

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ
DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION SUR LE LIVRE BLANC SUR LA CRÉATION
D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE *L'AUTONOMIE POUR TOUS*

*LES COOPÉRATIVES D'HABITATION, UN MILIEU DE VIE
FAVORISANT L'AUTONOMIE DES ÂÎNÉS*

À :
LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PAR :
LA CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH)



Analyse, recherche et rédaction :

Isabelle Godbout, chargée de projets aux communications, à la recherche et à la formation, CQCH
Hélène Jacques, chef de secteur - Recherche, formation, services conseils, CQCH

Mise en page :

Martine Soucy, technicienne de bureau, CQCH

Remerciements :

Un remerciement particulier à madame Christyne Lavoie, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université de Sherbrooke pour ses commentaires formulés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Le gouvernement du Québec a présenté en 2013 le Livre blanc, *L'autonomie pour tous : livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, dans lequel le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés, D^r Réjean Hébert, propose la création d'une assurance autonomie et souligne la nécessité de constituer une caisse autonomie pour en assurer le fonctionnement. L'assurance autonomie vise à :

- Offrir à chaque personne en perte d'autonomie l'accès à des services de soutien à domicile, en fonction de ses besoins;
- Donner à chaque personne en perte d'autonomie la possibilité de choisir son lieu de vie, le type de prestation et le prestataire de services;
- Retarder et même prévenir l'admission en CHSLD;
- Soutenir les proches aidants;
- Protéger un financement public distinct pour les soins et les services de longue durée;
- Mettre un frein à la croissance des coûts en santé engendrée par le vieillissement de la population.

Malgré certaines inquiétudes et questionnements, la CQCH juge pertinents les fondements même du Livre blanc sur l'assurance autonomie. Certaines conditions gagnantes doivent toutefois être examinées dont les suivantes.

Priorité 1 : Qualité et sécurité des services de soutien à domicile :

1. Doter les CSSS d'un nombre suffisant de gestionnaires de cas pour répondre adéquatement et dans des délais raisonnables à l'accroissement de la demande d'évaluation des besoins;
2. Doter les CSSS de ressources humaines (professionnels, auxiliaires familiaux et sociaux) en nombre suffisant pour répondre aux besoins de soins et services de maintien à domicile;
3. Implanter des mesures permettant de dépister la perte d'autonomie dans les logements privés;
4. Privilégier l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC);
5. Offrir une meilleure accessibilité et une meilleure organisation des soins et des services sociaux pour les aînés en soutenant l'implantation du principe de guichet unique dans les CSSS;
6. Diversifier, définir clairement et offrir aux mêmes conditions dans toutes les régions du Québec le panier de soins de base, comprenant les services professionnels, les services AVQ et les services AVD;

7. Clarifier adéquatement qui sont les prestataires de services et ne pas les multiplier inutilement;
8. Tirer avantage de la présence et de l'expertise du réseau de 102 EESAD au Québec réparties dans les 17 régions administratives du Québec tant pour les services AVD que les services AVQ, dans le respect des conditions gagnantes suivantes :

- ✓ Le rôle des EESAD devra être précisé dans le cadre de l'assurance autonomie;
- ✓ Les EESAD devront être formellement accréditées afin d'assurer le contrôle et la qualité des prestations des soins et services AVD et AVQ;
- ✓ Les services AVQ devront être rendus par des intervenants formés et qualifiés. En l'occurrence, les EESAD doivent faire de la formation leur priorité absolue afin de développer les compétences de tout leur personnel, principalement les employés dispensant des services AVQ, car c'est la qualité des soins et des services ainsi que la qualité de vie des personnes qui sont en jeu;
- ✓ La prestation des services AVQ par les EESAD ne doit pas complexifier l'administration et le partage des dossiers des bénéficiaires et la communication entre les divers intervenants, mais les simplifier. Les zones de responsabilités entre les prestataires de soins et services et le CSSS doivent être clairement définies et respectées;
- ✓ Afin de répondre aux besoins de l'assurance autonomie, les EESAD devront développer une stratégie de recrutement de personnel;
- ✓ Les EESAD devront de plus chercher à retenir leur personnel par la mise en place d'un programme de fidélisation des employés en offrant des avantages financiers et en améliorant les conditions de travail, et ce, afin de protéger la continuité relationnelle des soins et services du client avec l'intervenant. Pour ce faire, des décisions doivent être prises afin de redéployer efficacement les ressources gouvernementales en ce sens et de s'assurer que le financement des EESAD soit mieux encadré et soutenu par l'État. L'assurance autonomie doit voir à ce que les services soient offerts à leur juste valeur.

Priorité 2 : Coûts des services de soutien à domicile :

1. Ne pas pénaliser les personnes qui ont choisi de demeurer à domicile en tarifiant les services AVQ assumés actuellement par le réseau public;
2. Tenir compte de la capacité de payer des bénéficiaires dans la détermination des contributions des usagers;
3. Maintenir le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée;
4. Maintenir le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et l'étendre aux services AVQ.

Priorité 3 : Qualité de vie et sécurité physique de nos membres :

1. Soutenir le développement de coopératives de solidarité en habitation pour aînés;
2. Rendre les coopératives d'habitation adaptables, adaptées et sécuritaires pour les aînés en partenariat avec la SHQ;
3. Adapter le bâti des coopératives d'habitation aux besoins des membres aînés en perte d'autonomie en s'assurant que le CSSS de chaque région puisse évaluer les besoins de chaque personne et de ses proches et exécuter les travaux d'adaptation nécessaires dans des délais plus que raisonnables;
4. Maintenir les programmes d'adaptation des immeubles et des logements;
5. S'assurer de la présence des services de proximité lors de la construction de nouvelles coopératives d'habitation pour aînés.

Table des matières

1.	CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION	1
2.	FORMULE COOPÉRATIVE EN HABITATION	1
3.	VIEILLISSEMENT DES MEMBRES DE COOPÉRATIVES D'HABITATION ET LEURS BESOINS.....	5
4.	QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE.....	7
5.	COÛTS DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	10
6.	QUALITÉ DE VIE ET SÉCURITÉ PHYSIQUE DES MEMBRES.....	12
7.	RECOMMANDATIONS	13
8.	CONCLUSION	16

1. CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION

La Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH) existe depuis 1987. Elle est une coopérative issue d'un regroupement de six fédérations régionales de coopératives d'habitation présentes dans la majorité des régions du Québec et d'un bureau de la CQCH en Outaouais. Elle assume également le rôle de fédération auprès des coopératives d'habitation situées en régions non fédérées.

Il existe près de 1 300 coopératives d'habitation au Québec, ce qui représente près de 30 000 logements. En d'autres termes, ce sont plus de 60 000 personnes qui ont choisi de s'approprier de façon collective leur milieu de vie. L'entreprise coopérative en habitation au Québec représente un chiffre d'affaires annuel de 200 M \$, des actifs de plus d'un milliard et demi de dollars et approximativement 2 500 immeubles d'habitation.

La mission de la CQCH consiste à développer et à promouvoir la formule coopérative en habitation, à agir à titre de maître d'œuvre du Mouvement québécois des coopératives d'habitation et à offrir des services aux fédérations afin qu'elles fournissent aux membres de coopératives d'habitation l'information et les services requis pour assurer une saine gestion de leurs immeubles et améliorer leurs conditions de logement.

2. FORMULE COOPÉRATIVE EN HABITATION

Une coopérative d'habitation est avant tout une personne morale qui regroupe des personnes ou des sociétés qui ont des besoins économiques, sociaux ou culturels communs et qui, en vue de les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise conformément aux règles d'action coopérative¹. En termes simples, en plus d'incarner un véritable modèle économique, la coopérative se veut essentiellement un véhicule juridique d'entreprise géré démocratiquement par et pour le bénéfice de ses usagers. L'activité économique organisée qu'exerce la coopérative se veut ainsi orientée vers la satisfaction des besoins communs de ses membres plutôt que vers la recherche d'un profit².

Bien que certaines coopératives d'habitation aient été créées pour répondre aux besoins de clientèles spécifiques, telles que les personnes âgées, les familles monoparentales ou les immigrants, la plupart des coopératives d'habitation n'ont aucune mission spécifique à l'égard d'une clientèle particulière et logent une clientèle dite « mixte ».

¹ Article 3 de la Loi sur les coopératives.

² À ce sujet, voir notamment les articles 128 et 128.1 de la Loi sur les coopératives et les articles 16 et 17 du Règlement d'application de la Loi sur les coopératives, R.R.Q., c. C-67.2, r 1.

Il n'est pas dans la mission des coopératives d'habitation mixtes d'offrir des services aux aînés, comme l'aide au maintien à domicile ou les soins de santé. En effet, « la coopérative d'habitation ne doit pas fournir des services de soutien, tels que les soins professionnels, les soins personnels ou médicaux. Cela dépasse son mandat³. » Elle peut toutefois offrir un soutien adéquat et un milieu de vie sécuritaire ainsi que la coordination de la livraison de tels services auprès de ses membres. La formule étant assez souple, les coopératives d'habitation peuvent en effet s'adapter à cette nouvelle réalité et adopter diverses mesures. Toutefois, actuellement, peu de coopératives d'habitation détiennent les ressources humaines et financières pour répondre à tous les besoins exprimés par les aînés.

Coopératives d'habitation pour aînés

Soucieuses de répondre adéquatement aux besoins de leurs membres, les coopératives d'habitation ont créé de nouvelles résidences adaptées aux besoins d'une population âgée. Il existe des coopératives d'habitation avec services aux aînés ainsi que des coopératives d'habitation pour personnes âgées, avec ou sans services, soutenues par la communauté. Ces coopératives d'habitation sont destinées à une clientèle âgée autonome ou en légère perte d'autonomie. L'âge requis pour accéder à ces logements varie en fonction des conventions ou des programmes publics en vertu desquels la coopérative d'habitation a été développée. Dans certains cas, les personnes doivent être âgées de 55 ans ou plus. Dans d'autres cas, l'âge minimal est de 75 ans.

À ce jour, au Québec, on dénombre une soixantaine de coopératives d'habitation destinées aux aînés. Elles encouragent les aînés à se prendre en charge et à maintenir une vie active et dynamique en leur offrant un logement et quelques services, tels que la surveillance, l'accès à un ascenseur, des espaces communautaires, des soins ou des loisirs. Bien qu'encore considérées comme marginales comparativement aux coopératives d'habitation mixtes ou familiales, il n'en demeure pas moins qu'il se développe de plus en plus de coopératives d'habitation pour aînés, et ce, dans toutes les régions du Québec.

³ En 2006, le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) partageait la vision émise par la Fédération de l'habitation coopérative du Canada (FHCC), dans un mémoire déposé à la Commission parlementaire des Affaires sociales portant sur le document Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, mémoire intitulé : *La voie coopérative pour des citoyens à la gouverne de leur santé*, p. 12.

Coopératives de solidarité en habitation

Une autre avenue s'offre aux membres de coopératives d'habitation. En 1997, la Loi sur les coopératives a été modifiée, permettant ainsi la création de coopératives de solidarité. Cette formule favorise l'implication du milieu et assure le maintien des personnes âgées dans leur milieu d'appartenance. La principale particularité de la coopérative de solidarité en habitation par rapport à la coopérative d'habitation dite traditionnelle consiste à regrouper au sein de son sociétariat au moins deux des trois catégories de membres suivantes :

- 1) Les membres utilisateurs, c'est-à-dire des personnes ou des sociétés qui utilisent les services offerts par la coopérative;
- 2) Les membres travailleurs, soit des personnes physiques œuvrant au sein de la coopérative;
- 3) Les membres de soutien, soit toute autre personne ou société qui a un intérêt économique, social ou culturel dans l'atteinte de l'objet de la coopérative⁴.

L'existence de certaines règles d'organisation assurent notamment une représentation au conseil d'administration de chaque catégorie de membres et visent à assurer le maintien du contrôle du conseil d'administration par les usagers. Les coopératives de solidarité en habitation étant développées et administrées principalement par des groupes d'aînés ainsi que par la communauté, les aînés ont leur mot à dire dans la réalisation de leur projet et conservent leur pouvoir décisionnel dans les orientations de la coopérative. La coopérative de solidarité pour aînés La Brunante, créée en 2003 dans la municipalité de Racine en Estrie, en est un très bon exemple.

Les coopératives de solidarité en habitation peuvent mettre en place des services de soutien aux aînés, en collaboration avec la communauté, notamment des services de restauration, d'entretien ménager ou d'accompagnement social de personnes et de groupes. Il est également possible pour les coopératives d'établir des ententes de partenariat public coopératif avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui leur permettent d'offrir des services de maintien à domicile à leurs membres. Elles favorisent ainsi le maintien des gens dans leur milieu de vie tout en préservant l'esprit coopératif. Rappelons que de tels services sont offerts conformément à la certification des résidences pour personnes âgées du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

⁴ Article 226.1 de la Loi sur les coopératives.

Dans un contexte de vieillissement de la population, conjugué à une diminution de l'offre de services publics destinés aux aînés, la formule de coopérative de solidarité en habitation ouvre ainsi la voie à de nouvelles façons de faire en ce qui a trait aux services offerts aux aînés ainsi qu'au maintien de leur autonomie.

Selon les résultats d'un sondage réalisé en 2013 par la CQCH⁵, avec le soutien financier de l'Alliance de recherche université-communautés – Développement territorial et coopération, les membres sondés résidant dans une coopérative de solidarité en habitation pour aînés ont mentionné les avantages suivants :

- Elles contribuent à l'éclosion d'un dynamisme entre les membres;
- Elles favorisent le développement d'un sentiment d'appartenance;
- Elles sont à l'écoute de leurs membres et de leurs besoins;
- Elles permettent le partage de connaissances et d'expériences entre les membres;
- Elles offrent la possibilité à leurs membres d'assumer des responsabilités au sein de leur coopérative et ainsi d'accroître leur sentiment d'utilité en siégeant au conseil d'administration ou en participant à divers comités;
- Elles permettent d'obtenir le soutien des ressources de leur milieu, de leur communauté.

Les coopératives d'habitation, de par leurs valeurs de prise en charge notamment, permettent aux aînés de vieillir en restant actifs tant sur les plans personnel, social que professionnel. Le terme « actif » désigne en effet, selon le Secrétariat aux aînés⁶ :

- « Un engagement constant dans différentes sphères d'activité, notamment : une présence ininterrompue sur le marché du travail ou un retour en emploi;
- Une participation active à la vie de la collectivité, y compris par des activités bénévoles;
- Une participation à la vie familiale, incluant les soins prodigués à autrui et la possibilité de rester chez soi le plus longtemps possible;
- La pratique de loisirs actifs, sous forme de centres d'intérêt, de sports, de voyages et d'activités créatives. »

⁵ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH). 2013. « Les coopératives de solidarité en habitation pour aînés », dans Cahiers de l'ARUC-DTC, série « Recherches », n° 12, mars, p. 95.

⁶ SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, SECRÉTARIAT AUX AÎNÉS. 2013. *Qu'est ce que le vieillissement actif?* [En ligne] <<http://www.aines.gouv.qc.ca/etre-actif/definition.html>>.

Plusieurs constats ont pu être dégagés dont celui de l'apport plus que positif de la formule coopérative en habitation dans le prolongement de l'autonomie des résidents de coopératives de solidarité en habitation. L'expérience démontre clairement que le milieu de vie qu'offre la coopérative d'habitation à ses membres favorise, d'une part, la responsabilisation par la participation concrète des membres aux tâches de gestion et, d'autre part, par le processus de prise de décision. Les aînés ont ainsi le sentiment d'être utiles à leur milieu et à leur communauté. De plus, la participation aux activités sociales et communautaires encourage l'interaction des aînés avec leur milieu. Les coopératives d'habitation offrent ainsi à leurs membres la possibilité de s'épanouir, de demeurer en bonne santé, de prévenir la perte d'autonomie, soit autant de facteurs contribuant au maintien sinon à l'amélioration de leur qualité de vie.

De même, l'approche de la coopérative de solidarité en habitation pour aînés répond à de nombreux désirs et besoins exprimés par les aînés, soit notamment de demeurer dans leur milieu de vie et leur communauté, de demeurer actif, de pouvoir participer à la vie sociale et communautaire, tout en bénéficiant d'un loyer adéquat et abordable en fonction de leur capacité de payer.

3. VIEILLISSEMENT DES MEMBRES DE COOPÉRATIVES D'HABITATION ET LEURS BESOINS

Comme dans la population québécoise en général, les effets du vieillissement se font sentir depuis les dernières années au sein des coopératives d'habitation. Selon les données de *L'Enquête sur le profil socioéconomique des résidents de coopératives d'habitation – 2012*, réalisée par la CQCH, l'âge moyen des membres de coopératives d'habitation était de 54,3 ans au 1^{er} avril 2012, soit environ deux ans de plus qu'en 2007. Une hausse continue de la moyenne d'âge des résidents de coopératives a été observée depuis 1996. Ainsi, l'âge moyen était de 47 ans en 1996, de 50 ans en 2002 et de 52 ans en 2007. La proportion des 65 ans ou plus a doublé depuis 25 ans, passant de 13 % à 28 % entre 1987 et 2012. Aussi, près d'un répondant sur 10 (9,9 %) était âgé de 75 ans et plus en 2012. Cet accroissement s'est fait au détriment des membres âgés de moins de 35 ans, dont la proportion a chuté de moitié, passant de 33 % à 13 % durant cette même période⁷. Force est de constater que la population est vieillissante au sein des coopératives d'habitation et que la proportion de membres aînés ira en grandissant au cours des prochaines années.

⁷ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH), 2013. *Enquête sur le profil socioéconomique des résidents de coopératives d'habitation - 2012*, Québec, p. 3.

Le vieillissement des membres n'est pas sans conséquences pour les coopératives d'habitation. La perte d'autonomie que le vieillissement peut entraîner chez certains membres plus âgés inquiète les coopératives d'habitation puisqu'elle peut en compromettre le bon fonctionnement interne si aucune mesure adaptée n'est mise en place⁸, d'autant plus qu'une telle clientèle présente des besoins plus grands et requiert généralement des services connexes.

Toutefois, des pertes d'autonomie surviennent inévitablement dans les coopératives d'habitation sans que l'état de santé de la personne ne justifie son emménagement à brève échéance dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou une résidence privée avec services⁹, d'autant plus que les personnes vieillissantes, aux prises avec une perte d'autonomie, souhaitent demeurer dans leur coopérative d'habitation pour laquelle elles ressentent souvent un fort sentiment d'appartenance.

Vivre en coopérative et, à plus forte raison, en être membre est un choix qui implique des responsabilités et un engagement. Pour les adultes en perte d'autonomie, prendre en charge leur milieu de vie et assumer leurs obligations en tant que membres peuvent poser un problème si la coopérative d'habitation ne s'adapte pas à la réalité de ses membres.

Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte que les personnes âgées craignent de vieillir, notamment la perte de capacité, de mémoire, la diminution de leur revenu, la perte du conjoint ou de proches causant ainsi l'isolement, etc. Toutefois, ces craintes ne les empêchent pas de souhaiter un mieux-vivre. Voici un aperçu des appréhensions et des désirs des personnes âgées. Ainsi, les membres âgés craignent¹⁰ :

- L'apparition d'incapacités, particulièrement celles de se mouvoir seuls, de faire les courses et le ménage, et de préparer les repas;
- L'isolement, le rejet, la détresse psychologique et la dépression;
- La vulnérabilité et la dépendance. Plusieurs d'entre eux éprouvent de la difficulté à reconnaître leurs incapacités et à demander de l'aide. Ils craignent d'être jugés moins autonomes qu'ils ne le sont en réalité;

⁸ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH). 2009. *Évaluation des possibilités pour les coopératives d'habitation de maintenir une personne âgée en perte d'autonomie dans son logement*, Québec, janvier, p. 6.

⁹ *Ibid.*, p. 30.

¹⁰ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH). 2009. *Bien vieillir en coopérative d'habitation, Guide d'accompagnement pour le soutien à l'autonomie des membres âgés*, printemps, p. 9.

- Le manque d'argent et de ressources pour recevoir les soins et les services nécessaires à leur état;
- Le besoin de demander de l'aide.

Plus spécifiquement, les personnes âgées ont certaines appréhensions liées à leur statut de membre de coopérative d'habitation. En effet, nos membres âgés craignent :

- De devenir incapables, en vieillissant, d'effectuer correctement les tâches qu'ils doivent assumer au sein de la coopérative d'habitation;
- Que leur coopérative d'habitation refuse d'aménager leur logement en fonction de leurs besoins;
- De devoir quitter la coopérative d'habitation pour laisser la place à une famille. Ils croient que leur coopérative d'habitation privilégiera les rénovations d'ordre général avant d'adapter les logements en fonction des besoins des personnes âgées.

Au regard de leurs désirs, nos membres âgés souhaitent :

- Vivre chez eux le plus longtemps possible. Ils privilégient un environnement familial et sécuritaire;
- Vivre de façon autonome et participer à la vie de leur collectivité. Ils ont besoin de se sentir utiles;
- Être écoutés et ne pas se faire imposer de décisions;
- Demeurer dans l'environnement dans lequel ils ont évolué au cours de leur vie.

4. QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Dépistage de la perte d'autonomie

Les coopératives d'habitation bénéficient de peu de latitude quant aux interventions possibles auprès de leurs membres âgés ou en légère perte d'autonomie. En effet, un représentant de la coopérative d'habitation ne peut communiquer avec le CSSS et les ressources communautaires sans le consentement du membre concerné ou d'un membre de sa famille. Or, il arrive fréquemment que l'entourage des membres ne soit pas connu au sein même de la coopérative d'habitation. La CQCH en vient à se questionner sur les façons dont les CSSS dépisteront la perte d'autonomie dans les logements privés. Elle s'interroge également à savoir si les professionnels du réseau de la santé, tels que désigné dans le Livre blanc sous l'appellation de gestionnaires de cas, seront en nombre suffisant dans les CSSS pour répondre adéquatement et dans des délais raisonnables à l'accroissement de la demande d'évaluation des besoins.

Il y a aussi dans les coopératives d'habitation des aînés en perte d'autonomie physique et cognitive, dont plusieurs peuvent souffrir d'isolement, de solitude ainsi que des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Il est donc également important de prendre en considération les différences individuelles des aînés et de ne pas perdre de vue qu'on ne peut pas entièrement rendre compte de l'autonomie d'une personne aînée à l'aide d'un seul test standardisé comme la grille SMAF, fréquemment utilisée dans le réseau sociosanitaire au Québec. La CQCH croit que l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui comprend, en plus du SMAF, une évaluation de la situation psychosociale, des habitudes de vie de la personne ainsi que de sa santé, serait plus approprié pour ce type de clientèle.

Accessibilité et harmonisation des services

La gamme de services intégrés actuellement prévue dans le continuum d'intervention comprend les activités d'information, de prévention et de dépistage, l'aide à la personne, l'aide aux proches, les services professionnels de base, les services spécialisés de gériatrie, de psychogériatrie, de réadaptation et les soins palliatifs.

Pour ce qui est de la dimension « guérison » du continuum d'intervention, les établissements et les organismes communautaires offrent des services médicaux de première ligne et doivent favoriser l'accès à ces services aux personnes qui en présentent le besoin. En dernier lieu, afin de soutenir l'intervention auprès des personnes aînées en perte d'autonomie, les établissements publics doivent collaborer avec les organismes communautaires. Ils doivent s'assurer de favoriser l'accessibilité aux services de soutien et d'aide à domicile, aux services spécialisés et assurer la continuité, la coordination et la collaboration entre les différents partenaires du milieu communautaire¹¹.

Il est prévu que toute intervention devrait adopter une approche globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire¹². Plus précisément, une bonne intervention devrait viser le recouvrement de l'autonomie de la personne aînée et favoriser le bien-être physique, mental et émotionnel, le développement personnel et le maintien optimal de l'autonomie de toute personne.

La CQCH constate toutefois que l'accessibilité aux services et leur disponibilité ne sont pas toujours assurées pour la personne qui en fait la demande et qu'elles varient considérablement d'un territoire à l'autre. De plus, le mode d'accès aléatoire aux services médicaux d'ordre

¹¹ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH). 2009. *op. cit.*, p. 24.

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2003. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, octobre, p. 10-11.

général et aux services spécialisés amène à repenser l'accès aux services et la diversification des modes de réponse aux besoins de santé, d'autant plus qu'il est difficile pour les personnes vulnérables de trouver les ressources pour bénéficier des services dont elles ont besoin. En fait, une meilleure accessibilité et une meilleure organisation des soins et des services sociaux sont au cœur des attentes exprimées par les aînés et leur entourage.

De ce fait, la porte d'entrée du réseau et l'accessibilité aux ressources doit consister en un guichet unique et en un seul mécanisme d'orientation et d'admission pour les gens qui font des demandes de services sur un territoire donné. Il faut également prévoir des mécanismes permettant d'identifier les clientèles vulnérables qui n'ont pas l'information nécessaire et le réflexe d'avoir recours à ces services. Une évaluation clinique permettant la collecte des données traduisant l'évolution de la situation et la classification des besoins ainsi qu'une communication efficiente entre les différents intervenants faciliteront le travail interdisciplinaire des professionnels.

Mentionnons également qu'il est essentiel que le panier de soins et de services professionnels de base, de services d'aide à la vie domestique (AVD) et de services d'aide à la vie quotidienne (AVQ), couverts par la future assurance autonomie, soit diversifié, clairement défini et offert aux mêmes conditions dans toutes les régions du Québec à l'ensemble des clientèles visées. Il s'agit d'une question d'équité sociale.

Prestataires de services

Les services AVD qui comprennent, par exemple, l'entretien ménager, la préparation de repas sans diète, les courses, l'approvisionnement, l'entretien des vêtements, la lessive, etc. sont actuellement offerts par des entreprises privées, des travailleurs autonomes, des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD), ainsi que par des groupes communautaires ou des groupes bénévoles. L'Assurance autonomie prévoit que les services AVD continueront d'être offerts par les EESAD, mais peuvent aussi faire l'objet d'une entente contractuelle avec les organismes communautaires ou des organisations privées dont la qualité des services est reconnue.

Pour leur part, les services AVQ qui impliquent notamment les soins d'hygiène, le lever et le coucher, l'habillage, l'aide à l'alimentation et l'aide au déplacement, doivent, en principe, être dispensés par des auxiliaires familiaux et sociaux des CSSS. Pour leur part, les services professionnels couvrent tous les soins de santé pouvant être offerts à domicile par le réseau public, qu'il s'agisse de soins infirmiers, de soins de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, des services de nutritionnistes ou d'intervenants psychosociaux.

Depuis les dernières années, certaines EESAD ont progressivement développé une offre de services AVQ, mais, dans la plupart des cas, ce sont les CSSS qui achètent des heures de services à la personne aux entreprises collectives de services à domicile afin de compléter leur offre de service institutionnelle. Une fois l'assurance autonomie mise en œuvre, les services AVQ seront offertes principalement par les EESAD, mais pourront aussi faire l'objet d'une entente contractuelle avec une résidence privée pour aînés (RPA) certifiée ou une organisation privée dont la qualité des services est reconnue ou, sur une base d'exception pour des cas particuliers, par les CSSS.

Bien que le Ministre souhaite « donner à chaque personne en perte d'autonomie la possibilité de choisir son lieu de vie, le type de prestation et le prestataire de services », il n'y a pas lieu de multiplier les prestataires de services. La CQCH considère important, dans un premier temps, de bien clarifier auprès de la clientèle qui sont les prestataires de services couverts par l'assurance autonomie. La CQCH est également d'avis qu'il faut tirer avantage, et ce à certaines conditions, de la présence et de l'expertise du réseau de 102 EESAD réparties dans les 17 régions administratives du Québec tant pour les services AVD que pour les services AVQ. Toutefois, cela devra se faire dans le respect de conditions gagnantes afin que ce changement ne constitue pas un recul, notamment sur la qualité des services AVQ actuellement principalement offerts par les CSSS.

5. COÛTS DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Bien que les aînés aient accès à de nombreuses mesures fiscales ainsi qu'à divers types de pensions comme la pension de la Sécurité de la vieillesse, la rente au conjoint survivant, le Supplément de revenu garanti, le Régime de rentes du Québec, un nombre important parmi elles vivant seules se situent près du seuil de la pauvreté avec un revenu total moyen avant impôt en 2008 de 22 522 \$ chez les femmes de 65 ans ou plus et de 32 667 \$ chez les hommes de la même catégorie d'âge. Mentionnons qu'au Québec, l'âge moyen de la retraite, en 2009, était de 60 ans pour les hommes et de 60,5 ans pour les femmes¹³.

Les revenus des aînés avoisinent ainsi ceux des ménages à faible ou modeste revenu. En effet, 34,7 % des ménages d'aînés locataires et 10,9 % des ménages d'aînés propriétaires présentent des besoins impérieux de logement. Aussi, parmi les Québécois qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement, 38 % sont des aînés¹⁴. Il en est de même pour les aînés membres de

¹³ MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (MFA). 2012. *Vieillir et vivre ensemble, Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Gouvernement du Québec, p. 31.

¹⁴ *Ibid.*, p. 33-34.

coopératives d'habitation. Les données de *L'Enquête sur le profil socioéconomique des résidents de coopératives d'habitation – 2012*, démontrent, en effet, que le revenu annuel moyen des répondants âgés de 65 à 74 ans était de 25 626 \$ et celui des répondants âgés de 75 ans et plus, de 24 426 \$¹⁵.

Actuellement, les services professionnels sont offerts à tous gratuitement par l'entremise du réseau de la santé. Les services AVQ et AVD sont offerts, pour leur part, sans frais aux personnes qui ont une incapacité temporaire, une incapacité significative et persistante ou qui bénéficient de soins palliatifs. Pour que l'accès à ces services soit gratuit, ils doivent avoir été préalablement prévus par les professionnels du CSSS dans un plan de services individualisé ou un plan d'intervention. Pour leur part, les personnes atteintes d'une incapacité les empêchant d'accomplir certaines tâches AVD seront dirigées vers les entreprises d'économie sociale. Pour les personnes à faible revenu, des services AVD peuvent leur être prodigués à faible coût, dans la mesure où ils sont prévus dans leur plan de services individualisé ou leur plan d'intervention.

La CQCH craint que la future assurance autonomie en vienne à appauvrir les membres de coopératives d'habitation qui composent déjà avec un revenu limité. En effet, le Livre blanc sur l'assurance autonomie évoque la possibilité qu'une partie des services AVQ, actuellement offerts gratuitement par le réseau public, soit dorénavant facturés aux bénéficiaires. Il ne faudrait en aucun cas que les personnes qui ont choisi de demeurer à domicile soient pénalisées et doivent déboursier des sommes supplémentaires pour de tels services. Les aînés ne devraient pas être contraints de se priver, en raison de l'imposition d'une contribution financière, des services requis par leur état. La CQCH est donc d'avis que les services AVQ ne doivent, en aucun cas, être tarifés, mais assumés par le réseau public, ou du moins, que ces coûts tiennent compte de la capacité de payer des bénéficiaires dans la détermination d'éventuelles contributions.

Le Livre blanc propose de réexaminer le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée afin d'établir la possibilité de l'adapter et de réallouer une partie des sommes économisées à la caisse autonomie. La CQCH est d'avis que la future assurance autonomie ne doit, en aucun temps, faire en sorte que les personnes actuellement soutenues financièrement pour des services à domicile, dont plusieurs de nos membres de coopératives d'habitation, n'aient plus aucune aide. Cela irait à l'encontre même des objectifs poursuivis par l'assurance autonomie.

De même, la CQCH recommande au gouvernement le maintien du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et de l'étendre aux services AVQ

¹⁵ CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES D'HABITATION (CQCH). 2013. *op. cit.*, p. 17.

puisqu'il permet à nos membres de coopératives d'habitation d'avoir accès à des services à moindre coût et ainsi de retarder ou d'éviter l'institutionnalisation de ces personnes en perte d'autonomie. Dans le cas où le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée et le PEFSAD seraient abolis, la CQCH est d'avis que le gouvernement devrait offrir, pour le moins, une aide financière pour l'ensemble des clientèles actuellement soutenues par ces programmes.

Le financement de la caisse d'assurance autonomie n'étant pas encore connu, la CQCH s'interroge fortement à savoir comment un tel programme sera financé dans cinq ans et avec quel argent. C'est très inquiétant pour nos membres aînés dont les revenus sont faibles.

6. QUALITÉ DE VIE ET SÉCURITÉ PHYSIQUE DES MEMBRES

Afin de respecter l'objectif du Livre blanc de maintenir les aînés à domicile, il convient non seulement de mettre en place une offre de services adaptés et de soulager la famille ou l'entourage, mais d'aménager le lieu de vie et de contribuer à une meilleure intégration des personnes au sein de leur environnement.

Actuellement, peu de logements coopératifs sont adaptés pour répondre aux besoins des aînés ou pour faire face aux changements associés au vieillissement. Certains aménagements de l'espace, tant des logements eux-mêmes que des lieux communs, peuvent être toutefois facilement réalisés afin d'atténuer les difficultés vécues dans l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne à domicile et, ainsi, permettre aux aînés de rester à domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possible.

Le programme Logements adaptés pour aînés autonomes (LAAA) financé à part égale par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et la Société d'habitation du Québec (SHQ) offre une aide financière aux personnes âgées de 65 ans ou plus, à faible revenu, devant apporter des adaptations mineures à leur maison ou à leur logement pour continuer à y vivre de façon autonome et sécuritaire. La subvention peut atteindre, sous certaines conditions, la somme de 3 500 \$. Les adaptations admissibles sont, à titre d'exemple, l'installation d'une main courante le long d'un corridor ou d'un escalier, l'installation de barres d'appui près de la baignoire, de robinets ou de poignées plus faciles à utiliser, la pose d'interrupteurs ou de prises de courant à des endroits plus pratiques.

Au provincial, le Programme d'adaptation de domicile (PAD) de la SHQ prévoit une aide financière de 4 000 \$ à 16 000 \$ pour aider à payer le coût de travaux nécessaires pour rendre le logement accessible et adapté aux besoins de ses occupants. Cette aide financière s'adresse aux personnes handicapées limitées dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes,

sans égard à leur revenu. Ces programmes doivent être maintenus ou, du moins, de telles aides techniques doivent être couvertes par l'assurance autonomie afin de garantir la sécurité d'occupation des aînés résidant à domicile.

L'accessibilité à des services de proximité (marchés d'alimentation, pharmacies, institutions de soins et de services de santé, institutions bancaires, transport, etc.) est essentielle dans un contexte où la volonté des aînés est de préserver leur autonomie et de demeurer à domicile, dans leur communauté le plus longtemps possible. Les gouvernements locaux, régionaux et nationaux doivent ainsi se coordonner et se concerter tant sur le plan du développement et de l'organisation que de l'accès aux services.

7. RECOMMANDATIONS

Malgré certaines inquiétudes et questionnements, la CQCH juge pertinents les fondements même du Livre blanc sur l'assurance autonomie. Certaines conditions gagnantes doivent toutefois être examinées dont les suivantes.

Priorité 1 : Qualité et sécurité des services de soutien à domicile :

1. Doter les CSSS d'un nombre suffisant de gestionnaires de cas pour répondre adéquatement et dans des délais raisonnables à l'accroissement de la demande d'évaluation des besoins;
2. Doter les CSSS de ressources humaines (professionnels, auxiliaires familiaux et sociaux) en nombre suffisant pour répondre aux besoins de soins et services de maintien à domicile;
3. Implanter des mesures permettant de dépister la perte d'autonomie dans les logements privés;
4. Privilégier l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC);
5. Offrir une meilleure accessibilité et une meilleure organisation des soins et des services sociaux pour les aînés en soutenant l'implantation du principe de guichet unique dans les CSSS;
6. Diversifier, définir clairement et offrir aux mêmes conditions dans toutes les régions du Québec le panier de soins de base, comprenant les services professionnels, les services AVQ et les services AVD;
7. Clarifier adéquatement qui sont les prestataires de services et ne pas les multiplier inutilement;

8. Tirer avantage de la présence et de l'expertise du réseau de 102 EESAD réparties dans les 17 régions administratives du Québec tant pour les services AVD que les services AVQ, dans le respect des conditions gagnantes suivantes :

- ✓ Le rôle des EESAD devra être précisé dans le cadre de l'assurance autonomie;
- ✓ Les EESAD devront être formellement accréditées afin d'assurer le contrôle et la qualité des prestations des soins et services AVD et AVQ;
- ✓ Les services AVQ devront être rendus par des intervenants formés et qualifiés. En l'occurrence, les EESAD doivent faire de la formation leur priorité absolue afin de développer les compétences de tout leur personnel, principalement les employés dispensant des services AVQ, car c'est la qualité des soins et des services ainsi que la qualité de vie des personnes qui sont en jeu;
- ✓ La prestation des services AVQ par les EESAD ne doit pas complexifier l'administration et le partage des dossiers des bénéficiaires et la communication entre les divers intervenants, mais les simplifier. Les zones de responsabilités entre les prestataires de soins et services et le CSSS doivent être clairement définies et respectées;
- ✓ Afin de répondre aux besoins de l'assurance autonomie, les EESAD devront développer une stratégie de recrutement de personnel;
- ✓ Les EESAD devront de plus chercher à retenir leur personnel par la mise en place d'un programme de fidélisation des employés en offrant des avantages financiers et en améliorant les conditions de travail, et ce, afin de protéger la continuité relationnelle des soins et services du client avec l'intervenant. Pour ce faire, des décisions doivent être prises afin de redéployer efficacement les ressources gouvernementales en ce sens et de s'assurer que le financement des EESAD soit mieux encadré et soutenu par l'État. L'assurance autonomie doit voir à ce que les services soient offerts à leur juste valeur.

Priorité 2 : Coûts des services de soutien à domicile :

1. Ne pas pénaliser les personnes qui ont choisi de demeurer à domicile en tarifiant les services AVQ assumés actuellement par le réseau public;
2. Tenir compte de la capacité de payer des bénéficiaires dans la détermination des contributions des usagers;
3. Maintenir le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'une personne âgée;
4. Maintenir le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et l'étendre aux services AVQ.

Priorité 3 : Qualité de vie et sécurité physique de nos membres :

1. Soutenir le développement de coopératives de solidarité en habitation pour aînés;
2. Rendre les coopératives d'habitation adaptables, adaptées et sécuritaires pour les aînés en partenariat avec la SHQ;
3. Adapter le bâti des coopératives d'habitation aux besoins des membres aînés en perte d'autonomie en s'assurant que le CSSS de chaque région puisse évaluer les besoins de chaque personne et de ses proches et exécuter les travaux d'adaptation nécessaires dans des délais plus que raisonnables;
4. Maintenir les programmes d'adaptation des immeubles et des logements;
5. S'assurer de la présence des services de proximité lors de la construction de nouvelles coopératives d'habitation pour aînés.

8. CONCLUSION

Le projet d'assurance autonomie tel que proposé par le gouvernement du Québec dans son Livre blanc démontre l'intention du MSSS de fournir et de répondre adéquatement aux besoins et aux aspirations des personnes âgées, notamment en leur permettant d'avoir accès à des soins et services de qualité, et ce, à domicile. La CQCH considère que le gouvernement du Québec se dirige dans la bonne direction et constate une réelle volonté de soutenir les aînés.

Néanmoins, plusieurs éléments importants sont actuellement absents du Livre blanc, notamment la façon dont sera dépisté la perte d'autonomie dans les logements privés, la façon dont seront organisés les services sur les différents territoires et en fonction des divers prestataires de services, le coût des services et la façon dont sera financé le programme à partir de 2017. Autant de questions en suspend auxquelles le gouvernement du Québec devra répondre adéquatement et rapidement.

Il importe également de souligner que la santé, le bien-être et le maintien de l'autonomie des aînés ne résident pas uniquement dans la prestation des services que requiert leur état, mais s'étendent également à la qualité du domicile et du milieu de vie. Pour demeurer en santé, les aînés doivent rester actifs et continuer à s'engager dans la communauté, tout en évoluant dans un milieu de vie sain et sécuritaire.

À cet effet, il a été démontré que les coopératives d'habitation pour aînés et les coopératives de solidarité en habitation contribuent au prolongement de l'autonomie des aînés en leur offrant notamment la possibilité de se responsabiliser, de s'épanouir en évoluant dans un milieu sain, de demeurer en bonne santé, de prévenir la perte d'autonomie et d'améliorer leur qualité de vie., retardant du même coup l'institutionnalisation des résidents en CHSLD.

Mentionnons également que soutenir et privilégier la réalisation de coopératives de solidarité en habitation pour aînés pourraient fortement contribuer à diminuer la pression exercée sur le système d'hébergement et le système de santé public et, en l'occurrence, sur les finances publiques. En effet, des études ont démontré que cette formule peut servir de moteur économique pour les communautés, notamment en contribuant au décroisement entre l'habitation et les services à la personne et allier les forces vives des municipalités, des milieux de la santé et des services sociaux, de l'habitation ainsi que le milieu communautaire¹⁶.

Ainsi, la CQCH considère que le gouvernement devrait soutenir davantage le développement de coopératives de solidarité en habitation afin d'offrir une alternative aux aînés qui ne peuvent plus résider dans leur domicile, mais dont l'état ne justifie pas leur institutionnalisation en CHSLD. Comme le soulignait monsieur Gaston Michaud, président et membre fondateur de la première coopérative de solidarité en habitation pour aînés au Québec, La Brunante, « On ne

¹⁶BIGONNESSE C., S. GARON, M. BEAULIEU et A. VEIL. 2011. « L'émergence de nouvelles formules d'habitation : mise en perspective des enjeux associés aux besoins des aînés », dans *Économie et Solidarités*, vol. 41, n° 1-2, p. 88-103.

déracine pas un vieux chêne, c'est pareil pour une personne âgée. Il faut la maintenir enracinée dans son milieu de vie ».

En terminant, l'assurance autonomie doit s'inscrire dans une approche beaucoup plus globale qu'une simple politique de prévention de la perte d'autonomie. Afin de diminuer les coûts des soins de santé à long terme au Québec, la population doit se responsabiliser et prendre en charge sa santé physique et mentale en adoptant de saines habitudes de vie, et ce, en bas âge. Plus la population est en santé, moins elle a recours au système de santé, diminuant du même coup la progression de la perte d'autonomie.

À cet égard, le gouvernement, en partenariat avec les organismes communautaires, doit prévoir des mesures concrètes et déployer une vaste campagne de sensibilisation et d'information autant auprès des aînés qu'auprès de la population en général sur les enjeux du vieillissement et sur les saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, de sommeil, de prévention des chutes, de maintien de lien social, d'activité intellectuelle, de dépistage de maladies, de vaccination, etc.. Autant de mesures de prévention qui contribueront certainement à réduire les coûts du réseau de la santé et des services sociaux à long terme!