

## **COOPÉRER POUR VIEILLIR EN SANTÉ**

**Mémoire présenté à  
La Commission sur la santé et les services sociaux**

**Portant sur  
Le Livre blanc  
L'Assurance autonomie pour tous**

**Présenté par  
Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité**

**Novembre 2013**

## INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION

Le **Conseil québécois de la coopération et de la mutualité** (CQCM) est l'instance démocratique dont s'est doté le mouvement coopératif et mutualiste québécois, qui compte parmi ses membres plus de 3 300 coopératives et mutuelles, lesquelles génèrent plus de 95 000 emplois. Avec 30 milliards en chiffre d'affaires et 230 milliards de dollars d'actifs, ces entreprises participent de façon positive au développement économique et social du Québec.

Fondé en 1940, le CQCM exerce un triple rôle de concertation, de représentation et de développement du mouvement coopératif et mutualiste québécois. Les organisations membres du Conseil sont les suivantes :

- La Coop fédérée;
- Agropur coopérative;
- La Fédération des coopératives d'alimentation du Québec;
- La Confédération québécoise des coopératives d'habitation;
- La Fédération des coopératives de développement régional du Québec;
- La Mouvement Desjardins;
- La Fédération des coopératives de câblodistribution et de télécommunication du Québec;
- La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec;
- La Fédération des coopératives des paramédics du Québec;
- Le Réseau de la coopération du travail du Québec;
- La Fédération des coopératives du Nouveau-Québec;
- La Fédération des coopératives funéraires du Québec;
- La Fédération québécoise des coopératives en milieu scolaire;
- La Fédération québécoise des coopératives forestières;
- La Capitale mutuelle de l'administration publique;
- Groupe Promutuel;
- SSQ Groupe financier.

Fortes de leur expertise dans une quarantaine de secteurs d'activité économique, les coopératives sont reconnues pour leur dynamisme et leur excellent potentiel d'innovation. Fondé sur la mise en commun des ressources, le partage des savoirs, une gouvernance élargie et la responsabilité sociale des membres, le modèle coopératif et mutualiste constitue un espace éprouvé de création de nouveaux produits et services et de renouvellement des modèles de gestion. Il est aussi exemplaire par la dissémination des pratiques innovantes à travers ses réseaux intersectoriels et interrégionaux.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION .....	9
PARTIE 1 : PARTICIPER POUR MAINTENIR LA SANTÉ.....	11
1.1 UN REGARD INCLUSIF SUR LES PERSONNES.....	11
1.2 LA COOPÉRATION : UN DÉTERMINANT DE LA SANTÉ.....	13
1.3 UNE DÉFINITION DE LA COOPÉRATIVE.....	14
1.3.1 <i>Participer aux instances décisionnelles</i> .....	16
1.3.2 <i>Des réseaux coopératifs qui soutiennent le développement</i> .....	17
PARTIE 2 : LES COOPÉRATIVES ET LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	19
2.1 PARTICULARITÉS COOPÉRATIVES .....	19
2.2 LES COOPÉRATIVES PARTENAIRES DE L'ÉTAT.....	20
2.3 DES MÉCANISMES DE COORDINATION.....	21
PARTIE 3 : LE CQCM EN APPUI AUX RÉSEAUX COOPÉRATIFS.....	23
3.1 LES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE .....	23
3.1.1 <i>L'offre de services à domicile</i> .....	24
3.1.2 <i>Des emplois et des services de qualité : un souci d'équité et d'égalité</i> .....	24
3.1.3 <i>Les préposé(e)s en aide à domicile</i> .....	25
3.2 LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ.....	26
3.3 L'HABITATION POUR AÎNÉS SOUTENUS PAR LA COMMUNAUTÉ .....	27
3.3.1 <i>Des coopératives de solidarité en habitation</i> .....	27
3.4 LES COOPÉRATIVES D'ALIMENTATION.....	29
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	33
ANNEXE 1 .....	37
ANNEXE 2 .....	39

## **SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS**

Le Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (CQCM) salue l'initiative du gouvernement de revoir l'ensemble de l'organisation des services de santé aux personnes en perte d'autonomie. Le contexte démographique oblige à des actions énergiques en peu de temps. Cela n'empêche pas pour autant d'être à la hauteur des besoins des personnes en perte d'autonomie. En conséquence, la démarche en cours requière une large participation de l'ensemble des acteurs de la société pour assurer une réponse appropriée et de qualité aux besoins des personnes.

Le CQCM appuie la volonté et l'objectif du gouvernement de favoriser le maintien des aînés dans leur milieu de vie, de même que des personnes handicapées. Pour nous, l'ancrage et l'appartenance des personnes à leur milieu, le maintien des réseaux d'entraide et la référence aux ressources connues sont des facteurs contribuant à maintenir la santé des populations.

En première partie de ce mémoire, nous illustrons comment les coopératives, par leurs particularités organisationnelles et règlementaires, sont susceptibles d'avoir un impact sur l'état de santé des populations. Nous référons ici à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour qui des facteurs sociaux et économiques sont des déterminants de la santé. Ainsi, des facteurs tels : le logement, le transport, un réseau de soutien, l'alimentation, le stress, etc., conditionnent notre état de santé. Toujours selon l'OMS, le fait de participer à une instance décisionnelle sur des enjeux nous concernant, influe positivement sur l'état de santé. Au-delà du sentiment d'utilité, la participation contribue à la qualité des services, de même qu'à l'apport de solutions nouvelles émanant des personnes en cause.

En deuxième partie, nous situons les coopératives et leurs réseaux, au sein des instances gouvernementales. Notre objectif est de contribuer à assurer une complémentarité des actions de l'ensemble des acteurs interpellés par l'assurance autonomie. Pour ce faire, nous situons les coopératives dans le paysage institutionnel gouvernemental par un portrait de leurs relations avec les institutions de l'État, leurs réglementations, de même que les programmes dans lesquels elles s'inscrivent.

En troisième partie, nous adressons notre appui aux réseaux sectoriels coopératifs réunis au sein du CQCM. Nous appuyons la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ) qui chapeaute à la fois les coopératives de services à domicile et les coopératives de santé. Nous appuyons également la Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH) dans ses orientations visant à maintenir les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu de vie. Le nombre de personnes âgées dans les coopératives d'habitation a plus que doublé en 25 ans, passant de 13 % à 28 % entre 1987 et 2012. Nous soulignons aussi quelques initiatives provenant du réseau des coopératives alimentaires, qui portent sur des services complémentaires en soutien aux personnes en perte d'autonomie dans leur milieu.

Nous concluons sur l'importance des pratiques exemplaires innovantes en santé mises en place par des coopératives, de même que sur l'importance de la prévention. Nous devons

nous doter collectivement d'outils de transfert pour essayer ces pratiques inspirantes pour une multitude de communautés à la recherche d'alternatives pour accroître l'autonomie des personnes dans leur milieu.

#### **RECOMMANDATION 1**

Reconnaître la valeur ajoutée de la participation des usagers au sein des instances décisionnelles des entreprises d'économie sociale

Prioriser les entreprises d'économie sociale qui impliquent les bénéficiaires au sein des instances décisionnelles

La mise en œuvre d'actions devraient alors s'appuyer sur certains critères, notamment;

- La contribution des compétences et des potentiels des personnes en perte d'autonomie;
- Une approche intergénérationnelle;
- Une intervention en lien aux conditions de vie, notamment sur le plan du logement, des loisirs, du maintien et du développement des réseaux d'entraide et de soutien, des activités de transferts de compétences par les aînés, etc.

#### **RECOMMANDATION 2**

Des réseaux coopératifs qui contribuent au développement des services aux personnes en perte d'autonomie

Le CQCM recommande :

- Que les fédérations coopératives concernées soient mises à contribution à titre de partenaires dans le développement des services aux personnes en perte d'autonomie;
- Qu'une complémentarité soit assurée entre les coopératives en région et les instances régionales de santé, relativement au développement et à la desserte des services.

#### **RECOMMANDATION 3**

Développer des certifications de services au sein des entreprises d'économie sociale, avec la participation des bénéficiaires dans les instances démocratiques

Le CQCM recommande une certification sur la base des services aux personnes, en lien à la qualité, et en assurant :

- Une participation des usagers aux instances décisionnelles de l'entreprise;
- Une implication des personnes concernées dans la définition des services;
- Une transparence dans les orientations prises et les résultats des entreprises.

**RECOMMANDATION 4**

Prévoir des lieux de coordination entre les réseaux coopératifs et les instances de la santé

Le CQCM recommande qu'un lieu de coordination puisse permettre une cohérence dans les interventions publiques, à l'échelle du Québec et des régions.

C'est-à-dire :

- Entre ministères à l'échelle du Québec et les réseaux coopératifs : MFÉ et MAMROT;
- Entre instances régionales de santé (CSSS-Agences) et les coopératives en région.

**RECOMMANDATION 5**

Contribuer à des laboratoires sur des pratiques innovantes en santé et en prévention

Le CQCM recommande la conception d'outils de transfert portant sur des pratiques innovantes, et permettant d'expérimenter le transfert des meilleures pratiques par des laboratoires dans les communautés locales.

Ces laboratoires prioriseraient :

- Le développement et le maintien de l'autonomie en santé des personnes âgées;
- Une mixité sociale (ménages et personnes âgées);
- Une transversalité des secteurs d'activité (exemples : habitation, transport collectif, alimentation, etc.);
- Une participation des personnes en perte d'autonomie au sein des instances décisionnelles en relation avec la communauté d'appartenance.

## AVANT-PROPOS

Les premières coopératives dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec prenaient leur essor à la fin des années 1990, dans le secteur des services à domicile. On compte aujourd'hui 48 coopératives de services à domicile sur 102 entreprises qui font partie des entreprises d'économie sociale en aide domestique, les EÉSAD. Leurs services s'adressent en bonne partie aux aînés et contribuent à les maintenir dans leur milieu de vie.

Avec les EÉSAD, le gouvernement mettait alors en place un cadre réglementaire, avec des critères d'accréditation des entreprises, ajouté à un programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) en soutien aux citoyens-usagers.

L'État québécois devenait le principal interlocuteur d'affaires de ces entreprises collectives. Pour les coopératives, cette situation donnait lieu à deux grandes questions.

La première portait sur la préservation de l'autonomie et de l'indépendance des coopératives. En effet, les coopératives sont guidées par 7 grands principes, qui sont des lignes directrices sur lesquelles les coopératives fondent leurs pratiques<sup>1</sup>. Le 4<sup>e</sup> principe, sur l'autonomie et l'indépendance, insiste sur la nécessité qu'elles ont de préserver le contrôle démocratique par les membres, y compris auprès du gouvernement. En conséquence, la question qui se posait était la suivante : quelles relations établir entre ces entreprises coopératives dans le domaine de la santé et les instances gouvernementales?

### **4<sup>e</sup> principe : Autonomie et indépendance**

Les coopératives sont des organisations autonomes d'entraide, gérées par leurs membres. La conclusion d'accords avec d'autres organisations, y compris des gouvernements, ou la recherche de fonds à partir de sources extérieures, doit se faire dans des conditions qui préservent le pouvoir démocratique des membres et maintiennent l'indépendance de leur coopérative.

Une deuxième question portait, celle-là, sur le système de santé au Québec avec toute sa complexité : quelles contributions et quel rôle les coopératives devraient-elles alors jouer dans le domaine de la santé? La réponse à cette seconde question ferait en sorte d'ouvrir ou non la voie à un secteur d'activité.

En 2004, le CQCM adoptait formellement une position suivie d'un plan d'action quinquennal. Un comité de travail constitué de fédérations sectorielles en lien au domaine de la santé et de

---

<sup>1</sup> Les 7 principes coopératifs reconnus par l'Alliance coopérative internationale sont : 1. Adhésion volontaire et ouverte à tous, 2. Pouvoir démocratique exercé par les membres, 3. Participation économique des membres, 4. L'autonomie et indépendance des coopératives, 5. Éducation, formation et information, 6. Coopération entre les coopératives et 7. Engagement envers la communauté. Ces principes furent actualisés en 1995 lors du congrès de l'Alliance coopérative internationale tenu à Manchester en Angleterre.

représentants de coopératives de développement régional, était à pied d'œuvre pour soutenir le développement de coopératives dans le domaine de la santé.

La position adoptée se lisait ainsi :

*En effet, la prise en charge collective que permet la coopérative ainsi que le contrôle par les communautés des activités liées à leurs conditions de vie, sont une réponse à une demande grandissante des usagers d'être au centre des décisions qui les touchent. Cette perspective s'inscrit donc dans une optique de réponse aux besoins nouveaux dans le domaine de la santé et, possiblement, dans une avenue de transformation sociale<sup>2</sup>.*

Quant à la relation avec l'État provincial, la conduite adoptée fut d'agir dans un esprit de partenariat et de complémentarité avec le système de santé. La responsabilité centrale de l'État sur le plan de la régulation et du financement des services de santé demeure un fondement important.

La contribution des coopératives dans le domaine de la santé est de répondre et de s'ajuster aux besoins singuliers des milieux de vie.

À partir des années 2000, les coopératives de santé ont connu une hausse accélérée, avec près d'une cinquantaine de coopératives créées en une seule décennie.

D'autre part, de nouvelles coopératives dans le secteur de l'habitation pour aînés soutenus par la communauté laisse entrevoir des opportunités intéressantes de développement. Ces coopératives de solidarité mobilisent, au sein de leur gouvernance, à la fois les aînés, les membres des familles et différentes organisations issues de la communauté.

---

<sup>2</sup> Conseil québécois de la coopération et de la mutualité (2005); *Positionnement du mouvement coopératif dans le domaine de la santé*, préambule p. II.

## **INTRODUCTION**

Dans les quarante dernières années, différents facteurs ont contribué à allonger la vie des personnes. L'évolution de la science, de meilleures conditions de vie et une transformation radicale dans la desserte de services ont transformé la famille et l'idée que l'on s'en fait, soit de trois générations qu'elle était, une quatrième s'est ajoutée.

À la longévité accrue de la vie, s'annonce également un renversement de la pyramide des âges et ce, en mode accéléré. On vit actuellement les effets d'une baisse abrupte de la natalité débutée au milieu des années 1960.

Le Livre blanc présenté par le gouvernement documente bien ce constat. En 2026, 16 000 personnes de 85 ans et plus s'ajouteront chaque année, en comparaison de 6 000 actuellement. D'ici les 30 prochaines années, la population de 65 ans et plus doublera.

Pour répondre à la demande croissante de la population vieillissante et des familles qui les soutiennent, le gouvernement du Québec entend revoir l'organisation des services aux 65 ans et plus. L'approche gouvernementale adoptée s'appuie essentiellement sur le soutien des personnes âgées pour assurer un soutien à domicile dans leur milieu de vie.

Le moyen préconisé s'inscrit en continuité des réflexions entreprises dans le passé, notamment les rapports Clair (2000) et Ménard (2005). Le Livre blanc repose surtout sur la création d'une assurance autonomie et d'une caisse autonomie.

Le financement de ces outils s'appuierait sur un partage des responsabilités entre les différents acteurs de la société :

- Les individus, par des contributions individuelles pour obtenir les services;
- Les familles et les communautés par le soutien aux aidants;
- La contribution du réseau de la santé, soit celle de l'État, par 1) la mise en place d'une allocation de soutien à l'autonomie (ASA) et 2) une Caisse autonomie à mettre en place progressivement en respect du cadre financier fixé.

La proposition contenue dans le Livre blanc est le premier pas d'une démarche à être traduite dans une future assurance autonomie.

Le CQCM accueille favorablement la décision gouvernementale de revoir l'organisation des services de santé. De plus, nous comprenons que le Livre blanc est une première étape dans une démarche de consultation. Nous saluons la mise en place d'un tel processus qui permettra de nous inscrire dans l'évolution des réflexions pour mieux nous diriger vers une mise en œuvre de ce vaste projet.

En première partie, nous précisons notre approche portant sur le rôle des personnes âgées dans la société, pour ensuite aborder notre conception de la santé.

Notre approche de la santé réfère aux déterminants sociaux de la santé, qui s'appuie sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), travaux qui constituent une référence au Canada et au Québec.

Pour le CQCM, la participation aux décisions, parce qu'elle est inscrite dans les règles de fonctionnement de la coopérative, assure la qualité des services et la concordance avec les besoins, puisque les aînés y jouent un rôle décisionnel.

La seconde partie du mémoire définit ce qu'est une coopérative. Elles sont souvent présentées par ce qu'elles ne sont pas, c'est-à-dire : « ni privées, ni publiques ». Le CQCM juge essentiel d'apporter ces précisions. Les coopératives, avec leurs règles d'action et leur important potentiel d'engagement des personnes, sont des lieux d'expérimentation et d'innovation pour répondre aux enjeux démographiques.

En troisième partie, le CQCM adresse son appui à ses fédérations membres quant aux orientations prises. La FCSDSQ ainsi que la CQCH présentent à la Commission leurs positions. Nous soulignons finalement les initiatives des coopératives alimentaires en soutien aux personnes en perte d'autonomie.

## **PARTIE 1 : PARTICIPER POUR MAINTENIR LA SANTÉ**

L'idée que l'on se fait des personnes, selon qu'elles sont jeunes ou âgées, influence nos choix de société, et en bout de piste, nos politiques publiques.

En conséquence, notre vision des personnes âgées ou en perte d'autonomie aura l'effet de les inclure ou de les exclure des décisions les concernant. C'est pourquoi, notre démarche repose sur l'importance de définir notre vision de la personne âgée et de son rôle dans la société.

Chaque personne peut exercer, à des niveaux différents, des choix de vie qui peuvent contribuer à leur maintien dans leur milieu de vie.

### **1.1 UN REGARD INCLUSIF SUR LES PERSONNES**

Chaque personne s'inscrit dans un continuum de vie avec un parcours différent influencé par un contexte particulier et des compétences spécifiques.

Jean Carette, chercheur retraité et actif de l'UQAM, remet en cause le regard couramment projeté sur les personnes âgées et les préjugés qui y sont associés :

*L'âgisme consiste précisément à placer les aînés dans des groupes particuliers et spécifiques, profondément différents et devant être traités comme tels. Le terme même de « personnes âgées » résonne comme un impensé-insensé : à partir de quel âge est-on « âgé »<sup>3</sup>?*

En réalité, les difficultés et les problèmes des aînés, poursuit le chercheur, ne sont qu'une variante des difficultés et des problèmes de tout le monde à tout âge<sup>4</sup>? Vu sous cet angle, le vieillissement est un processus différencié d'une personne à l'autre.

*L'apparition « officielle » de l'âgisme dans la langue française date de 1984. Dans le « Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement », le terme est défini comme suit : « Attitude et comportement visant à déprécier les individus du fait de leur âge. (...) »*

La vision que l'on porte sur les aînés se traduit, en conséquence, dans l'application des mesures et des politiques publiques que nous préconisons et adoptons comme société.

En retour, ces politiques auront des impacts sur la santé des personnes âgées. Une vision qui repose sur l'âgisme crée un effet d'exclusion sociale et conduit à l'isolement.

*Les manifestations de l'âgisme sont à lire à l'échelle individuelle ou collective, dans les relations interpersonnelles comme dans les pratiques institutionnelles, les*

---

<sup>3</sup> CARETTE, Jean, *D'un âge à l'autre*, Revue Kaléidoscope, volume 1, n° 2, automne 2013.

<sup>4</sup> Op cit.

*croyances erronées et les généralisations abusives ayant pour résultat de discriminer, ségréguer, exclure les personnes âgées<sup>5</sup>.*

Comme le soulignent avec justesse le Conseil des aînés du Québec (2010) et le Comité sénatorial sur le vieillissement (2008), l'âgisme constitue l'un des principaux obstacles à un mode de vie actif.

*Selon Lagacé (2009), l'âgisme risque encore de provoquer le désengagement des aînés qui jouent pourtant un rôle essentiel dans la consolidation des liens intergénérationnels. La transmission des savoirs est particulièrement importante et le fait que la participation des personnes âgées ne soit pas encouragée constitue une grande perte pour la société<sup>6</sup>.*

La participation aux décisions permet aux personnes de transformer leur milieu en concordance avec leurs besoins. Le sentiment de pouvoir agir sur nos conditions de vie aura alors un effet positif sur les personnes. Intégrer des personnes en perte d'autonomie dans les processus décisionnels favorisera une concordance avec leurs besoins, et permettra d'exprimer et de développer leurs potentiels et leurs compétences.

*Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin<sup>7</sup>.*

Les personnes en perte d'autonomie doivent prendre une part active aux échanges et aux débats qui les concernent. Leur implication est tout autant essentielle à l'échelle de leur localité, dans la définition des services, que dans la mise en œuvre des programmes et des mesures.

---

<sup>5</sup> TREMBLAY, Diane-Gabrielle (2010), Télé-Université du Québec, Notes de recherche 2010-5, *Le soutien à la participation sociale des aînés et le programme « ville amie des aînés » au Québec*, Alliance de recherche universités-communautés sur La gestion des âges et des temps sociaux.

<sup>6</sup> Op cit.

<sup>7</sup> Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, Madrid, Espagne, 2002.

## 1.2 LA COOPÉRATION : UN DÉTERMINANT DE LA SANTÉ

*Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie<sup>8</sup>.*

Plusieurs facteurs contribuent à améliorer l'état de santé des populations. Pouvoir se déplacer d'un lieu à l'autre, avoir accès à une éducation et à un revenu décent, pouvoir habiter un endroit sécuritaire, bénéficier d'infrastructures de services et de loisirs, avoir accès à un réseau de soutien, sont quelques conditions pour maintenir, voire améliorer l'état de santé des personnes.

Les déterminants de la santé sont d'ordre social et économique. Nous devons donc porter une attention qui déborde le seul secteur de la santé pour maintenir et améliorer notre état de santé. C'est ce qui explique que les mesures et politiques des différents ministères jouent un rôle sur l'état de santé des populations.

L'Organisation mondiale de la santé illustre cette notion par quelques exemples :

*Mais il n'y a pas que les pouvoirs publics qui doivent agir. C'est plutôt par les processus démocratiques de participation de la société civile et d'élaboration des politiques publiques, (...) qu'on peut œuvrer efficacement pour l'équité en santé.*

*La santé peut être un point de ralliement pour différents secteurs et acteurs - par exemple, quand la communauté locale conçoit un plan de santé pour elle-même (Dar-es-Salaam, le programme ville-santé de la Tanzanie), accorde aux citoyens la possibilité de voter pour les priorités lors de l'allocation des ressources locales au secteur de la santé (budget participatif à Porto Alegre au Brésil), œuvre pour réduire l'incidence de la dengue<sup>9</sup> (Programme Marikina Healthy Cities aux Philippines), ou encore quand l'ensemble de la communauté participe à la conception d'espaces qui encouragent les déplacements à pied et en vélo (Healthy by Design, Victoria, Australie) (Mercado et al., 2007). Engager des personnes et des institutions clés et sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile sont des pas essentiels vers une action intégrée pour l'équité en santé.*

L'annexe 1 présente un tableau de plusieurs mesures qui découlent des travaux qui ont conduit à l'adoption de la Déclaration d'Adélaïde.

Être partie prenante d'un réseau de soutien, appartenir à une communauté d'intérêt, partager un projet qui donne un sens et qui se traduit en actions, avoir le sentiment d'appartenir à quelque chose de plus grand que soi.

---

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/).

<sup>9</sup> La dengue est la maladie virale la plus fréquente qui se transmet à l'humain par des moustiques.

Des facteurs contribuent à améliorer l'état de santé des personnes. La participation démocratique et le sentiment de pouvoir agir pour améliorer ses conditions de vie sont des facteurs déterminants de la santé.

### **1.3 UNE DÉFINITION DE LA COOPÉRATIVE**

Expliquer ce qu'est une coopérative et son fonctionnement permet deux choses. La première est d'établir son caractère d'autonomie et d'indépendance en précisant comment elle fonctionne. Le but est de délimiter quelles sont les relations possibles avec la coopérative dans un contexte de partenariat.

La seconde est de saisir en quoi la coopérative, dans sa façon de fonctionner, peut contribuer à maintenir la santé des personnes lorsqu'elles évoluent dans ce modèle d'organisation. Comme nous l'avons soutenu précédemment, nous affirmons qu'il existe une relation positive entre, d'une part, les déterminants sociaux de la santé et d'autre part, le modèle coopératif dans ses particularités de fonctionnement.

Selon nous, la coopérative :

- Assure une offre de service;
- Favorise une implication des bénéficiaires dans les instances décisionnelles;
- Permet de participer à l'amélioration de l'offre de service;
- Facilite l'évaluation des services et leur qualité;
- Stimule la participation pour une approche préventive;
- Favorise le maintien, voire l'augmentation de l'autonomie des personnes dans l'action directe pour accroître leur capacité de prise en charge.

Nous comptons 152 coopératives directement impliquées dans le domaine de la santé, excluant les secteurs qui présentent un potentiel d'innovation et de prévention. Par exemple les coopératives d'alimentation ou celles dans les services à la personne, notamment les loisirs et la culture.

La coopérative est à la fois sociale et économique. Sociale parce qu'elle réunit des personnes en association dans le but de répondre à un besoin qui leur est commun. Économique parce qu'elle est une entreprise<sup>10</sup> collective dont l'activité consiste à produire des biens et des services.

À la différence de l'entreprise capitaliste, la coopérative utilise l'argent comme un moyen et non comme une fin. L'objectif premier de la coopérative est donc de répondre aux besoins. Pour ce faire, elle vend des biens et des services qui génèrent des revenus qui seront redistribués entre les membres<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Il est important de ne pas confondre « privé » et « individuel ». Le « privé » suppose une relation de l'entreprise sur le marché économique en opposition à « public » qui réfère à la gestion par les institutions de l'État, en fonction du bien commun, qui concerne tous les membres de la société.

<sup>11</sup> Article 3 de la Loi sur les coopératives C-67.2.

**LA COOPÉRATIVE**

- Une association de personnes qui assument collectivement leurs responsabilités;
- Dont les usagers sont collectivement propriétaires;
- Dont la finalité est de se doter d'avantages pour répondre à des besoins;
- Où le capital est un moyen et non une fin;
- Où le pouvoir est égal entre les membres quel que soit leur capital investi;
- Dans laquelle les règles garantissent l'égalité entre les membres dans l'exercice du pouvoir et l'équité dans la répartition des revenus;
- Qui favorise l'intercoopération pour développer ses affaires et contribuer au développement de son milieu;
- Qui fait de l'éducation un de ses mécanismes essentiels de fonctionnement, notamment par le partage de la connaissance et de l'information.

Au moment de créer une entreprise coopérative, les membres fondateurs doivent convenir de la catégorie de coopérative parmi cinq possibilités existantes dans la Loi sur les coopératives. Les catégories découlent de l'évolution de la Loi sur les coopératives, correspondant à différents contextes sociaux et économiques.

Les cinq catégories de coopératives sont les suivantes :

- Les coopératives de consommateurs
- Les coopératives de solidarité
- Les coopératives de producteurs
- Les coopératives de travailleurs
- Les coopératives de travailleurs actionnaires

Pour comprendre chaque catégorie, il faut se référer aux membres qui sont les usagers de la coopérative. Par exemple, une coopérative de travailleurs regroupe des membres-travailleurs qui en font usage. Les travailleurs créent leur propre entreprise dans le but de se donner un travail. Pareillement, une coopérative de consommateurs regroupe des membres qui seront les consommateurs-usagers d'un bien ou d'un service produit.

*Chaque catégorie de coopératives nouvellement inscrite dans la Loi sur les coopératives découle d'une réponse à des besoins évolutifs, dans un contexte donné.*

Seule la coopérative de solidarité, soit la dernière en liste, née en 1995, regroupe plus d'une catégorie de membres. Ce peut être au moins deux catégories de membres, par exemple

consommateurs-usagers et travailleurs, auxquelles peut s'ajouter un membre de « soutien ». Comme son nom l'indique, ce dernier soutient la coopérative, que ce soit financièrement ou autrement. Le membre de soutien participe aux rencontres du conseil d'administration mais n'a pas droit de vote.

La formule de coopérative de solidarité répond le plus souvent à un besoin des collectivités locales de réunir des membres qui portent des intérêts différents mais un projet commun. En cinq ans, soit de 2005 à 2009, leur nombre a plus que doublé et ce, partout au Québec, passant de 229 à 569.

Elles sont généralement une réponse à des enjeux qui mobilisent les citoyens qui ont en commun leur milieu de vie. La force de la coopérative de solidarité est de mettre à contribution de multiples acteurs dans la mise en œuvre de solutions innovantes liées à la qualité de vie.

Elle mobilise ainsi une intelligence collective qui prend en compte un large éventail de considérations qui concernent chaque acteur en place. Ce multi-partenariat au sein d'une entreprise représente aussi un défi de gouvernance.

*De 2005 à 2009, les coopératives de solidarité sont passées de 229 à 569. Elles sont généralement une réponse à des enjeux qui mobilisent les citoyens qui ont en commun leur milieu de vie.*

Plus récemment, des pratiques innovatrices de coopératives dans le secteur de l'habitation en soutien aux aînés ont émergé sous la forme de solidarité. Elles mettent à contribution les personnes en légère perte d'autonomie au sein de la gouvernance, avec les institutions et organismes locaux (écoles primaires, organismes communautaires, de loisirs, etc.), les citoyens dans la communauté, incluant les enfants des personnes qui résident dans la coopérative.

Les coopératives de santé sont également en majorité des coopératives de solidarité. Outre les citoyens, les travailleurs et le personnel de santé, différents professionnels de la santé et les organismes locaux louent ou partagent les locaux.

Des concentrations significatives de coopératives se trouvent aussi dans les secteurs des loisirs, du milieu scolaire et des arts et culture.

### **1.3.1 PARTICIPER AUX INSTANCES DÉCISIONNELLES**

Lorsqu'une personne devient membre d'une coopérative, elle en devient collectivement propriétaire et usager. Elle s'engage à faire usage des biens ou services produits par sa coopérative, ce que l'on appelle le « lien d'usage »<sup>12</sup>. En contrepartie, la coopérative s'engage à fournir les biens ou services dont le membre a besoin. Une coopérative ne se maintient donc pas si ses membres ne l'utilisent pas.

---

<sup>12</sup> Article 4, al 1<sup>er</sup>.

Le lien qui unit le membre à sa coopérative lui confère aussi un contrôle démocratique. Chaque membre dispose d'un droit de vote qu'il exerce en assemblée, sans égard à son investissement financier.

Les revenus de l'entreprise coopérative, appelés trop-perçus ou excédents, peuvent être : 1) attribués aux membres sous la forme de ristournes, 2) affectés à la réserve de l'entreprise selon un taux prescrit par la loi, assurant une certaine permanence à la coopérative ou 3) réinvestis pour développer la coopérative.

### **1.3.2 DES RÉSEAUX COOPÉRATIFS QUI SOUTIENNENT LE DÉVELOPPEMENT**

L'intercoopération, c'est-à-dire la coopération entre les coopératives, est une règle de fonctionnement inscrite dans la Loi sur les coopératives<sup>13</sup>. En conséquence, l'application de cette règle donne lieu au Québec à une configuration d'entreprises coopératives dont la force repose sur des relations formellement établies, qui s'expriment de façon à la fois horizontale et verticale.

De façon horizontale, des coopératives présentes dans les régions, issues de différents secteurs, coopèrent entre elles. Elles sont réunies au sein de coopératives de développement régional (CDR), des organismes qui soutiennent les promoteurs coopératifs.

L'intercoopération est aussi verticale, c'est-à-dire que les coopératives d'un même secteur se réunissent à l'échelle du Québec, du Canada et vers l'international avec l'Alliance coopérative internationale (ACI).

Les fédérations sectorielles à l'échelle du Québec soutiennent le développement et mobilisent les compétences collectives de leurs membres, contribuant à soutenir le développement d'une offre de service de qualité.

*Cette règle de l'intercoopération se traduit concrètement au Québec par une quarantaine de réseaux de coopératives dont le lieu de rencontre est le CQCM.*

Certaines fédérations sectorielles en lien avec la santé des populations sont plus directement interpellées par la proposition de Livre blanc sur la santé. La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, la Confédération québécoise des coopératives d'habitation, la Fédération des coopératives d'alimentation du Québec et la Fédération des coopératives des paramédics du Québec en sont quelques exemples.

En conséquence, le CQCM recommande que le gouvernement travaille en partenariat et en complémentarité avec les fédérations sectorielles coopératives qui développent des modèles d'offres de service auprès des personnes en perte d'autonomie.

---

<sup>13</sup> C-67.2 : article 4, al 6° *la promotion de la coopération entre ses membres, entre ses membres et la coopérative et entre celle-ci et d'autres organismes coopératifs.*

**RECOMMANDATION 1**

Reconnaître la valeur ajoutée de la participation des usagers au sein des instances décisionnelles des entreprises d'économie sociale

Prioriser les entreprises d'économie sociale qui impliquent les bénéficiaires au sein des instances décisionnelles

La mise en œuvre d'actions devraient alors s'appuyer sur certains critères, notamment;

- La contribution des compétences et des potentiels des personnes en perte d'autonomie;
- Une approche intergénérationnelle;
- Une intervention en lien aux conditions de vie; notamment sur le plan du logement, des loisirs, du maintien et du développement des réseaux d'entraide et de soutien, des activités de transferts de compétences par les aînés, etc.

**RECOMMANDATION 2**

Des réseaux coopératifs qui contribuent au développement des services aux personnes en perte d'autonomie

Le CQCM recommande :

- Que les fédérations coopératives concernées soient mises à contribution à titre de partenaires dans le développement des services aux personnes en perte d'autonomie;
- Qu'une complémentarité soit assurée entre les coopératives en région et les instances régionales de santé, relativement au développement et à la desserte des services.

**RECOMMANDATION 3**

Développer des certifications de services, avec la participation des bénéficiaires dans les instances démocratiques

Le CQCM recommande une certification sur la base des services aux personnes, en lien à la qualité, et en assurant :

- Une participation des usagers aux instances décisionnelles de l'entreprise;
- Une implication des personnes concernées dans la définition des services;
- Une transparence dans les orientations prises et les résultats des entreprises.

## **PARTIE 2 : LES COOPÉRATIVES ET LE SYSTÈME DE SANTÉ**

En avant-propos, nous précisons que l'insertion des coopératives dans le domaine de la santé a provoqué des réflexions au sein du mouvement coopératif et mutualiste. Un enjeu portait sur l'indépendance et l'autonomie de ces coopératives face à l'État. Les coopératives dans le domaine de la santé sont à la fois en relation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout en référant à un cadre réglementaire qui lui est propre. Nous devons préciser comment les coopératives se situent dans leurs relations avec les instances gouvernementales pour bien les orienter dans l'ensemble du système de santé.

### **2.1 PARTICULARITÉS COOPÉRATIVES**

Certaines entreprises coopératives sont directement impliquées dans la desserte de services de santé. Elles le sont plus précisément dans l'offre de service des EÉSAD, pour l'assistance aux activités de la vie domestique des personnes en perte d'autonomie (AVD) et pour le secteur en développement des activités de la vie quotidienne (AVQ).

L'habitation coopérative est concernée au premier plan par le vieillissement de leurs membres. La CQCH réunit 900 coopératives membres totalisant 27 500 ménages. 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 de 200 millions de dollars, des actifs de plus d'un milliard et demi de dollars et approximativement 2 500 immeubles d'habitation.

La proportion des personnes de 65 ans et plus a doublé depuis 25 ans. Ces dernières années, des coopératives d'habitation innovent dans la desserte de services impliquant les personnes en perte d'autonomie soutenues par la communauté.

Les coopératives de santé ont pris leur essor dans la dernière décennie, alors qu'on en compte aujourd'hui une cinquantaine. Outre leur désir d'offrir des soins de première ligne, plusieurs d'entre elles diversifient leur offre de service par des activités de prévention.

Ces secteurs coopératifs, réunis en différentes fédérations sectorielles de coopératives, entretiennent des relations étroites avec différentes instances institutionnelles sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

D'autre part, l'interlocuteur gouvernemental auquel réfèrent les 3 300 coopératives opérantes au Québec est le ministère des Finances et de l'Économie (MFÉ).

À cela s'ajoute la récente *Loi sur l'économie sociale* adoptée en octobre dernier, dont la responsabilité d'application relève du ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT). La Loi sur l'économie sociale identifie le CQCM comme un interlocuteur privilégié dans l'économie sociale.

Les 42 coopératives de services à domicile s'inscrivent dans un encadrement juridique particulier, en l'occurrence la *Loi sur les coopératives*. Les associations entrepreneuriales (OBNL) pour leur part, qui totalisent 58 EÉSAD sont constituées en associations en vertu de la troisième partie de la Loi sur les compagnies.

Sachant cette complexité, nous présentons un portrait des relations entre les entreprises coopératives et les différents ministères en tenant compte de leurs particularités. Une coordination et une complémentarité des actions est incontournable pour assurer une cohérence d'ensemble.

Alors que nous posons une définition d'une coopérative dans la partie suivante, nous posons dès maintenant un éclairage sur la place des coopératives dans l'appareil gouvernemental.

## **2.2 LES COOPÉRATIVES PARTENAIRES DE L'ÉTAT**

La Loi sur l'économie sociale sanctionnée le 10 octobre dernier reconnaît la contribution des coopératives et des mutuelles au développement social et économique du Québec. Le CQCM y est reconnu comme un interlocuteur privilégié en cette matière.

En conséquence, le CQCM est appelé à y jouer un rôle stratégique, à titre d'interlocuteur privilégié auprès du gouvernement<sup>14</sup>.

La loi sur l'économie sociale prévoit que *les ministres du gouvernement doivent prendre en considération l'économie sociale dans les mesures et les programmes existants, dans leur mise à jour ainsi que dans l'élaboration de nouveaux outils destinés aux entreprises*.

La *Loi sur l'économie sociale* est donc un premier pas vers l'établissement d'une transversalité des actions entre les différents ministères.

D'une part, l'interlocuteur gouvernemental qui est le répondant des entreprises coopératives est le ministère des Finances et de l'Économie (MFÉ). Le MFÉ est responsable de l'application de la *Loi sur les coopératives*<sup>15</sup> et intervient dans une entente de partenariat négociée entre les différentes instances et réseaux coopératifs et mutualiste et le gouvernement. Le CQCM est l'organisme à qui est dédiée la gestion de cette entente de partenariat. L'entente de partenariat que négocient le monde coopératif et mutualiste et le gouvernement devra nécessairement s'arrimer avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

D'autre part, le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT) est, quant à lui, responsable de l'application de La loi sur l'économie sociale. Dans la foulée de cette loi, le gouvernement entend déposer un Plan d'action

---

<sup>14</sup> Loi sur l'économie sociale, article 5.

<sup>15</sup> Lois sur les coopératives; C-67.2.

gouvernemental sur l'économie sociale (PAGES). Des mesures et programmes adressés tant aux coopératives, qu'aux associations entrepreneuriales<sup>16</sup> y seront inclus.

### **2.3 DES MÉCANISMES DE COORDINATION**

Pour le CQCM, une réorganisation du système de santé demande une coordination horizontale entre les différents ministères sectoriels, de même qu'une coordination verticale qui fait le lien entre les échelons de territoires et les organisations coopératives.

Des arrimages devraient se faire, impliquant différentes instances gouvernementales avec les réseaux coopératifs.

*(...) il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique<sup>17</sup>.*

Nous aurons à arrimer nos interventions, entre les instances gouvernementales sectorielles et entre les différents échelons de territoires (les échelles locale, régionale et du Québec).

En conséquence, le CQCM recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) assure une coordination dans les actions entre les ministères concernés.

Il nous apparaît incontournable que les instances gouvernementales reconnues comme interlocuteurs du mouvement coopératif soient présentes dans les mécanismes de liaison dans le cadre de la réorganisation du système de santé, particulièrement pour les services aux personnes en perte d'autonomie.

En plus de dégager de la cohérence, la coordination des actions pourrait donner lieu au développement d'autres activités orientées sur la prévention. En effet, le mouvement coopératif et mutualiste est présent dans une multitude de secteurs d'activité qui sont autant de portes ouvertes pour favoriser la prévention dans le domaine de la santé.

---

<sup>16</sup> Les associations entrepreneuriales sont constituées en Organismes à but non lucratifs (OBNL), et elles réfèrent à la troisième partie de la Loi sur les compagnies dans leur fonctionnement. En ce sens, les coopératives et les associations entrepreneuriales fonctionnent sur la base de deux structures juridiques. Cette observation est importante pour les coopératives qui réfèrent à la Loi sur les coopératives dans leur fonctionnement, loi qui est très rigoureuse pour assurer le respect du contrôle démocratique et de l'égalité entre les membres.

<sup>17</sup> Organisation mondiale de la santé (2010), Déclaration d'Adélaïde.

**RECOMMANDATION 4**

Prévoir des lieux de coordination entre les réseaux coopératifs et les instances de la santé

Le CQCM recommande qu'un lieu de coordination puisse permettre une cohérence dans les interventions publiques, à l'échelle du Québec et des régions.

C'est-à-dire :

- Entre ministères à l'échelle du Québec et les réseaux coopératifs : MFÉ et MAMROT;
- Entre instances régionales de santé (CSSS-Agences) et les coopératives en région.

## **PARTIE 3 : LE CQCM EN APPUI AUX RÉSEAUX COOPÉRATIFS**

Le CQCM soutient les recommandations de ses réseaux-membres.

La FCSDSQ qui regroupe, dans un consortium, les coopératives de santé, de même que les coopératives de services à domicile, a présenté ses recommandations à la Commission de la santé et des services sociaux.

La CQCH qui regroupe sept fédérations régionales et joue un rôle de carrefour du mouvement de l'habitation coopérative, a également déposé un avis à la Commission.

Nous terminons en soulignant le potentiel que renferment certains secteurs coopératifs, principalement dans le développement de services préventifs. Le secteur des coopératives d'alimentation, qui sont des entreprises fortement implantées dans leur milieu, est susceptible d'améliorer la santé des aînés.

Finalement, le CQCM portera une attention particulière à la question portant sur l'équité et l'égalité des salaires des préposé(e)s à domicile. Les valeurs d'équité et d'égalité sont chères au mouvement coopératif et mutualiste. Nous ne pouvons aborder cette question de la desserte des services aux personnes en perte d'autonomie sans souligner l'importance d'une rémunération juste des préposé(e)s d'aide à domicile.

### **3.1 LES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE**

La FCSDSQ est directement interpellée par les orientations du Livre blanc. Les coopératives y sont regroupées sous l'appellation d'entreprises d'économie sociale en aide à domicile, soit les EÉSAD. Cette dénomination réfère à l'offre de service concentrée sur l'aide à domicile, sans considération des statuts juridiques.

Nous rappelons à grands traits les orientations adoptées par la FCSDSQ :

- Assurer une approche préventive visant à développer l'autonomie des personnes âgées;
- Tenir compte des préoccupations organisationnelles reliées au système de santé, plus précisément sur la question de la coordination des services;
- Reconnaître les compétences des préposé(e)s d'aide à domicile des EÉSAD;
- Reconnaître les particularités du modèle d'entrepreneuriat collectif des EÉSAD;
- Moduler l'offre de service selon les territoires en partant d'un panier de services préalablement défini.

L'annexe 2 présente un résumé synthèse des positions de la FCSDSQ.

### 3.1.1 L'OFFRE DE SERVICES À DOMICILE

Les 43 coopératives dans le secteur des services à domicile opèrent depuis une vingtaine d'années.

L'ensemble des EÉSAD dispensent 5,8 millions d'heures de service par année auprès de 87 000 usagers à qui elles offrent des services d'aide à la vie domestique (AVD), soit 85 % de leurs activités<sup>18</sup>.

Elles ont aussi développé une offre de service en aide à la vie quotidienne (AVQ), comptant pour 15 % de leurs activités<sup>19</sup>.

Une aide financière est adressée aux usagers des AVD dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide à domicile (PEFSAD).

Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2013 auprès de 85 EÉSAD<sup>20</sup>, une majorité d'entre-elles (56 %) offre actuellement des services en AVQ. La majorité des usagers (66 %) a droit à l'aide variable en vertu du PEFSAD et le tiers (34 %) n'a droit qu'à l'aide fixe<sup>21</sup>.

#### Profil de la clientèle des EÉSAD

- Environ les deux tiers des usagers (73 %) sont des femmes;
- La majorité des usagers des EÉSAD est âgée de 65 ans ou plus;
- La moitié (50 %) des usagers a 75 ans et plus;
- Près de deux usagers sur trois (64 %) vivent seuls;
- La majorité des usagers (66 %) a droit à l'aide variable en vertu du PEFSAD et le tiers (34 %) n'a droit qu'à l'aide fixe.

### 3.1.2 DES EMPLOIS ET DES SERVICES DE QUALITÉ : UN SOUCI D'ÉQUITÉ ET D'ÉGALITÉ

Pour le CQCM, la qualité des services offerts, comme celle des emplois des préposé(e)s d'aide à domicile est une condition qui va de pair avec la réussite d'une future assurance autonomie.

---

<sup>18</sup> L'entretien ménager léger : lessive, balayage, époussetage, nettoyage (ex. : réfrigérateur, baignoire, garde-manger). L'entretien ménager lourd : grand ménage, déneigement de l'accès principal au domicile; l'entretien des vêtements, la préparation de repas sans diète, l'approvisionnement et autres courses.

<sup>19</sup> Ces services comprennent, entre autres : l'aide au bain, le lever et coucher, l'habillage, aide à l'alimentation, soins médicaux (changements de sondes et touchés rectaux), aide au déplacement (transfert, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur), préparation, commande et distribution de médicaments, soins d'incontinence, accompagnement aux rendez-vous.

<sup>20</sup> Analyse statistique sommaire du développement des services AVQ dans le réseau des EÉSAD au Québec, FCSDSQ (en collaboration avec La Coalition des entreprises d'économie sociale en aide domestique et l'Aile rurale des entreprises d'économie sociale en soutien et aide à domicile du Québec), 2013.

<sup>21</sup> BINHAS, Lynda (2011), *Analyse transversale : portraits régionaux des entreprises en aide domestique*, page 16.

Nous tenons comme un postulat de base que l'atteinte de l'objectif visant le maintien des personnes dans leur milieu de vie sera possible dans la mesure où la qualité des emplois et des services sera au rendez-vous.

Les changements qui devront s'opérer dans l'organisation des services de santé doivent converger avec des objectifs d'équité, ce qui suppose qu'ils ne doivent pas appauvrir les usagers, ni permettre une sous-rémunération des préposé(e)s en aide à domicile.

La transition démographique rapide ne doit pas conduire à des résultats mitigés, pas plus qu'elle ne doit justifier des iniquités. Nous devons aussi éviter qu'une génération de travailleurs, et pareillement, une génération de personnes âgées, ne soient victimes d'une iniquité.

### **3.1.3 LES PRÉPOSÉ(E)S EN AIDE À DOMICILE**

Les 6 800 employés des EÉSAD sont à 90 % des femmes. Leur métier de préposé(e) en aide à domicile est inscrit au Registre des compétences du Québec. Ils suivent donc un programme d'apprentissage en milieu de travail pour l'obtention d'une certification émise par Emploi-Québec. L'offre de service aux aînés ira en augmentant et en se diversifiant, de sorte que les formations devront être ajoutées et ajustées à la clientèle. Une démarche d'accompagnement pour la formation des préposé(e)s sera nécessaire. De plus, les expériences de travail des préposé(e)s devront être reconnues.

Comme le souligne la FCSDSQ, il faut éviter qu'une entreprise (EÉSAD) subisse une pression telle, qu'elle doive abaisser les salaires ou accroître le coût des services aux personnes âgées.

Pour le CQCM, certaines conditions doivent être considérées dans l'évaluation des coûts et des services :

- Évaluer le temps requis pour un service en fonction du temps réel, actuellement sous-estimé dans le programme (PEFSAD).
- Un panier de services conforme aux besoins des aînés. La réponse aux besoins peut allonger la durée de vie des aînés dans leur milieu. Le portrait des EÉSAD réalisé par Lynda Binhas (2011) démontre l'étendue des services qui sont absents du programme (PEFSAD) et qui pourraient être ajoutés.
- Valoriser les emplois de préposé(e)s aux services à domicile, sur deux plans : sur le plan social et en concordance avec les réalités économiques du marché du travail, c'est-à-dire par des conditions qui permettent aux entreprises de rémunérer les préposé(e)s.
- Une mesure d'aide financière devrait permettre aux entreprises d'assurer une formation et des services aux personnes en perte d'autonomie.

Incidemment, une politique favorisant l'autonomie des personnes devra être juste et équitable à l'égard des personnes âgées, comme à l'égard des préposé(e)s en aide à domicile.

### 3.2 LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

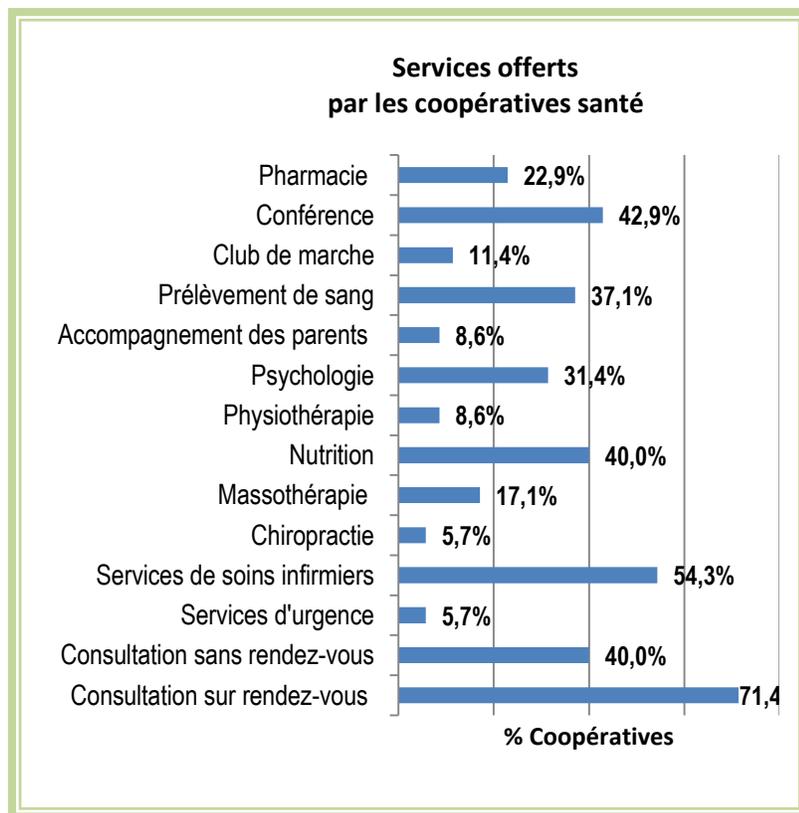
Les coopératives de santé prenaient leur essor dans la dernière décennie, atteignant une cinquantaine d'entreprises actuellement. Outre leur rôle initial visant à assurer la proximité des services de médecine générale, elles ont développé un ensemble de services variés allant de l'information, à la prévention et à l'intervention, individuelle et collective, pour améliorer la santé des personnes<sup>22</sup>.

Les coopératives de santé membres de leur fédération regroupent 60 000 membres et comptent 130 médecins et 50 infirmières.

Le portrait des coopératives de santé (2012) révèle qu'un peu plus de la moitié d'entre elles (51 %) sont des reprises de cliniques médicales privées fermées ou en voie de l'être. Les autres coopératives de santé procèdent d'une volonté des citoyens de se doter d'un service à proximité. La coopérative de santé est le lieu de convergence, à la fois des besoins de la population et de ceux des médecins, ces derniers ayant fait le choix de se concentrer sur leurs pratiques médicales, sans avoir à gérer le personnel ou les affaires liées à l'entretien de la bâtisse.

Les relations entre les coopératives de santé et les CSSS tendent à s'améliorer. En 2012, les deux tiers (70 %) des coopératives de santé exprimaient avoir une relation très bonne ou bonne avec leur CSSS.

Les coopératives de santé en sont à une première phase de leur développement. La majorité loue des locaux à différents professionnels de la santé, alors que 72 % des coopératives de santé disent avoir l'intention de développer des services de prévention.



<sup>22</sup> Clubs de marche, autodiagnostic, nutrition, prélèvements sanguins, yoga, maternité, etc.

Comme le souligne à juste titre la FCSDSQ, la proximité et l'ancrage de la coopérative de santé dans sa communauté favorise une vigie, une identification des besoins et la communication de l'évolution de l'état de santé et de l'autonomie des personnes âgées.

*La proportion des coopératives de santé ayant conclu une entente avec un CSSS s'est accrue, passant de 33,3 % en 2008 à 46,4 % en 2011<sup>23</sup>.*

L'arrimage entre les instances de la santé et les coopératives est une préoccupation soulignée par les coopératives de santé.

### **3.3 L'HABITATION POUR AÎNÉS SOUTENUS PAR LA COMMUNAUTÉ**

La CQCH entend déposer un avis à la présente Commission. Le CQCM appuie les orientations prises par la CQCH qui touchent particulièrement les aînés dans leur désir de jouer un rôle actif au sein de leur coopérative et ce, en relation étroite avec leur milieu de vie.

L'enjeu de l'autonomie des personnes âgées touche l'ensemble des coopératives d'habitation. Suivant les résultats de l'Enquête sur le profil socioéconomique des résidents de coopératives d'habitation – 2012 (CQCH, 2013), la proportion des 65 ans et plus a doublé depuis 25 ans, passant de 13 % à 28 % entre 1987 et 2012.

De plus, près de la moitié (47 %) des ménages coopératifs québécois se composent de personnes seules.

On dénombre une soixantaine de coopératives d'habitation destinées et administrées par les aînés. Les personnes âgées sont encouragées à jouer un rôle actif au sein de leur coopérative. Des services de base, tels la surveillance, l'accès à un ascenseur, des espaces communautaires, des soins ou des loisirs sont offerts.

#### **3.3.1 DES COOPÉRATIVES DE SOLIDARITÉ EN HABITATION**

Les coopératives de solidarité en habitation sont un phénomène émergent rendu possible avec l'ajout de la coopérative dite « de solidarité » dans la Loi sur les coopératives. Cette catégorie de coopérative permet une proximité directe avec les membres et organismes de la communauté, au sein de la gouvernance de la coopérative. Ainsi, les personnes âgées sont soutenues par leur milieu et peuvent y vivre dans les meilleures conditions.

Il existe actuellement 37 coopératives de solidarité en habitation, une bonne part étant en phase de démarrage.

La première coopérative d'habitation sous la forme de solidarité était créée en 2005 dans la municipalité de Racine. Le modèle de coopérative de solidarité permet d'établir une relation étroite entre les aînés et la communauté, cette dernière étant représentée dans

---

<sup>23</sup> BRASSARD, MJ., DAROU, J. (avec la collaboration de), (2012), *Portrait des coopératives de santé au Québec : des pouvoirs à partager*, page 63.

la gouvernance de la coopérative. Elle facilite la mise en commun et le partage d'espaces pour favoriser les interactions.

*Dans la coopérative d'habitation La Brunante vont et viennent les habitants de Racine. Ceux qui investissent dans la coopérative sont d'abord les résidents, les sages du village, tous âgés de 75 ans et plus. Oui, mais pas seulement, « il y a plus d'une dizaine de réunions d'organismes locaux par semaine dans la salle communautaire. Ce qui fait que les résidents de La Brunante sont mêlés à la vie du village<sup>24</sup>.*

Une étude portant sur l'habitation sous la forme de coopérative de solidarité en soutien aux aînés nous informe sur ces pratiques innovantes<sup>25</sup>. L'étude a porté sur 7 coopératives de solidarité pour aînés soutenus par la communauté, totalisant 359 logements, dont le nombre d'unités varie d'une quinzaine à plus de 150.

Le portrait type du locataire est âgé entre 79 et 84 ans (79 %). Près de la moitié des logements sont occupés par des ménages à faible revenu composés de personnes vivant seules, bénéficiaires du Programme de supplément au loyer et en légère perte d'autonomie.

La coopérative offre des services de repas, de buanderie, de loisirs et d'activités sociales organisées par les membres d'un comité de résidents bénévoles, un service d'entretien ménager et un service de lavage.

L'entraide et la proximité avec la communauté est un facteur au centre d'un tel modèle. Les institutions locales d'éducation et de loisirs, de même que les différents organismes communautaires, les enfants et les membres de la communauté sont impliqués dans l'administration de la coopérative.

Concernant le maintien de l'autonomie des personnes, l'étude révèle que :

*Les coopératives de solidarité en habitation pour aînés, de par leur offre de service, souhaitent que leurs membres, malgré leur âge, puissent se sentir utiles, c'est-à-dire, participer d'une manière ou d'une autre à la vie de leur collectivité. Bien que cela existe actuellement pour la majorité des coopératives, l'idéal est de maintenir à long terme ce sentiment qu'elles peuvent participer à la vie de leur entreprise collective contribuant ainsi au maintien de leur autonomie et de leur intérêt pour la formule<sup>26</sup>.*

Le portrait des coopératives en habitation pour aînés informe sur la forte implication des aînés dans les projets et sur leur sentiment de sécurité. Demeurer dans leur milieu de vie, assurer un climat agréable et sécuritaire, offrir des loyers à coûts abordables et créer un

---

<sup>24</sup> CHAGNON, Véronique, (2013), Revue Kaléidoskope, vol. 1, n° 2, automne 2013, page 26.

<sup>25</sup> Confédération québécoise des coopératives d'habitation, (2013), *Les coopératives de solidarité en habitation pour aînés au Québec*, Cahier de l'ARUC - DTC, Série « Recherches », n° 12.

<sup>26</sup> *Ibid*, p. 30.

milieu d'entraide, sont les facteurs qui motivent les personnes âgées à s'inscrire dans ce projet de vie collective.

La CQCH souligne que l'implication des personnes âgées dans la mise en œuvre d'alternatives pour être en mesure de vieillir en santé et dans leur milieu de vie, est au centre de la réussite de tels projets.

### **3.4 LES COOPÉRATIVES D'ALIMENTATION**

Les 62 coopératives d'alimentation font partie des acteurs qui portent un potentiel intéressant permettant d'améliorer la santé de la population en général. Bien implantées dans toutes les régions du Québec, les coopératives d'alimentation constituent un carrefour où il est possible de rejoindre un nombre important de personnes âgées.

Certaines coopératives d'alimentation se penchent sur la mise en place de pratiques qui visent à apporter un soutien aux aînés pour qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie. Ce sont par exemple :

- La planification, par deux coopératives d'alimentation, d'un système organisé de desserte de repas santé à domicile s'adressant aux aînés et aux personnes qui ont des limitations. Actuellement en phase de planification, ce service pourra s'inscrire comme une extension à la coopérative d'alimentation locale;
- La mise en place d'un service de transport aux aînés ou aux personnes qui ont des limitations pour les accompagner sur le plan de leur transport;
- Un service d'information et de promotion localisé dans les coopératives d'alimentation, portant sur les contenus des aliments santé<sup>27</sup>; à l'exemple de ce qu'a réalisé l'Association coopérative de Percé (référer à l'encadré);
- Plusieurs coopératives d'alimentation spécialisées en alimentation saine se sont développées dans les dernières années. Celles-ci abordent la santé par des conseils et des informations portant sur la santé alimentaire.

---

<sup>27</sup> Laboratoire rural en Gaspésie, dans le cadre de la Politique de la ruralité.

### **Un exemple : Produire la santé ensemble par l'Association coopérative de Percé**

L'éducation des consommateurs quant aux possibilités alimentaires qui s'offrent à eux semble être une condition importante au développement de modèles alternatifs en agroalimentaire. Dans certains milieux, des initiatives sont mises en place afin d'outiller les consommateurs face à leurs choix alimentaires. Le projet Produire la santé ensemble, soutenu par l'Association coopérative de consommation de Percé, est une de ces initiatives qui visent à favoriser la consommation de produits locaux et ce, dans un double objectif, soit celui d'assurer la santé physique des individus et celui d'assurer la santé économique de la communauté. Les acteurs du milieu coopératif, au fait des raisons pour lesquelles il faut éduquer les consommateurs, s'intéressent à ce type de projet qu'ils considèrent comme étant prometteur pour leur milieu. L'Association coopérative de consommation de Percé est une épicerie locale qui compte à ce jour 235 membres, soit environ le nombre d'habitants de Percé en saison hivernale. Cette coopérative est la porteuse officielle d'un laboratoire rural institué en 2008 et connu sous le nom de Produire la santé ensemble : prise en charge de l'alimentation par et pour la communauté. La présentation de ce projet constituait le cœur de l'atelier.

Source : HANDFIELD, Mario (sous la coordination de), *Le renouveau coopératif agro-alimentaire*, Cahiers de l'ARUC - DTC, série « Débats et propositions », n° 2, page 39.

Des pratiques prises en charge par les membres de la communauté dans une approche préventive sont susceptibles de générer des impacts positifs sur la santé.

Les nombreuses pratiques innovantes qui reposent sur l'implication des personnes pourraient être encouragées et soutenues pour être accompagnées dans une démarche d'expérimentation. Il est important d'identifier les pratiques innovantes, de les documenter et de bâtir des outils pour que les personnes en perte d'autonomie, avec les membres de leur communauté, puissent s'en inspirer.

De telles initiatives s'inscrivent en concordance avec la recommandation 5 du CQCM qui propose la mise en place d'une mesure de soutien à l'accompagnement de projets de recherche-action sur les pratiques innovantes.

**RECOMMANDATION 5**

Contribuer à des laboratoires sur des pratiques innovantes en santé et en prévention

Le CQCM recommande la conception d'outils de transfert portant sur des pratiques innovantes, et permettant d'expérimenter le transfert des meilleures pratiques par des laboratoires dans les communautés locales.

Ces laboratoires prioriseraient :

- Le développement et le maintien de l'autonomie en santé des personnes âgées;
- Une mixité sociale (ménages et personnes âgées);
- Une transversalité des secteurs d'activité (exemples : habitation, transport collectif, alimentation, etc.);
- Une participation des personnes en perte d'autonomie au sein des instances décisionnelles en relation avec la communauté d'appartenance.



## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Notre position s'appuie sur une approche qui favorise la reconnaissance des potentiels et compétences des personnes âgées. En conformité avec cette posture, il nous est apparu crucial que les aînés soient partie prenante des décisions qui concernent leurs conditions de vie. Nous avons illustré, en première partie de notre mémoire, l'importance de cette participation des aînés au sein des communautés et au sein des instances décisionnelles.

Nous avons présenté, ensuite, ce qui caractérise le mode de fonctionnement des coopératives, sur la règle de l'intercoopération à la base de leur regroupement en réseaux. La coopérative est une alternative qui, selon nous, est susceptible de jouer un rôle de levier dans une démarche inclusive et participative pour développer la santé.

Le CQCM a ensuite signifié son appui aux fédérations coopératives impliquées dans les secteurs de la santé, notamment la FCSDSQ ainsi que la CQCH. Nous référons la Commission aux mémoires qu'elles vous adressent et appuyons sans réserve leurs orientations et recommandations. En dernier lieu, nous avons soulevé quelques exemples d'alternatives en cours de réflexion au sein de certaines coopératives d'alimentation. Notre intention est d'illustrer l'importance de miser sur un soutien et un accompagnement pour que des pratiques innovantes puissent s'inscrire dans des mesures structurantes, ayant des impacts sur la santé.

### RECOMMANDATION 1

Reconnaître la valeur ajoutée de la participation des usagers au sein des instances décisionnelles des entreprises d'économie sociale

Prioriser les entreprises d'économie sociale qui impliquent les bénéficiaires au sein des instances décisionnelles

La mise en œuvre d'actions devraient alors s'appuyer sur certains critères, notamment;

- La contribution des compétences et des potentiels des personnes en perte d'autonomie;
- Une approche intergénérationnelle;
- Une intervention en lien aux conditions de vie; notamment sur le plan du logement, des loisirs, du maintien et du développement des réseaux d'entraide et de soutien, des activités de transferts de compétences par les aînés, etc.

**RECOMMANDATION 2**

Des réseaux coopératifs qui contribuent au développement des services aux personnes en perte d'autonomie

Le CQCM recommande :

- Que les fédérations coopératives concernées soient mises à contribution à titre de partenaires dans le développement des services aux personnes en perte d'autonomie;
- Qu'une complémentarité soit assurée entre les coopératives en région et les instances régionales de santé, relativement au développement et à la desserte des services.

**RECOMMANDATION 3**

Développer des certifications de services, avec la participation des bénéficiaires dans les instances démocratiques

Le CQCM recommande une certification sur la base des services aux personnes, en lien à la qualité, et en assurant :

- Une participation des usagers aux instances décisionnelles de l'entreprise;
- Une implication des personnes concernées dans la définition des services;
- Une transparence dans les orientations prises et les résultats des entreprises.

**RECOMMANDATION 4**

Prévoir des lieux de coordination entre les réseaux coopératifs et les instances de la santé

Le CQCM recommande qu'un lieu de coordination puisse permettre une cohérence dans les interventions publiques, à l'échelle du Québec et des régions.

C'est-à-dire :

- Entre ministères à l'échelle du Québec et les réseaux coopératifs : MFÉ et MAMROT;
- Entre instances régionales de santé (CSSS-Agences) et les coopératives en région.

**RECOMMANDATION 5**

Contribuer à des laboratoires sur des pratiques innovantes en santé et en prévention

Le CQCM recommande la conception d'outils de transfert portant sur des pratiques innovantes, et permettant d'expérimenter le transfert des meilleures pratiques par des laboratoires dans les communautés locales.

Ces laboratoires prioriseraient :

- Le développement et le maintien de l'autonomie en santé des personnes âgées;
- Une mixité sociale (ménages et personnes âgées);
- Une transversalité des secteurs d'activité (exemples : habitation, transport collectif, alimentation, etc.);
- Une participation des personnes en perte d'autonomie au sein des instances décisionnelles en relation avec la communauté d'appartenance.



## ANNEXE 1

EXEMPLES D'ACTION GOUVERNEMENTALE CONCERTÉE	
<b>Économie et emploi</b>	La santé de la population favorise la résilience et la croissance économique. Des personnes en meilleure santé peuvent accroître les revenus des ménages, sont plus productives au travail, s'adaptent plus facilement aux changements professionnels et demeurent actives plus longtemps.
	Le travail et les opportunités d'emploi stable améliorent la santé de toutes les personnes dans les différents groupes sociaux.
<b>Secteur Sécurité et justice</b>	Les taux de violence, de mauvaise santé et de traumatismes augmentent dans les populations dont l'accès à l'alimentation, à l'eau, au logement, aux possibilités de travail et à un système de justice équitable est médiocre. De ce fait, la justice doit alors traiter les conséquences du manque d'accès à ces besoins fondamentaux.
	La prévalence des troubles mentaux (et des problèmes d'alcool et de drogue connexes) est associée à la violence, à la criminalité et à l'emprisonnement.
<b>Éducation et petite enfance</b>	La mauvaise santé des enfants ou de membres de la famille entrave la réussite scolaire, réduisant ainsi les possibilités d'éducation et l'aptitude à résoudre les problèmes de la vie et à saisir les opportunités.
	La réussite éducative des hommes comme des femmes contribue directement à améliorer la santé et l'aptitude à participer pleinement à une société productive, et à créer des citoyens engagés.
<b>Agriculture et alimentation</b>	La sécurité sanitaire des aliments et des approvisionnements alimentaires est renforcée par la prise en considération des aspects sanitaires dans la production des aliments, leur fabrication, leur commercialisation et leur distribution en favorisant la confiance du consommateur et en garantissant des pratiques agricoles plus durables.
	Une alimentation saine est essentielle à la santé et de bonnes pratiques d'alimentation et de sécurité alimentaire aident à réduire la transmission des maladies de l'animal à l'homme et favorisent des pratiques agricoles ayant un impact positif sur la santé des agriculteurs et des communautés rurales.

<b>Infrastructures, planification et transport</b>	Une planification optimale des routes, des moyens de transport et du logement exige que l'on prenne en compte les impacts sur la santé car cela permet de réduire des émissions coûteuses sur le plan environnemental et d'améliorer la capacité des réseaux de transport et leur efficacité pour le déplacement des personnes, des biens et des services.
	De meilleures possibilités de transport, y compris à pied et à vélo, permettent de constituer des communautés plus sûres et plus agréables à vivre et de réduire la dégradation de l'environnement, en favorisant la santé.
<b>Environnement durable</b>	Le meilleur moyen d'optimiser l'utilisation de ressources naturelles et de promouvoir le développement durable est d'avoir recours à des politiques qui agissent sur les modes de consommation de la population, et qui peuvent également promouvoir la santé.
	Au niveau mondial, le quart des maladies évitables résulte des conditions environnementales dans lesquelles vivent les gens.
<b>Logement et services communautaires</b>	La conception des logements et la planification des infrastructures qui tiennent compte de la santé et du bien-être (par exemple : isolation, ventilation, espaces publics, collecte des ordures, etc.) qui associent la communauté peuvent améliorer la cohésion sociale et soutenir les projets de développement.
	Des logements bien conçus et accessibles et des services communautaires adéquats ont un effet positif sur les déterminants les plus fondamentaux de la santé pour les personnes et les communautés défavorisées.
<b>Terre et culture</b>	Un meilleur accès à la terre peut permettre d'améliorer la santé et le bien-être des populations autochtones car celles-ci sont spirituellement et culturellement liées à un profond sentiment d'appartenance à un sol et à un pays.
	L'amélioration de la santé des populations autochtones peut permettre de renforcer les communautés et l'identité culturelle, d'améliorer la participation des citoyens et de favoriser le maintien de la biodiversité.

Source : Déclaration d'Adélaïde, Organisation mondiale de la santé, 2010.

## ANNEXE 2

### SYNTHÈSE : RECOMMANDATIONS, FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE ET DE SANTÉ DU QUÉBEC (FCSDSQ)

ORIENTATIONS	RECOMMANDATIONS
S'assurer d'une approche préventive visant à développer l'autonomie des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir l'admissibilité, dans le cadre de l'assurance autonomie, pour l'ensemble des clientèles actuellement soutenues par le PEFSAD et par le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'un aîné.</li> <li>• Introduire, dans l'assurance autonomie, des services complémentaires et des initiatives de nature préventive ou visant le développement de l'autonomie.</li> <li>• Doter les gestionnaires de cas dans les CSSS des ressources humaines suffisantes pour répondre à la demande.</li> </ul>
Tenir compte des préoccupations organisationnelles reliées au système de santé : la question de la coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des directives claires afin que les CSSS réfèrent systématiquement aux EÉSAD les AVD et les AVQ relevant de leurs compétences.</li> <li>• Définir les profils ISO-SMAF qui seront pris en charge par les EÉSAD pour les clientèles AVQ et lesquels resteront dans l'offre de service des CSSS.</li> <li>• Énumérer clairement et diffuser une liste de services et tâches rattachés respectivement aux AVD et aux AVQ.</li> <li>• Créer des mécanismes formels et uniformes de collaboration entre les intervenants.</li> <li>• Intégrer aux protocoles conclus entre les EÉSAD et les CSSS des mécanismes assurant la transmission des EÉSAD vers les CSSS et vice-versa, d'informations pertinentes sur la condition des usagers.</li> <li>• Prévoir un mécanisme de reconnaissance ou d'accréditation formelle des ressources.</li> </ul>
Reconnaître les compétences des travailleurs en EÉSAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir la contribution des CSSS à la formation des préposé(e)s des EÉSAD.</li> <li>• Élaborer un modèle de rémunération des services AVD et AVQ qui :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reflète la valeur réelle des services fournis;</li> <li>– Prévoit une garantie d'heures par service;</li> <li>– Définit des grilles tarifaires identifiant clairement la tarification applicable.</li> </ul> </li> <li>• Mettre en œuvre de façon progressive le développement des AVQ par les EÉSAD.</li> <li>• Soutenir financièrement la formation des préposé(e)s des EÉSAD aux AVQ.</li> <li>• Prévoir des ressources additionnelles de transition pour la formation des préposé(e)s.</li> </ul>

**SYNTHÈSE : RECOMMANDATIONS, FÉDÉRATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE ET DE SANTÉ DU QUÉBEC (FCSDSQ)**

ORIENTATIONS	RECOMMANDATIONS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir des activités de communication visant à valoriser les services à domicile ainsi que le métier de préposé(e).</li> </ul>
Reconnaître les particularités du modèle d'entrepreneuriat collectif des EÉSAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certification des EÉSAD sur la base des critères : participation démocratique, transparence, engagement.</li> <li>• Reconnaître l'expertise et les compétences des EÉSAD pour l'évaluation des besoins et l'élaboration des Plans de services.</li> <li>• Prévoir des ressources additionnelles de transition pour le redéploiement de l'offre de service des EÉSAD.</li> </ul>
Moduler l'offre de service	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les régions : Définir pour les EÉSAD, une base commune et uniforme de services AVD et AVQ, modulable par région. Tient compte des spécificités des marchés desservis par les EÉSAD.</li> <li>• Selon les personnes : Tenir compte de la capacité de payer des usagers dans la détermination d'éventuelles contributions.</li> <li>• Une disposition garantissant que les contributions des usagers ne seront pas affectées par l'augmentation des coûts du régime.</li> </ul>