

LIVRE BLANC - L'AUTONOMIE POUR TOUS

L'ASSURANCE AUTONOMIE, UNE SOLUTION RESPONSABLE!

ASSEMBLÉE NATIONALE

POSITION DE LA CONFÉRENCE DES TABLES RÉGIONALES  
DE CONCERTATION DES AÎNÉS DU QUÉBEC

LE 31 OCTOBRE 2013



Page blanche



## Table des matières

Liste des acronymes .....	4
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>5</b>
<b>Présentation de la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec.....</b>	<b>7</b>
Historique de l'organisation .....	7
Mission de la Conférence.....	7
<b>Exposé.....</b>	<b>8</b>
Le financement .....	8
Les sommes actuelles allouées aux CHSLD plus 500 M\$ d'ici 2017-2018 .....	9
La contribution des usagers .....	10
La caisse d'assurance autonomie .....	10
Le passage de services en institution aux services à domicile.....	10
Les conditions de travail des partenaires du secteur privé .....	11
Le refus de services.....	11
Le déploiement équitable des services.....	12
Des services de qualité .....	13
Alléger les processus de la livraison des services .....	14
Se sentir vivant .....	14
Conclusion .....	15
ANNEXE A : .....	16



*La forme masculine des personnes est utilisée dans ce mémoire pour alléger la lecture du texte. Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution inestimable des femmes au sein des Tables régionales de concertation des aînés, de la Conférence et du bénévolat en général dans la société québécoise.*

## **LISTE DES ACRONYMES**

AVD	Activités de vie domestique
AVQ	Activités de vie quotidienne
CAB	Centre d'action bénévole
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
Conférence (la)	Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EÉSAD	Entreprises d'économie sociale d'aide à domicile
TRCA	Tables régionales de concertation des aînés



## SOMMAIRE

La Conférence des Tables régionale de concertation des aînés du Québec salue le premier objectif du *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie* qui est de *favoriser la prestation de services là où résident les personnes*.

Les personnes âgées se sont prononcées, elles veulent demeurer chez-eux le plus longtemps possible. Les professionnels et les intervenants devront donc livrer ce service là où les personnes résident. Au fait, les avons-nous consultés ces professionnels et intervenants ?

Cette interrogation est à la base de notre réflexion. Nous comprenons que les divers représentants des intervenants auront aussi l'occasion de faire valoir leur point de vue lors de cette consultation, toutefois, lorsqu'il est question de rapprocher les soins des personnes, de les humaniser, l'on doit placer le dossier des ressources humaines au cœur de la réflexion. L'ouverture de la porte de son logis à une personne étrangère n'est jamais aisée pour quiconque, à plus forte raison lorsqu'intégrer une personne étrangère dans son quotidien représente non seulement la perte de son intimité mais aussi la prise de conscience d'une étape vers la perte de son autonomie. Il est donc de toute première importance d'assurer des conditions de travail et une structure de soutien adéquate pour assurer une stabilité en emploi des intervenants qui offriront les services de soutien aux activités de vie quotidiennes (AVQ) à domicile. La fonction publique actuelle a fait de louables avancées en ce sens, nous soutenons que le principe d'*à travail égal, salaire égal* soit respecté.

A l'intérieur d'un cadre prescrit de services, nous préconisons un allègement de paliers pour ramener la gestion opérationnelle sur un plan local, le plus près possible de la communauté. La prestation des services doit se faire en toute collégialité entre groupes transdisciplinaires opérant dans un cadre de services universels, accessibles et équitables pour tous les Québécois.



Le deuxième objectif de ce Livre blanc est de *protéger le financement* qui est destiné aux services là où les personnes résident. La constitution d'une *caisse autonomie* est l'option retenue par les membres consultés<sup>1</sup> de la Conférence<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> 15 TRCA sur 18 ont répondu à un sondage, dix d'entre elles préconisaient une caisse avec capitalisation, deux préfèrent le *statu quo* et trois ne se prononcent pas.



## **PRÉSENTATION DE LA CONFÉRENCE DES TABLES RÉGIONALES DE CONCERTATION DES AÎNÉS DU QUÉBEC**

### **HISTORIQUE DE L'ORGANISATION**

Les Tables de concertation des aînés ont été créées en 1999 suite aux travaux du Bureau québécois de l'année internationale des personnes âgées décrétée par l'Organisation des Nations Unies (ONU). Chacune d'elle regroupe des représentants de l'ensemble des associations et des personnes aînées de sa région ainsi que tout autre groupe ou organisme préoccupé par la condition de vie des aînés.

On compte dix-huit Tables régionales de concertation des aînés réparties dans l'ensemble des régions du Québec. Le mandat principal de ces Tables est de se concerter relativement aux enjeux qui touchent particulièrement les aînés sur le plan régional, d'animer le milieu des aînés afin de les aider à jouer leur rôle de citoyens à part entière et d'acteurs dynamiques dans le développement de leur région ainsi que de transmettre de l'information. Ces Tables travaillent en étroite collaboration avec le Secrétariat aux aînés et le Ministre responsable des aînés.

À l'automne 2004, les représentants des Tables se sont donnés comme outil d'harmonisation une Conférence des Tables régionales de concertation des aînés.

### **MISSION DE LA CONFÉRENCE**

*La Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec* a comme objectif d'identifier ou mettre de l'avant toute information gouvernementale et ainsi documenter les principaux enjeux relatifs aux aînés. En plus de partager des valeurs et des connaissances, elle doit informer, mobiliser, accompagner et soutenir les Tables dans leurs actions. Elle les représente auprès de diverses instances, les incite à développer la concertation en favorisant des échanges entre elles, avec les groupes et les associations qui œuvrent en faveur des aînés.

Le protocole d'entente signé entre le ministre responsable des aînés et la Conférence des Tables régionales des aînés du Québec détermine les principales responsabilités à être assumées par celle-ci, à savoir :

- Représenter les différentes Tables régionales de concertation des aînés et soutenir leur concertation vers l'atteinte d'objectifs communs.



- Contribuer à la prise de décisions sur le plan national en ce qui concerne les personnes âgées et agir de manière à favoriser l'harmonisation des actions.
- Agir auprès des Tables régionales de concertation des aînés comme relayeur d'information concernant l'existence des politiques et des programmes gouvernementaux qui touchent les personnes âgées.
- Transmettre au Ministre l'information et les avis susceptibles d'améliorer la qualité de vie des aînés du Québec, de favoriser leur participation et leur intégration dans la communauté, de promouvoir la solidarité entre les générations, de témoigner de l'ouverture au pluralisme et au rapprochement interculturel.
- Participer à des rencontres avec le personnel du MSSS, particulièrement le Secrétariat aux aînés et le Ministre responsable des aînés.

C'est dans le cadre de ce mandat que nous rédigeons et déposons des avis et des mémoires et que nous participons à des Commissions parlementaires.

## **EXPOSÉ**

### **LE FINANCEMENT**

Une étude parue en août 2013, effectuée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) en France, démontre qu'à « niveau de dépendance comparable, les dépenses des personnes hébergées en institution sont proches ou légèrement inférieures à celles de leurs homologues à domicile »<sup>3</sup>. Nous comprenons que le contexte en France et au Québec diffère, toutefois, les résultats de cette recherche nous portent à nous questionner sur le réalisme des économies annoncées par le passage de l'institutionnalisation aux services à domicile. Selon le Livre blanc (p. 29), l'implantation de l'assurance autonomie pourrait représenter des économies de 1,5 milliard de dollars d'ici 15 ans. La question que nous nous posons est d'où proviendront ces économies?

---

<sup>3</sup> Lucie CALVET, Alexis MONTAUT, Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Des dépenses comparables en institution et à domicile. No 42. Août 2013.



## LES SOMMES ACTUELLES ALLOUÉES AUX CHSLD PLUS 500 M\$ D'ICI 2017-2018

Même s'il s'avérait que de plus en plus de personnes choisissent de recevoir les soins à domicile, il a souvent été démontré que le nombre de personnes âgées augmentera au cours de ces quinze années. Les soins à domicile comptent beaucoup sur la participation des proches aidants. Or, au recensement de 2011, près de 350 000 personnes âgées de plus de 65 ans (27%) vivaient seules<sup>4</sup> au Québec et la tendance va en s'accroissant<sup>5</sup>. La figure suivante présente la situation au Canada dont ont été extraites les données pour le Québec (plus d'informations en ANNEXE A).

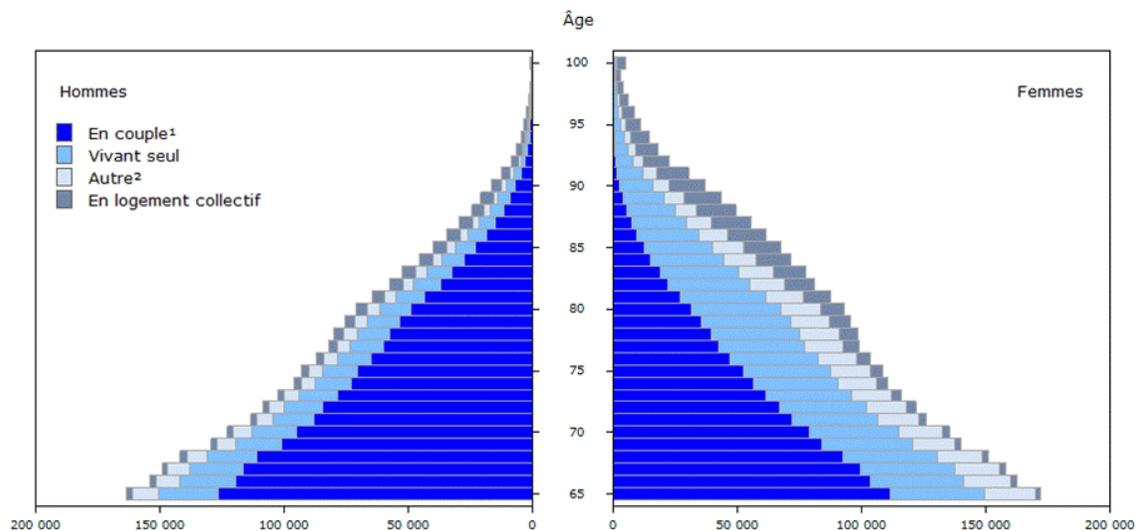


Figure 1 Pyramide de la population âgée de 65 ans et plus, selon la situation des particuliers dans le ménage et le sexe, Canada, 2011

De plus, les personnes vivant de plus en plus longtemps, les enfants qui pourraient être la source de soutien sont eux aussi des personnes âgées. Si les soins à domicile devenaient généralisés et plus accessibles, seules les personnes les plus fragilisées se retrouveraient en

<sup>4</sup> Recensement 2011 de Statistiques Canada. Compilation de l'institut de la statistique du Québec. [http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken2/Ken263\\_Liste\\_Total.p\\_tratr\\_reslt?p\\_iden\\_tran=REPERIX7S3K5963137223303ei\\$NU&p\\_modi\\_url=1018030412&p\\_id\\_rapp=2440](http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken2/Ken263_Liste_Total.p_tratr_reslt?p_iden_tran=REPERIX7S3K5963137223303ei$NU&p_modi_url=1018030412&p_id_rapp=2440), consulté le 18 octobre 2013, 15 :19.

<sup>5</sup> 234 113 personnes en 1996 et 269 285 personnes en 2001 publié dans Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus, INSPQ (2003), p.5.



CHSLD. Les cas deviendraient de plus en plus lourds nécessitant par le fait même un personnel en plus grand nombre et plus qualifié. Où pourraient se trouver les économies?

Déjà en 2008, le Dr Hébert avait déclaré que « si Québec cherchait seulement à combler 40 pour cent des besoins [des soins à domicile], il en coûterait au bas mot 500 millions \$ par an »<sup>6</sup>. Qu'en est-il de la somme nécessaire aujourd'hui? Les autres mesures seront-elles suffisantes pour combler les 60% manquant?

#### *LA CONTRIBUTION DES USAGERS*

Le passage des services AVQ auparavant offerts par les CLSC aux EÉSAD impliquant une contribution des usagers crée une brèche dans l'universalité et l'accessibilité aux soins et services publics. Les détails ne sont pas connus à ce jour, par contre, nous insistons pour que le calcul ne mette pas en péril l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. Toute participation financière pour des soins de santé demandée aux personnes bénéficiaires du supplément de revenu garanti est inacceptable dans la société québécoise. *L'autonomie pour tous* passe par la gratuité des soins de santé pour les personnes les plus démunies de notre société québécoise. Les soins des activités de vie quotidienne (AVQ) doivent demeurer gratuits pour l'utilisateur dont les revenus sont restreints.

#### *LA CAISSE D'ASSURANCE AUTONOMIE*

La Conférence appuie le principe de la caisse de l'assurance autonomie et rejette le financement à même le fonds consolidé de la province.

#### **LE PASSAGE DE SERVICES EN INSTITUTION AUX SERVICES À DOMICILE**

Pour le personnel qui a été formé pour travailler en équipe dans un milieu contrôlé, voire aseptisé, il s'agit d'un virage majeur. Le domicile n'offre pas toujours un cadre de travail sécuritaire et salubre pour le personnel qui dispense les soins ou les services. Un changement de culture aussi important ne se fait pas sans heurts. C'est une tout autre dynamique de travail. La formation et le soutien à ce personnel sont de toute première importance pour

---

6

[http://sante.canoe.ca/channel\\_health\\_news\\_details.asp?channel\\_id=2001&relation\\_id=3483&news\\_channel\\_id=2001&news\\_id=2995&rid=](http://sante.canoe.ca/channel_health_news_details.asp?channel_id=2001&relation_id=3483&news_channel_id=2001&news_id=2995&rid=), consulté le 24 octobre 2013.



contrer la résistance au changement inhérente à toute organisation. Des budgets suffisants sont-ils prévus pour y répondre?

### **LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PARTENAIRES DU SECTEUR PRIVÉ**

Le maintien de l'autonomie d'un groupe de citoyens ne doit pas se faire au prix de l'encouragement par l'État d'emplois sous-payés, précaires et exigeants physiquement, occupés par un autre groupe de citoyens.

Jusqu'à présent, les soins pour les AVQ (activités de la vie quotidienne) étaient dispensés par les auxiliaires familiales des CLSC. Le Livre blanc propose que ces soins soient donnés par les EÉSAD (entreprises d'économie sociale en aide domestique). Des emplois convenablement rémunérés du système public passent par le fait même au secteur privé avec des conditions se rapprochant de celles du seuil de la pauvreté. Ces emplois sont majoritairement occupés par des femmes (93%) entre 46 et 55 ans. Détentrices d'un diplôme de niveau secondaire, ces personnes gagnaient, en moyenne en 2009, 10,60\$ l'heure pour les employés à plein temps. À la même époque, les auxiliaires familiales et sociales du CLSC gagnaient entre \$17,50 et \$20,00 l'heure, en plus d'avantages sociaux importants. Cet écart important ne s'est pas rétabli depuis. Pourtant, le Livre blanc propose de confier les tâches des auxiliaires des CLSC aux EÉSAD avec un mince ajustement non chiffré. Le personnel des EÉSAD effectue un travail considérable et de qualité qui devrait être rémunéré à sa juste valeur. À défaut de maintenir ces emplois dans la fonction publique, nous insistons sur ce principe de base : à travail égal, salaire égal.

### **LE REFUS DE SERVICES**

Qui n'a pas entendu parler d'aînés qui refusent de faire appel aux services disponibles ou qui changent carrément d'idée après avoir accepté d'en recevoir? Recevoir des services à domicile, nous l'avons dit, c'est une intrusion dans l'intimité et aussi une confirmation de la perte d'autonomie amorcée. Ces cas souvent relatés dans des conversations privées sont très peu documentés par le réseau de la santé du Québec.



Dans une enquête réalisée par PRISMA-France<sup>7</sup>, dès les premiers entretiens avec les gestionnaires de cas, le refus d'aide et de soin s'est imposé de manière récurrente dans leurs discours comme une problématique majeure de leur pratique professionnelle.

*« ... elles [les personnes âgées] s'opposent à ce qui constitue leur vocation, à savoir répondre aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées fragiles. Le refus conduit les professionnels à une forme de « tiraillement » entre la vocation de leur fonction, c'est-à-dire l'aide aux usagers, et la nécessité éthique de respect de la liberté individuelle. Pour des personnes faisant état d'une santé et/ou d'une autonomie très dégradée, la non-intervention implique le risque de l'aggravation de la situation allant jusqu'à mettre en péril la survie de l'individu.*

*Du côté des personnes âgées, l'expression du refus conduit à problématiser le concept d'autonomie. Alors que le refus représente une manifestation du désir d'autonomie, celui de décider par soi-même de ce qui est bon pour soi, ses conséquences peuvent conduire à une réduction de l'autonomie fonctionnelle puis de l'autonomie décisionnelle. Dans cette optique, comment concilier le refus d'aide et de soin et la préservation de l'autonomie ? »<sup>8</sup>*

Nous pensons que cette problématique ne doit pas être négligée et devrait être étudiée avec soin.

## **LE DÉPLOIEMENT ÉQUITABLE DES SERVICES**

Les auxiliaires tant aux AVQ qu'aux soins aux activités domestiques sont les yeux et les oreilles du CLSC. Ils devraient être en contact constant avec les gestionnaires de cas et être représentés sur les comités transdisciplinaires sur lesquels tous les savoirs seront partagés et les actes à poser seront attribués à la personne la plus apte à le faire dans le contexte.

De plus, il faut assurer une équité entre les services fournis dans les régions. À titre d'exemple de soin préventif élémentaire, présentement, certains CLSC n'offrent pas les soins des pieds (coupe des ongles) à domicile alors que d'autres le font. Dans les cas où le service

---

<sup>7</sup> Frédéric Balard et Dominique Somme, Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe, Nouvelles pratiques sociales, Volume 24, Numéro 1, 2011, p. 85-100. Pages 85-100 Dans : Les personnes âgées : repenser la vieillesse, renouveler les pratiques, Sous la direction de Michèle Charpentier et Anne Quéniart, Université du Québec à Montréal

<sup>8</sup> *Idem.*



n'est pas offert, les aînés doivent faire appel à des services privés et en défrayer les coûts. La plupart s'en passent avec le risque accru de se retrouver à l'urgence avec des problèmes d'ongles incarnés, d'infections, etc.

## **DES SERVICES DE QUALITÉ**

L'expérience de la désinstitutionnalisation de la maladie mentale offre des repères intéressants d'effets positifs et négatifs qu'engendre un tel virage. Le manque de ressources financières est souvent mis de l'avant pour expliquer les ratés. Toutefois, il ne faudrait pas attribuer les effets négatifs de ce passage uniquement aux manques de ressources financières. Dans un rapport sur la désinstitutionnalisation de la santé mentale au Québec, Mireille Doré note que :

*« (...) nous ne croyons pas que le sous-développement du réseau communautaire soit exclusivement attribuable au manque des ressources financières. L'absence d'orientation et les conflits entre l'institutionnel et le communautaire ne sont sûrement pas étrangers à la situation que nous connaissons. (p. 154) »<sup>9</sup>*

Plusieurs des recommandations contenues dans le rapport datant de 1987 peuvent nous guider dans le processus actuel vers les services aux aînés. Nous reprenons donc ici quelques-unes de leurs recommandations.

L'ampleur de la complexité ne saurait survivre à l'intérieur d'un cadre rigide. Des objectifs clairs doivent être énoncés laissant place à des applications créatives et novatrices. À l'intérieur d'un cadre commun, il revient aux différents milieux de trouver le « comment faire » et les incitatifs qui faciliteront l'atteinte des résultats. Le rôle du provincial, du régional même, serait de « fournir des outils d'information et d'évaluation qui nous permettraient de mesurer les besoins des personnes et de leur entourage, l'efficacité des programmes offerts et enfin, l'évolution du mouvement de désinstitutionnalisation »<sup>10</sup>. À l'instar de la désinstitutionnalisation précédente, il ne faudrait pas remplacer « la préoccupation des services à offrir à la personne par la préoccupation du lieu où les services devaient se donner, puis par qui ils devaient être offerts.<sup>11</sup> »

---

<sup>9</sup> DORÉ, Mireille, La désinstitutionnalisation au Québec, Santé mentale au Québec, vol.12, no 2, 1987, p.144-157.

<sup>10</sup> *Idem*, p.155

<sup>11</sup> *Idem*, p.155



La désinstitutionnalisation repose sur le partenariat et la mise en commun de tous les efforts.

### **ALLÉGER LES PROCESSUS DE LA LIVRAISON DES SERVICES**

La lourdeur de la structure administrative du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a souvent été dénoncée. Ne serait-il pas le temps de revoir l'ensemble de l'organisation de ce ministère pour rationaliser l'utilisation des deniers publics et en optimisant les services là où ils sont requis, auprès des usagers?

### **SE SENTIR VIVANT**

Un constat unanime se dégage de la vaste consultation publique sur les conditions de vie des aînés menée en 2008 : les aînés *veulent vivre chez eux le plus longtemps possible*. D'un même souffle, l'on découvre que l'une des difficultés vécues les plus importantes est l'isolement. Dans un monde idéal, on pourrait dire que les préposés aux services à domicile peuvent briser cet isolement. Encore faut-il qu'ils aient reçu la formation et les outils nécessaires pour déceler les situations problématiques et connaître les ressources offertes aux aînés. Le cadre devrait leur permettre d'accorder suffisamment de temps pour écouter la personne aînée.

Dans la réalité, briser l'isolement c'est aussi avoir recours à d'autres moyens pour assurer un milieu de vie sain. Pour « se sentir vivant », le soutien à domicile ne doit pas devenir du maintien à domicile, dans le sens d'une pression extérieure.

*« (...) les résultats de cette recherche suggèrent que les conditions de vie matérielles et relationnelles ont un impact déterminant sur la possibilité pour les aînés de « se sentir vivants » et que pour les personnes les plus défavorisées et/ou isolées, le soutien à domicile se traduit le plus souvent en une situation de « confinement », de « maintien » à domicile<sup>12</sup>. »*

Nous éloignant un peu de la dimension fonctionnelle du soutien à domicile pour aller vers le soutien relationnel, nous croyons qu'il est important de considérer les activités hors de la

---

<sup>12</sup> Permalien: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4910> "Se sentir vivant" : le regard d'aînés et d'auxiliaires familiaux et sociaux sur le soutien à domicile en contexte d'inégalités sociales Fournier, Aude (2011)



maison. L'accès au transport en commun abordable et adéquat devient un enjeu majeur dans le bien-vivre chez soi.

## CONCLUSION

L'assurance autonomie est un rêve crédible qui doit être mis en route très rapidement. Il contient plusieurs enjeux qui sont déjà en voie d'amélioration. Des crédits importants y sont alloués dans le budget.

La Conférence des Tables et tous les organismes d'aînés devront exercer une vigilance de tous les instants pour assurer sa réalisation dans un contexte politique instable et une situation budgétaire difficile.

Il doit être bien compris que sa mise en place ne doit pas se faire au détriment des aidants naturels qui sont majoritairement des femmes.

Il ne faut pas minimiser l'importance des défis à rencontrer. On dérange et on réorganise plusieurs activités. On sait que les changements de mentalité se font très lentement.

Les CSSS auront besoin de plus de personnel : augmentation des évaluations des besoins des personnes âgées, augmentation des gestionnaires de cas, augmentation rapide des besoins en services à domicile.

La priorité absolue doit être donnée aux organismes qui donnent déjà ces services. Il faudra faire face au manque de personnel, au besoin rapide de recrutement, de formation et d'évaluation de la qualité. À la base de toute cette réorganisation il faudra assurer au personnel une stabilité, des salaires décents et des heures garanties.

La désinstitutionnalisation exige un partenariat de tous les intervenants. La collaboration sera essentielle entre les EÉSAD, les CSSS et les groupes communautaire et les CAB.

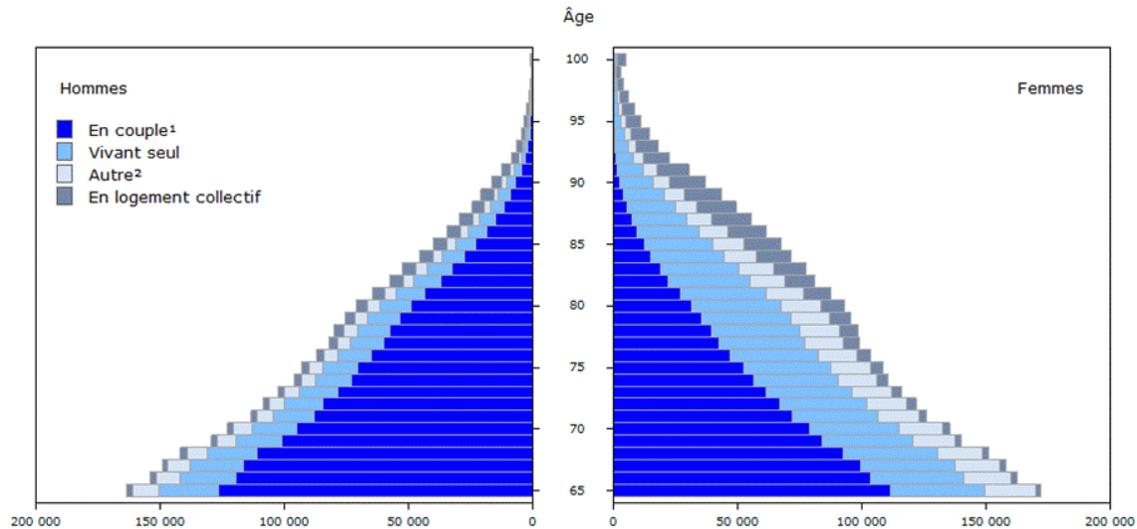
Le 24 octobre 2013.



## ANNEXE A :

Figure 1

Pyramide de la population âgée de 65 ans et plus, selon la situation des particuliers dans le ménage et le sexe, Canada, 2011



**Notes :** 1. Désigne les conjoints mariés et les partenaires en union libre.

2. La catégorie « Autre » comprend les personnes âgées qui sont des parents seuls, vivant avec des personnes apparentées ou non apparentées, ou les enfants adultes vivant avec leur(s) parent(s).

**Sources :** Statistique Canada, Recensement de la population, 2011.

Cette figure montre la pyramide d'âge de la population canadienne âgée de 65 ans et plus (selon l'année d'âge) en 2011 selon le sexe et la situation des particuliers dans le ménage. Les catégories relatives au sexe sont hommes et femmes. Les catégories relatives à la situation des particuliers dans le ménage sont : en couple, vivant seul, autre et en logement collectif. Les catégories « en couple », « vivant seul » et « autre » comprennent la population dans les ménages privés seulement. « Autre » comprend les parents seuls, les enfants adultes et vivant avec des personnes apparentées et/ou non apparentées.

[http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/2011003/fig/fig3\\_4-1-fra.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/2011003/fig/fig3_4-1-fra.cfm) , visité le 18 novembre 2013, 15 :31.



*Ce mémoire a été rédigé  
en collaboration entre*

Monsieur Claude Quintin, Président de la Conférence  
des Tables régionales de concertation des aînés  
du Québec et président de la Table régionale  
de concertation des aînés de l'Estrie

Et

Madame Lorraine Chartier, MSc. (sociologie),  
coordonnatrice de la Conférence des Tables  
régionales de concertation des aînés du  
Québec

Avec la participation des Tables régionales de  
concertation des aînés du Québec et du comité  
exécutif de la Conférence

*Pour tout renseignement  
concernant le contenu de  
ce mémoire*

Conférence des Tables régionales de concertation des  
aînés du Québec, 2120-209A rue Boivin, Ville de  
Québec, Québec, G1V 1N7

Téléphone : 418-614-0999

Courriel : [lorrainechartier@conferencedestables.org](mailto:lorrainechartier@conferencedestables.org)

Site WEB : [www.conferencedestables.org](http://www.conferencedestables.org)

