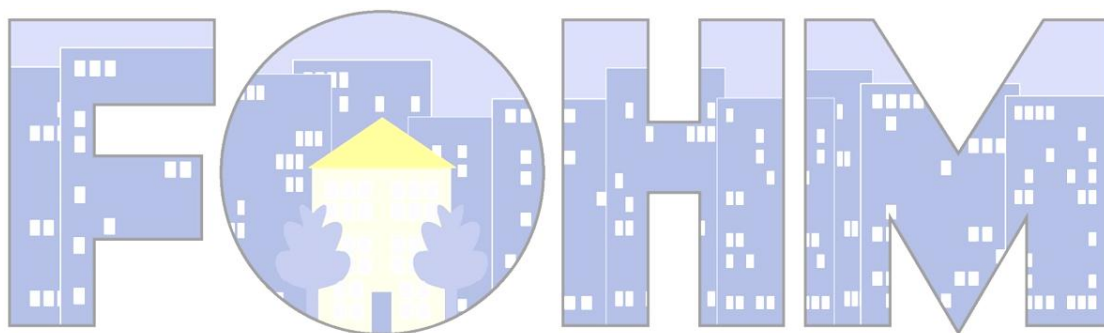


MÉMOIRE



Fédération des OSBL d'Habitation de Montréal

**Livre blanc sur la création de la
Caisse d'assurance autonomie**

Novembre 2013

La FOHM (Fédération des OSBL d'habitation de Montréal) a comme mission de regrouper, informer, former et mobiliser ses membres dans le but de promouvoir le développement du logement social et le droit au logement tout en favorisant la prise en charge de ces milieux par les locataires.

Membership de la FOHM

La Fédération compte **235 groupes membres** se divisant de la façon suivante:

- 140 membres actifs (logements permanents) ;
- 66 membres associés (hébergement et logements transitoires) ;
- 29 membres sympathisants (Ex : GRT ou milieu de vie).
- 33% sont dédiés aux personnes seules, des **volets III pour la plupart**. Une faible partie des groupes ont vu le jour également via SPLI ou d'anciens programmes (PIQ, SCHL, etc.) ;
- 34% se dédient aux personnes âgées. Nous retrouvons des programmes HLM privés, AccèsLogis, AccèsLogis PAPA (Personnes âgées en perte d'autonomie) et quelques programmes de la SCHL ;
- 33% offrent leurs unités à une population dite mixte : on y trouve autant des personnes seules, qu'âgées, des familles ou encore des groupes dédiés aux personnes à mobilité réduite.

Notre membership représente plus **de 78 % des organismes de l'île de Montréal** totalisant **plus de 10 000 unités de logements**. Nous retrouvons au sein de nos membres des citoyens et citoyennes qui ressentiront, à un moment ou à un autre de leur vie, le besoin de recevoir des services de santé à domicile. C'est sous cette optique que nous écrivons ce mémoire...

L'universalité et la gratuité des services

Le Livre blanc énonce d'entrée de jeu que le droit à un régime public d'assurance santé est garanti pour l'ensemble de la population de par l'ouverture de l'assurance autonomie à toute personne de 18 ans et plus. À cet énoncé s'ajoute toute la notion de solidarité par rapport au financement.

Cependant, nous voyons que la notion de participation financière de la personne utilisant les services est de plus en plus mise de l'avant. Or, en page 22 du document d'information, on spécifie que l'introduction d'une assurance autonomie ne modifie aucune des conditions d'admissibilité, présentement en vigueur, des régimes d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et d'assurance médicament.

Nous questionnons ce point-là dans la mesure où les activités de la vie quotidienne (AVQ) étaient des activités assumées par les CLSC, donc couvertes par le régime public. Et nous craignons qu'elles ne le soient plus : le Livre blanc consacre et dédie ces services aux EÉSAD, qui exigeront une contribution de la part de la personne.

Cela représente une brèche au niveau du système de santé qui se veut universel, gratuit et public.

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

Nous recommandons :

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

On ne peut parler de **Solidarité** si l'on ne prend pas en compte les conditions de travail que l'on retrouve au sein des EÉSAD et au sein de nos OSBL d'habitation qui offrent des services. Si on compare les salaires des personnes auxiliaires sociales ou préposées aux bénéficiaires à ceux des employé-e-s des EÉSAD nous remarquons une différence considérable à l'avantage des employé-e-s d'État.

Dans un tel contexte, il nous est difficile de voir ici une quelconque solidarité. **Il ne faut pas qu'une telle réforme se fasse sur le dos des employés.**

Nous recommandons :

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

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

La mise en place d'un tel système

La mise en place de ce projet est floue : le Livre blanc n'indique que très peu d'éléments vis-à-vis du processus d'implantation et de la période de transition. Nous trouvons dans un tel contexte l'implantation beaucoup trop rapide.

Les pays cités dans ce document ne peuvent être pris en référence, car la réalité de ces pays est bien différente de celle du Québec : Avec une densité de 6 habitants au kilomètre carré (qui est bien en deçà des 495 hab./km² des Pays-Bas ou des 126 habitants/km² du Danemark), nous avons de la difficulté à imaginer comment nous pourrions garantir la même offre de service au même coût, et ce qu'importe où est situé le lieu de résidence.

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

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

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

La réalité du Québec ne se reflète pas dans les exemples cités ci-dessus, surtout lorsque l'on constate que deux pays n'ont aucune pénurie de médecins et d'infirmière et que 98 % des danois sont inscrits chez un médecin généraliste.

Éviter de refaire les mêmes erreurs

La première des désinstitutionnalisations en santé mentale s'est tenue il y a presque 50 ans. Nous tentons encore aujourd'hui d'infléchir l'importance du recours au système hospitalier en santé mentale. Il est aujourd'hui clair que l'ensemble des coûts pour la désinstitutionnalisation le virage milieu qu'elle a exigé n'ont pas été véritablement évalués et on tente, encore aujourd'hui, d'implanter des services nécessaires à ce virage.

L'échéancier de l'implantation présenté dans le Livre blanc nous paraît très ambitieux et nous questionne sérieusement sur la faisabilité d'un tel changement en aussi peu de temps.

Nous recommandons :

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

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

Le financement

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

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

Particularités de notre milieu & Évaluation des personnes

Assurer à l'ensemble de la population les services auxquels elle a droit demande et exige une planification et une connaissance des problématiques et une définition très précise des ressources nécessaires. À l'instar de l'évaluation, *les organisations auxquelles le Livre blanc fait référence pour offrir les services AVQ ou AVD seront-elles en mesure de répondre présent dès 2014?* Il existe des pans de la société pour qui seul l'aidant naturel est présent et pour qui le service n'est pas au rendez-vous.

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

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

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

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

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

Une résidence collective comme un OSBL-H répond également à un impératif de santé en brisant l'isolement en mobilisant des personnes au sein des comités ou encore en favorisant le bénévolat. Cela contribue pour un grand nombre de personnes à retarder une perte d'autonomie. Cette dernière prend aussi la forme de problèmes cognitifs de type Alzheimer, qui passent sous le radar des outils d'évaluation prévus dans le Livre blanc...

Il est dangereux d'appliquer uniquement la grille SMAF, car nous risquons d'augmenter l'isolement et rendre très difficile le repérage des personnes vulnérables. En effet, l'outil utilisé ne prend en compte que les besoins de services individuels et non la situation sociale des personnes.

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

Nous recommandons :

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

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

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

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

Afin d'être fournisseur de services, le Livre blanc spécifie qu'une démarche de certification devra se faire auprès du CSSS. Or, les OSBL-H dédiés aux aînés ont déjà eu à répondre aux exigences de la Loi 16 (Certification des Résidences pour Personnes Âgées). Il pourrait alors être intéressant de jumeler la Certification des RPA (Loi 16) à la certification du CSSS afin de ne pas bureaucratiser et alourdir davantage cette démarche.

Nous recommandons :

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous recommandons :

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

Le soutien communautaire

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous recommandons :

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

Est-ce véritablement un libre choix?

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

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

Parler de libre choix fait consensus au sein de la société. Cependant, nous croyons que cette affirmation ne s'applique pas toujours au niveau du vieillissement. Nous comprenons mal comment parler de libre choix de fournisseurs lorsque le Livre blanc spécifie que les AVQ et les AVD seront uniquement offerts par les EÉSAD. ***Peut-on parler de véritable choix lorsqu'on se retrouve dans un CHSLD?***

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

Nous recommandons :

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