l'implantation présenté dans le Livre blanc nous paraît très ambitieux et nous questionne sérieusement sur la faisabilité d'un tel changement en aussi peu de temps...

Le Vérificateur général soulignait d'ailleurs que :

« L'accès aux services à domicile est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à la personne âgée. À l'heure actuelle, il est impossible d'avoir une image représentative des délais d'attente par types de services, tant dans les CSSS vérifiés que dans l'ensemble des établissements, puisque les listes d'attente sont incomplètes. »

Nous recommandons :

Qu'un groupe de travail national soit mis en place, que l'on retrouve au sein de ce groupe l'ensemble des acteurs concernés par le maintien à domicile, avec comme objectif l'implantation et l'application d'une assurance autonomie.

Ce comité aurait comme principal mandat d'établir un portrait de situation y incluant les personnes en attente de place en CHSLD et RI, le portrait des ressources que nous disposons, le nombre de personnes à évaluer et les ressources à y affecter.

Le financement

Vient la nébuleuse question du financement à partir de 2017. À ce chapitre, le Livre blanc n'est guère porteur de solutions, au contraire. Pour nous, cette question en soulève une autre : ***pourquoi mettre sur pied un tel changement, si vite, sans que tous les morceaux soient attachés ?***

Nous nous questionnons sur l'amorce d'un tel virage dans un contexte de coupures budgétaires jumelée à une approche « *Lean* ». Cette approche se définit par un mode d'offre de services allégé qui se caractérise par son souci de répondre rapidement et d'offrir le service au meilleur coût en tentant d'améliorer les processus de travail.

Cependant, cette vision ne fait que questionner le véritable objectif du déplacement de l'offre de services AVQ via d'autres fournisseurs.

Au niveau du financement, amorcer un tel virage commande d'avoir recours à un budget protégé qui ne pourra être utilisé à d'autres fins. Tel que l'énonce le Livre blanc, l'assurance autonomie fait appel à la solidarité, ce qui pour nous devrait se traduire par une révision en profondeur de la fiscalité et non pas seulement par la tarification selon les revenus ou le recours à une taxation.

Les particularités de notre milieu

L'évaluation des besoins des personnes est, en soi, une opération qui demandera un temps substantiel si nous ne voulons pas en oublier certaines. Assurer à l'ensemble de la population les services auxquels elle a droit dans un tel virage demande et exige une planification et une connaissance des problématiques et une définition très précise des ressources nécessaires.

À l'instar de l'évaluation, ***les organisations auxquelles le Livre blanc fait référence pour offrir les services AVQ ou AVD seront-elles en mesure de répondre présent dès l'an prochain ?*** Il existe des pans de la société pour qui seul l'aidant naturel est présent et pour qui le service n'est pas au rendez-vous.

« [Les personnes] admissibles à l'assurance autonomie sont : les personnes âgées qui connaissent des pertes d'autonomie de nature fonctionnelle ou cognitive, ou en raison de maladies chroniques. »

Nous comprenons que l'assurance autonomie est instaurée pour répondre à des besoins de services en lien avec les incapacités de la personne. Le Livre blanc spécifie alors 3 catégories de services :

« On reconnaît généralement trois grands types de services de longue durée associés à l'assurance autonomie :

- Les soins et les services professionnels de base incluant les soins infirmiers, les services de nutrition, de réadaptation et les services psychosociaux ;*
- L'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ), c'est-à-dire des activités de base qui demandent, pour être accomplies, l'aide d'une tierce personne (se laver, s'habiller, manger, etc.) ;*
- L'aide aux activités courantes de la vie domestique (AVD). »*

Or, dans un tel contexte où tout l'aspect psychosocial n'est pas pris en considération, ***n'y a-t-il pas risque d'isoler davantage la personne, cette dernière n'ayant pour seul contact que la personne dispensatrice de services ?***

Une résidence collective comme un OSBL-H répond également à un impératif de santé en brisant l'isolement en mobilisant des personnes au sein des comités ou encore en favorisant le bénévolat. Cela contribue pour un grand nombre de personnes à retarder une perte d'autonomie.

Nous devons aussi reconnaître dans les activités courantes de la vie domestique tout l'aspect de socialisation, tel que le promeut la Santé Publique via le projet Ville Amie Des Aînés (VADA). Voir la personne âgée uniquement en terme de besoins AVQ ou AVD est quelque peu réducteur de sa condition et de ses besoins.

Puisque nous parlons de besoins, nous voulons soulever les problèmes rencontrés avec les limites des outils d'évaluation. Ces derniers ne répondent pas adéquatement aux problèmes cognitifs de type Alzheimer...

L'élaboration d'un Plan de Services Individuels (PSI) avec un intervenant pivot ne peut être garant de l'efficacité des services à mettre en place. En déficience intellectuelle, la façon de faire est depuis longtemps éprouvée. Cependant, il arrive des situations qui ne font qu'allonger ou alourdir le processus d'obtention de services.

Pour illustrer la chose, nous avons vu une situation où une personne vivant avec une déficience intellectuelle et nécessitant un fauteuil roulant, besoin reconnu par les intervenants du PSI, n'a pu l'obtenir dans un délai raisonnable. Le problème consistait à définir à qui incombait la responsabilité de l'achat et du paiement de ce fauteuil. Une telle façon de faire exige que chacune des responsabilités des institutions interpellées reconnaissent dès le départ leurs imputabilités.

Nous recommandons :

Que soit clairement défini de qui relève la responsabilité des actions et que soient clairement identifiés les mesures d'aide qui pourront être apportées à la personne.

De plus, chacun d'entre nous exprime le désir de demeurer à la maison le plus longtemps possible. Cependant, il y a des situations où ce désir ne peut véritablement être comblé dû à un isolement social ou à une situation beaucoup trop lourde pour le milieu.

Or, les OSBL d'habitation jouent un grand rôle en permettant de regrouper des services et en rendant ces derniers à un coût non prohibitif. Les OSBL d'habitation répondent également à un impératif qu'est le maintien dans le chez-soi le plus longtemps possible.

La vieillesse est un passage de négociation individuelle. Se retrouver dans une institution accélère ce passage tandis que les OSBL d'habitation rendent cette négociation plus facile en constituant un véritable chez soi, déterminant de la santé.

Nous sommes donc des acteurs de premier plan pour repérer les personnes vulnérables, ce qui répond à une inquiétude soulevée par le Protecteur du Citoyen. L'implication de nos travailleurs terrains et la location d'espace d'intimité que procure le logement en OSBL permet à la personne âgée de retrouver un chez soi qui convient mieux à sa situation : grandeur du logement, accessibilité, sécurité et vie communautaire.

Tel que mentionné dans notre présentation, nous avons au sein de notre réseau, des OSBL d'Habitation qui offrent déjà des services AVD et certains, moins nombreux, qui proposent des services AVQ. À ce chapitre, certains OSBL d'habitation dédiés aux aînés ayant des préposés aux bénéficiaires ou des infirmières auxiliaires voudraient se voir reconnus comme fournisseurs de services pour leurs locataires et, de ce fait, recevoir la juste part financière qui leur revient. Cela permettrait une meilleure rétention du personnel et répondrait davantage à la qualité des services.

Afin d'être fournisseur de services, le Livre blanc spécifie qu'une démarche de certification devra se faire auprès du CSSS. Or, les OSBL-H dédiés aux aînés ont déjà eu à répondre aux exigences de la Loi 16 (Certification des Résidences pour Personnes Âgées).

Il pourrait alors être intéressant de jumeler la Certification des RPA (Loi 16) à la certification du CSSS afin de ne pas bureaucratiser et alourdir davantage cette démarche.

Il est important de souligner que l'offre de services AVQ doit être balisée. À notre avis, certains AVQ intrusifs devraient demeurer sous la responsabilité des CSSS.

Nous recommandons :

Que soient balisés les AVQ dispensés par les fournisseurs de services et que la formation requise pour ce champ d'activités soit clairement définie.

Nous recommandons :

De permettre aux OSBL en logement social et communautaire d'être reconnus comme fournisseurs de services pour leurs locataires.

En page 29 du Livre blanc, on retrouve l'affirmation que :

« Le Crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'un aîné pourrait être réexaminé afin d'établir l'opportunité de l'adapter et de réallouer une partie économisée à l'assurance autonomie. »

Cette affirmation ne fait qu'augmenter les craintes des personnes âgées qui habitent chez nos membres. Déjà avec la Loi 16, par la Certification, certains locataires d'OSBL d'habitation ont perdu leur Crédit d'impôt. En effet, les OSBL d'habitation desservant des personnes âgées en légère perte d'autonomie telle que l'entend la SHQ - c'est-à-dire avec besoin d'accessibilité, entre autres - mais qui n'offrent pas deux services, se sont vus retirer l'accès au Crédit d'impôt, car il n'est disponible qu'aux Résidences pour Personnes Âgées ou RPA (terminologie pour parler des résidences certifiées).

Certains OSBL-H offrent entre 3 et 5 repas communautaires par semaine ce qui, en soi, ne constitue pas un service alimentaire. Quant au volet loisirs, il fait appel à un comité de locataires soutenu par la permanence de l'OSBL-H. Par conséquent, la certification en soi n'est pas une solution envisagée par ces groupes puisqu'elle comporte des exigences difficiles, voire impossibles, à respecter.

Pourtant, avant l'adoption de la Loi 16, les locataires avaient droit à un Crédit d'impôt mensuel qui d'un minimum de 45 \$: c'est la composante de base pour tout aîné de 70 ans et plus habitant dans une RPA.

Contrairement à la croyance commune, ce Crédit d'impôt ne servait pas à payer le loyer, mais était utilisé pour payer des loisirs organisés par et pour les locataires et défrayer les frais de repas. Il nous faut garder en tête que nous nous adressons à des personnes économiquement défavorisées.

Les programmes de la SHQ nous demandent de faire certaines activités au sein des milieux de vie, mais ces derniers doivent s'autofinancer. Or, le service de repas communautaire et l'implication sont, selon nous, des services qui répondent très bien à des objectifs de santé.

Nous recommandons :

Que toute personne de plus de 65 ans et toute personne ayant un handicap demeurant dans un immeuble collectif puisse avoir accès à un Crédit d'impôt de base lui permettant de défrayer des activités de socialisation et d'appropriation du milieu.

Évaluation des personnes

Il est dangereux d'appliquer uniquement la grille SMAF et de lier le Crédit d'impôt à cette unique évaluation. Cette façon de faire risque d'augmenter l'isolement et rendre très difficile le repérage des personnes vulnérables. En effet, l'outil utilisé ne prend en compte que les besoins de services individuels et non la situation sociale des personnes.

Les crédits d'impôt dans les OSBL n'ont pas été utilisés pour permettre d'établir un loyer à moindre coût, mais bien de permettre d'offrir à tous et toutes les services.

Il est quelque peu questionnant de ne jamais parler de prévention : ***Comment peut-on changer les paradigmes de la notion d'urgence sans faire une place à la prévention ?***

Tel que mentionné précédemment, la grille SMAF ne prend pas en compte la situation globale de la personne, sa situation sociale. À l'instar de l'APTS, nous sommes d'avis que le jugement clinique des professionnels et l'ensemble du dossier de l'utilisateur doit également être pris en compte au même titre que sa situation sociale.

Nous recommandons :

Que l'on intègre dans les outils d'évaluation des besoins toute la situation sociale de la personne.

Le soutien communautaire

Les fondements du soutien communautaire s'appuient sur des principes et des valeurs, lesquels encadrent et donnent sens aux activités. Les objectifs généraux du soutien communautaire en logement social et communautaire sont :

- *L'appropriation par le-la locataire de son Habitat et de son Habiter. Cela signifie : L'action au cours de laquelle on prend possession, on se rend propriétaire de quelque chose, notamment, par l'occupation.*
- *L'appropriation par les locataires des espaces et enjeux démocratiques dans l'exercice de la citoyenneté.*

Appropriation de son *Habitat* = Cela présuppose que la personne ait un sentiment de sécurité, une place d'intimité bien à elle et qu'elle soit en contrôle sur son logement.

Appropriation de son *Habiter* = Tout ce qui se retrouve à l'extérieur du logement, mais qui est essentiel pour la personne, tels que les services (quartier, épicerie, réseau social) et qu'elle puisse avoir un certain contrôle sur sa qualité de vie (accessibilité aux services, sa sécurité).

Le soutien communautaire joue donc un rôle important dans l'environnement social de la personne. Cette intervention n'est pas considérée comme une activité spécifique de prévention. Cette dernière permet, par la proximité avec la personne, l'accessibilité aux services et le repérage, entre autres.

D'ailleurs cette intervention a été reconnue par le MSSS dans le Cadre de référence sur le soutien communautaire :

« Le soutien communautaire constitue une valeur ajoutée significative pour les personnes pour les personnes et les familles puisque leur condition, leurs expériences de vie leur état de santé fait souvent en sorte qu'elles éprouvent des difficultés réelles à accéder à un logement ou à s'y maintenir ».

Le soutien communautaire s'adresse également aux locataires ayant des handicaps physiques qui se retrouvent dans les OSBL d'habitation qui constitue un réel chez soi.

Nous recommandons :

D'instaurer une enveloppe dédiée au soutien communautaire pour les OSBL d'habitation.

Est-ce véritablement un libre choix?

Le Livre blanc nous laisse entrevoir un financement à l'activité. Nous aimerions que cet axe soit davantage peaufiné. Il apparaît déstabilisant pour un OSBL de voir que la faible demande, par ce libre choix, l'oblige à faire des coupes dans son offre de services.

Le libre choix se traduira-t-il par un financement à l'activité ? Nous n'avons pas trouvé de réponse dans le Livre blanc. Cependant, il est troublant pour un OSBL d'imaginer une offre de services morcelée en fonction des choix de la personne et de fournisseurs de services. Il sera alors bien difficile pour les OSBL-H de maintenir une offre de services complète.

Parler de libre choix fait consensus au sein de la société. Cependant, nous croyons que cette affirmation ne s'applique pas toujours au niveau du vieillissement. Nous comprenons mal comment parler de libre choix de fournisseurs lorsque le Livre blanc spécifie que les AVQ et les AVD seront uniquement offerts par les EÉSAD. On ne choisit pas son état de santé et encore moins ses conditions de vie, c'est-à-dire la capacité de l'entourage à s'impliquer dans le soutien requis. ***Peut-on parler de véritable choix lorsqu'on se retrouve dans un CHSLD ?***

Cette partie du Livre blanc laisse entendre qu'une personne pourrait recevoir des services du fournisseur de son choix. Une telle façon de faire risque de vider de leur expertise les petits OSBL-H. Plusieurs se demandent comment maintenir une infirmière auxiliaire en place ou un préposé si, pour une résidence de 30 logements, l'OSBL est reconnu à titre de fournisseur pour desservir seulement 15 locataires : les prix deviendront donc prohibitifs.

Avec plus de 6 000 personnes en attente d'une place, peut-on véritablement parler de choix ?

Si on introduit les autres populations à qui s'adresse l'assurance autonomie, il est pour nous important que la personne ait un véritable choix de lieu de résidence. Le prix des loyers, auquel s'ajoute l'accessibilité, doit être primordial lorsqu'on parle de choix. Les OSBL d'habitation permettent de ne pas constituer des ghettos et demeurent des immeubles à propriété collective et inclusive.

Nous recommandons :

Le soutien au développement d'une offre d'habitation par une propriété collective de type OSBL-H.

Rôle de l'agent pivot et des CSSS

L'assurance autonomie donne au CSSS un rôle central dans l'évaluation des besoins de la personne, la construction des plans d'interventions, évaluation des services et de leur qualité.

Certes, le rôle dévolu aux CSSS nous laisse entrevoir que certaines activités du CLSC pourraient redevenir prioritaires. Cependant les CSSS, tel que présentés dans le Livre blanc, sont positionnés davantage comme des bureaux de coordination en s'assurant du suivi de la personne et de la gestion de la qualité des soins offerts par les partenaires et fournisseurs externes. Cette utilisation des CSSS nous laisse également entrevoir la fin des activités CLSC et donc l'ouverture au privé ou la multiplication de joueurs externes.

Le RQOH croît en un système public gratuit et universel. Il faut comprendre que lorsqu'on parle d'équilibre financier, surtout dans le système public, nous vivons, nous dans le milieu communautaire un déséquilibre qui se traduit par une modification de mission.

Nos recommandations

Que la gratuité soit garantie pour toute personne recevant la sécurité du revenu, le supplément de revenu garanti ou qui est admissible à un logement subventionné.

Que des sommes supplémentaires importantes soient injectées, surtout pour la période de transition.

Que les salaires des employés des EÉSAD et des OSBL d'habitation soient à parité avec ceux du Réseau de la santé et des services sociaux.

Qu'un groupe de travail national soit mis en place, que l'on retrouve au sein de ce groupe l'ensemble des acteurs concernés par le maintien à domicile, avec comme objectif l'implantation et l'application d'une assurance autonomie.

Ce comité aurait comme principal mandat d'établir un portrait de situation y incluant les personnes en attente de place en CHSLD et RI, le portrait des ressources que nous disposons, le nombre de personnes à évaluer et les ressources à y affecter.

Que soit clairement défini de qui relève la responsabilité des actions et que soient clairement identifiés les mesures d'aide qui pourront être apportées à la personne.

Que soient balisés les AVQ dispensés par les fournisseurs de services et que la formation requise pour ce champ d'activités soit clairement définie.

De permettre aux OSBL en logement social et communautaire d'être reconnus comme fournisseurs de services pour leurs locataires.

Que toute personne de plus de 65 ans et toute personne ayant un handicap demeurant dans un immeuble collectif puisse avoir accès à un Crédit d'impôt de base lui permettant de défrayer des activités de socialisation et d'appropriation du milieu.

Que l'on intègre dans les outils d'évaluation des besoins toute la situation sociale de la personne.

D'instaurer une enveloppe dédiée au soutien communautaire pour les OSBL d'habitation.

Le soutien au développement d'une offre d'habitation par une propriété collective de type OSBL-H.