

**Le maintien dans la communauté des aînés**

**"Bien plus que des soins !"**

**Coalition pour le maintien dans la communauté**

***COMACO***

**Montréal**

**14 janvier 2003**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRESENTATION.....</b>	<b>3</b>
<b>HORAIRE DE LA JOURNEE.....</b>	<b>4</b>
<b>ALLOCUTIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>M. Jean Desnoyers, président de COMACO, directeur du Chez Nous de Mercier-Est.....</b>	<b>6</b>
<b>M. Vital Simard, du gouvernement du Québec, MSSS, chef de service des personnes âgées. "Le virage communauté" .....</b>	<b>8</b>
<b>PANELS.....</b>	<b>9</b>
<b>Mme Nancy Guberman, professeure à UQAM, Ecole de travail sociale. Quelques enjeux entourant les services de maintien à domicile.....</b>	<b>10</b>
<b>Mme Cécile Poissant, aidante naturelle.....</b>	<b>14</b>
<b>Mme Dominique Jarry Shore, Projet Genèse.....</b>	<b>15</b>
<b>Mme Joëlle Khalifa, regroupement des CLSC de Montréal.....</b>	<b>16</b>
<b>M. Réal Lefebvre, coordonnateur du Groupe santé ressources Rôles et responsabilités du secteur privé.....</b>	<b>17</b>
<b>M. Jacques Monette du RESSAD, directeur de Coopératout.....</b>	<b>18</b>
<b>M. Paul Saba, médecin à domicile.....</b>	<b>20</b>
<b>SYNTHESE DES ATELIERS.....</b>	<b>21</b>
<b>LES SUITES .....</b>	<b>27</b>

## Le maintien dans la communauté des aînés

### Bien plus que des soins !

La *Coalition pour le maintien dans la communauté* a tenu le 14 janvier 2003 une journée d'étude et de réflexion sur le rôle et la place des différents acteurs et organismes qui contribuent au maintien dans la communauté des personnes âgées. Cette journée a été possible grâce à la collaboration du Centre Saint-Pierre qui a fourni la logistique nécessaire pour un pareil événement. Nous les en remercions vivement.

Près de cent personnes issues de la *Coalition pour le maintien dans la communauté*, de la *Table de concertation des aînés de l'Île de Montréal*, de l'*Association des centres communautaires pour aînés* et du *Forum des citoyens aînés de Montréal* ont participé à cette journée.

Rappelons que cette activité s'est tenue sous la présidence d'honneur de madame Hélène Wavroch, présidente du Conseil des aînés. Monsieur Vital Simard, responsable des services à la population du Ministère de la Santé et des Services sociaux, et madame Nancy Guberman, professeure à l'École de service social à l'UQÀM, ont fait les allocutions d'ouverture.

Un panel composé de cinq personnes nous ont entretenus des réalités propres de leur champ expertise. Des témoignages d'une dame recevant des services à domicile et de Paul Saba, médecin, nous ont rappelé le vécu de cette situation souvent difficile.

Nous vous offrons maintenant les textes de cette importante journée pour la *Coalition pour le maintien dans la communauté* qui a comme mission de promouvoir le maintien dans la communauté des personnes à autonomie réduite, principalement des personnes âgées de la région de Montréal.

Monsieur Vital Simard dans son allocution nous a dit : « *C'est à vous les organismes de définir votre place et votre rôle* ». Dans les changements actuels en santé et services sociaux, il est donc impérieux de le faire. Nous souhaitons que ces textes, particulièrement le texte de synthèse des ateliers, vous aideront à continuer votre réflexion sur le rôle et la place des organismes communautaires dans le maintien dans la communauté.

Nous remercions toutes les personnes participantes et nous vous souhaitons une bonne réflexion.



---

Serge Emond  
Coordonnateur

## HORAIRE DE LA JOURNEE

**13h30 Mot d'ouverture de la présidente du Conseil des aînées : Mme Hélène Wavroch.**  
Madame Wavroch nous dit pourquoi elle a accepté de présider cette journée et l'importance qu'à pour elle le maintien dans la communauté des personnes aînées.

**13h45 Allocution de M. Vital Simard du Gouvernement du Québec, MSSS, chef de service des personnes âgées :** "Le virage communauté"

**14h05 Allocution de Mme Nancy Guberman : professeure à l'UQÀM.**  
Enjeux entourant les services de maintien à domicile

**14h20 Panel**

**Thème :** Rôles et responsabilités de chacun des secteurs avec un représentant des groupes communautaires, des entreprises d'économie sociale, du secteur privé, du secteur public et des aidants naturels.

**Invités :** Madame Cécile Poissant, aidante naturelle  
Madame Dominique Jarry Shore, Projet Genèse  
Monsieur Réal Lefebvre, Groupe santé ressources  
Madame Joëlle Data, Regroupement des CLSC de Montréal  
Monsieur Jacques Monette, du RESSAD et directeur de Coopératout

**15h30 Ateliers**  
Présentation et discussion autour de ces 4 questions :

1. Quels besoins des aînées relèvent du secteur communautaire ?
2. Quelles activités pour aînées les organismes communautaires devraient-ils favoriser ?
3. Quel est le rôle du secteur des organismes communautaires ?
4. Qu'est-ce qui distingue le secteur communautaire des autres secteurs ?

**17h00 Verre de l'amitié,                    17h30 Souper Popotes roulantes**

Le souper est servi par l'Association des popotes roulantes du Montréal métropolitain.

**18h15 Mot de madame Hélène Wavroch**

**18h30 Témoignage d'une personne âgée vivant à domicile et qui reçoit différents services**

**18h45 Constat de la situation vécue par un médecin allant à domicile : Docteur Paul Saba**

**19h30 Les suites de la journée par monsieur Jean Desnoyers.**

**19h45 Mot de la fin de madame Hélène Wavroch**

# **ALLOCUTIONS**

**M. Jean Desnoyers, président de *COMACO*,  
directeur du Chez Nous de Mercier-Est**

La Coalition pour le maintien dans la communauté (*COMACO*) a pour mission de promouvoir le maintien dans la communauté des personnes à autonomie réduite principalement des personnes âgées de la région de Montréal. *COMACO* représente 62 organismes communautaires et existe depuis 1984.

« *Le maintien dans la communauté* comme pratique veut permettre aux personnes à autonomie réduite de pouvoir choisir librement de demeurer dans leur milieu de vie en sécurité, avec dignité et avec la possibilité d'accomplir leurs rôles sociaux en interrelation avec leur milieu ».

Ce choix vise à conserver la maîtrise et l'autonomie nécessaire à une qualité de vie satisfaisante en fonction des critères établis par ces personnes. Selon la déclaration de principe du Colloque Vivre Chez Soi de mars 1991, et je cite, « toute personne a le droit de rester chez elle dans son milieu même si son autonomie est limitée et d'être soutenue de façon digne et respectueuse ».

Les citoyens et les citoyennes, les élus et les institutions ont le devoir d'agir en sorte que les conditions suivantes existent :

- un milieu concerné par la réalité de ces personnes
- un environnement sécuritaire et adapté
- l'accès à une gamme de services de soutien appropriés
- l'assurance d'une sécurité économique

Comme on peut le voir, cela va bien au delà des services à domicile. L'idée centrale est que cette personne conserve des relations avec son milieu naturel (communauté, quartier, etc.) ; on parle alors d'intégration, d'inclusion ou de participation sociale. Le maintien dans la communauté c'est donc : « Bien plus que des soins ! » d'où le thème de la journée.

Les débats actuels sur la santé et les services sociaux, dont les soins à domicile, amènent à se poser des questions sur le rôle de chacun dans une politique sur le maintien dans leur communauté des personnes âgées en perte d'autonomie. Quelle est la place des services sociaux face aux soins médicaux qui semblent mobiliser toute l'attention ? Quelle est la place de la prévention ? Quelle est la place des organismes communautaires ?

*COMACO* et ses 62 organismes membres ont commencé à s'interroger depuis un certain temps sur leur rôle dans le maintien dans la communauté. En effet, aujourd'hui notre regroupement désire élargir cette préoccupation au-delà de ces membres d'où la présence de nos invités.

L'objectif principal de la journée est de réfléchir à la place et au rôle que doivent jouer les différents acteurs sociaux dans le maintien dans la communauté des personnes âgées et plus particulièrement de définir le rôle et les responsabilités du secteur communautaire, de la famille et/ou des aidants dits naturels qui sont en fait des aidantes dans la très grande majorité des cas.

Les objectifs secondaires sont de susciter la participation des membres de *COMACO*, des personnes et des organismes concernés à l'établissement d'une vision globale et inclusive du maintien dans la communauté des personnes âgées et ce comme un droit de citoyenneté ; de faire connaître la mission et le travail de *COMACO*. Nous y reviendrons en fin de journée.

**M. Vital Simard, du gouvernement du Québec,  
MSSS, chef de service des personnes âgées.  
"Le virage communauté"**

Au cours des dernières années, un consensus s'est établi quant à la nécessité de procéder à des ajustements afin de mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante, et aux lacunes de notre organisation de services. L'ensemble des politiques gouvernementales, orientations ministérielles, cadre de référence sont venus confirmer que pour y parvenir, le « virage communauté » se doit d'être priorisé. Cela suppose qu'il faut :

- mettre en place les conditions nécessaires pour que les personnes ayant des incapacités puissent vivre à domicile ;
- favoriser l'intégration sociale des personnes et leur participation à la vie communautaire ;
- retarder ou même éviter l'hébergement de personnes en perte d'autonomie ;
- éviter le recours à l'hospitalisation et aux urgences pour des problèmes qui peuvent être réglés par les services de base ;
- réduire la durée de séjour hospitalier ;
- offrir aux personnes en phase préterminale ou terminale le choix de finir leurs jours à domicile.

L'atteinte de ces objectifs oblige donc une transformation majeure de nos modes d'organisation et de dispensation de services. Cette transformation requiert l'engagement et la mobilisation de tous les acteurs concernés : MSSS, régies régionales, établissements, ressources privées, ressources communautaires, les aînés, etc. Elle requiert également la cohésion et la coordination des actions de chacun. Nous avons donc convenu d'un plan d'actions avec l'ensemble de nos partenaires afin d'assurer que l'on puisse ensemble effectuer ce virage conformément aux orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, à savoir :

- ❖ L'intégration des services, c'est-à-dire la mise en place d'un réseau de services intégrés qui doit être structuré à partir d'un territoire donné, accompagné d'une responsabilité budgétaire territoriale.
- ❖ L'accès à une gamme de services répondant à la volonté d'agir précocement et mieux adapté à la diversification et la complexité des besoins.
- ❖ La qualité et l'évaluation des pratiques des interventions et des milieux de prestation de services.

Dans cette transformation, le maintien dans la communauté est considéré comme une responsabilité collective où l'ensemble des acteurs et des services est essentiel et complémentaire, mais sûrement pas accessoire.

Le partage des responsabilités entre tous les acteurs doit donc reposer sur une vision claire des services, où chacun à sa place de façon à optimiser l'offre de services qui doit se fonder sur les principes suivants :

*Les interventions doivent viser à renforcer le potentiel de la personne :*

- ❖ **L'engagement des proches est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé. Les proches ont la possibilité de réévaluer la nature et l'ampleur de leur engagement.** Cette reconnaissance ne saurait toutefois occulter les obligations normales, usuelles, entre parents et enfants ou entre conjoints.
  
- ❖ **L'équité**  
*À l'échelle de l'individu, l'équité suppose :*
  - qu'une personne ayant des incapacités n'ait pas à assumer des frais supplémentaires liés à ses incapacités (équité entre les citoyens) ;
  - que les personnes ayant des incapacités soient traitées équitablement, et cela quelle que soit l'origine de leurs incapacités.
  - Ainsi, à profils de besoins équivalents tous doivent avoir accès à une gamme similaire de services de soutien à domicile, selon les mêmes modalités d'accès, quel que soit l'endroit où ils habitent.  
*À l'échelle de la collectivité, l'équité exige :*
  - que les ressources soient distribuées entre les territoires en tenant compte des caractéristiques socio-sanitaires de la population et de la géographie du territoire.
  
- ❖ **L'universalité**
  - Les services sont offerts en fonction essentiellement des besoins de la personne dans son milieu, et de ses proches, déterminés selon un outil d'évaluation unique et reconnu. La hauteur de revenu d'une personne ne doit jamais constituer une barrière à l'accès aux services.
  
- ❖ **L'utilisation efficiente des ressources**
  - Les besoins sont organisés en vue de répondre, le mieux possible, aux besoins de chaque territoire de la population desservie. Ce principe conduit à favoriser le soutien à domicile préalablement à tout autres recours comme des ressources spécialisées. De plus, la possibilité d'un retour à domicile doit être considérée à toutes les phases d'un séjour en établissement.
  
  - Le soutien accordé doit permettre à la personne et à ses proches de vivre dans des conditions satisfaisantes à domicile. Un soutien insuffisant ou mal coordonné entraîne, pour plusieurs personnes, de l'insécurité et se traduit souvent par un recours aux services hospitaliers, ce qui entraîne globalement des coûts importants pour la collectivité sans que la personne n'ait trouvé nécessairement la réponse appropriée.
  
- ❖ **La neutralité**
  - Le choix de vivre à domicile ou d'y recevoir des soins ne doit pas comporter de « désincitatifs » pour la personne et les proches, c'est-à-dire qu'il ne doit pas entraîner de frais supplémentaires que l'usager n'aurait pas à assumer autrement si les services lui étaient fournis en ambulatoire ou en établissement.

À titre d'organisation communautaire vous êtes un partenaire essentiel dans l'aide et le support requis aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches. C'est à vous qu'il revient de définir votre champ d'activité avec les partenaires et organisations existants dans vos territoires de desserte, en complémentarité et conformément aux responsabilités et compétences spécifiques dévolues ou reconnus à chacun.



# **PANELS**

**Mme. Nancy Guberman, professeure à UQAM, Ecole de travail sociale**

## **Quelques enjeux entourant les services de maintien à domicile**

On nous a répété assez souvent que notre système de santé est en crise – et que nous ne pourrions pas continuer à le financer. Mais quand on parle du système de santé – on fait référence surtout aux hôpitaux, aux médecins. Pourtant, de plus en plus les soins donnés aux personnes le sont à l'extérieur des murs des hôpitaux et avec un personnel autre que des médecins. De plus en plus les besoins en services de santé et services sociaux sont des besoins de maintien dans la communauté,

Par ailleurs, il semble que le gouvernement ne soit pas clair quant à ses responsabilités face aux personnes ayant besoin de soutien pour se maintenir dans la communauté. Comme débat de société le maintien à domicile soulève nombreuses questions dont trois que j'aimerais partager avec vous : Qui doit offrir les services et les ressources dont les personnes ayant des incapacités ont besoin? Qui doit assumer les frais de ces services et ressources? Et qui va les contrôler?

### **De quels besoins parlons-nous?**

Quand nous pensons aux services nécessaires pour maintenir des personnes ayant des incapacités à domicile, vient à l'esprit l'aide pour les activités de la vie quotidienne – les repas, les commissions, le ménage, les déplacements, l'habillement, les soins personnels, ainsi que les soins infirmiers et médicaux.

Mais il n'est pas suffisant de répondre à ces seuls besoins. Plusieurs études tout en confirmant ces besoins de base, permettent d'identifier d'autres besoins. Il y a, par exemple, les besoins sociaux des personnes ayant des incapacités, les problèmes majeurs étant l'isolement et la solitude. Mais aussi, il y a toute la question de la participation sociale des personnes ayant des incapacités et leur contribution à la collectivité. Ce n'est pas parce qu'on est paraplégique, qu'on souffre de problèmes respiratoires, de la paralysie cérébrale, d'un problème cardiaque ou même de pertes de la mémoire ou de problèmes de santé mentale qu'on doit être exclue de la vie sociale, au contraire.

Il y a aussi une série de besoins liés à l'habitation – les types de milieux disponibles pour accueillir des personnes ayant des incapacités, l'état des milieux actuels : inaccessibilité physique, non adaptation aux besoins, distance du transport en commun, attitudes âgistes des voisins, etc.

Plusieurs personnes pourraient bénéficier aussi d'un soutien psycho-social face aux changements dans leur vie – la perte d'êtres chers, la perte de capacités, le rapprochement de la mort, l'ennui, les conflits familiaux, notamment les conflits intergénérationnelles.

Sans que cela constitue une liste exhaustive auxquels on doit répondre, on apprécie qu'il y ait des réponses spécifiques aux personnes ayant des incapacités.

### **Qui doit fournir les services et ressources pour répondre à ces besoins?**

Actuellement, selon la plupart des études nord-américaines, ces besoins sont comblés à plus de 75% par l'entourage des personnes âgées, principalement la famille proche.

1-2 personnes, --- Familles très proche, --- Conjoint/enfants --- Femmes

Les services publics à travers des CLSC répondent de moins en moins aux besoins. Et malgré leur contribution importante, les organismes bénévoles et communautaires ne comptent que pour très peu dans l'ensemble de la réponse aux besoins.

Est-ce une répartition juste? Est-ce le soutien aux personnes ayant des incapacités constitue principalement une responsabilité familiale? Si les personnes vivent de plus en plus longtemps, n'est-ce pas grâce aux développements collectifs en hygiène, en pharmacologie, en technologie médicale? On a investi comme société dans ces moyens permettant aux gens de vivre de longues années tout en étant atteints de plusieurs maladies chroniques et débilitantes ou ayant une maladie développementale. Ce sont des décisions collectives et nous sommes collectivement responsables.

Dans ce sens, je répondrai que l'État – qui est l'instrument qu'on s'est donné pour assurer la répartition de la richesse et la justice sociale envers tous et toutes les citoyens –, doit fournir les services et les ressources dont ont besoin ces personnes. Et ces services et ressources doivent être considérés comme un droit de citoyenneté. Sinon, d'autres critères interviennent dans l'attribution des services, comme la capacité de payer ou la présence de proches.

Or, selon les recherches, ce n'est pas le premier choix des personnes ayant des incapacités que de dépendre de leur famille et de sentir qu'ils représentent ainsi un fardeau.

Comme une chercheuse norvégienne a conclu :

La différence entre ce qu'un enfant adulte acceptera pour ses vieux parents et ce que les parents sont prêts à imposer à leurs enfants reflète peut-être le nœud de l'affaire. Les parents ont peur de surcharger leurs enfants et utilisent des alternatives quand ils ont des choix raisonnables. Comme toute personne, jeune ou âgée, ils trouvent plus facile de donner que de recevoir. Une dépendance à sens unique n'a jamais promu des bons rapports familiaux.

J'ai parlé jusque là de deux acteurs – la famille et l'État - en indiquant que je considère que l'État doit fournir beaucoup plus qu'il ne fait actuellement à travers les programmes de CLSC, les centres et d'hôpitaux de jours, les programmes visant le développement de diverses formes d'habitation avec services, etc. et que la famille doit offrir beaucoup moins que ce qu'elle est obligée de faire actuellement. Il faut que les personnes qu'on appellent aidantes naturelles ou soignantes profanes redeviennent de simples épouses, filles, frères, brus qui continuent à se préoccuper de leur proches ayant des incapacités sans nécessairement s'occuper constamment d'eux.

Mais il y a d'autres acteurs qui pourraient être mobilisés pour répondre aux besoins des personnes ayant des incapacités – il y a le secteur privé et il y a les secteurs communautaire, volontaire et de l'économie sociale.

Concernant les organismes communautaires et bénévoles, j'avancerai deux réflexions rapides. D'abord citant Sheila Neysmith, je dirai : “ Les bénévoles ne doivent pas fournir des services que les gens peuvent revendiquer de seul fait d'être citoyen canadien.” La question est donc : qu'est-ce qui devrait faire partie du panier des services offert gratuitement et universellement aux personnes maintenues hors des murs institutionnels et garanti par la loi, comme le sont actuellement l'accès aux médecins et aux hôpitaux. Et

quels sont les services connexes et j'avancerai, non essentiels, qui peuvent être fournis par les organismes bénévoles ou communautaires? Car, n'oublions pas que les organismes bénévoles ne peuvent pas répondre de façon universelle aux besoins, ainsi les personnes ne doivent pas s'attendre des bénévoles au même engagement et à la même stabilité que des employés du secteur public. La deuxième réflexion concerne l'autonomie des organismes communautaires et bénévoles par rapport à l'État. Est-ce que les personnes bénévoles doivent devenir des sous contractantes de l'État faisant des tâches définies par celui-ci avec les exigences imposées par celui-ci? Je pense notamment, mais pas exclusivement aux accompagnements pour rendez-vous médicaux. Ou est-ce que le sens même de l'engagement bénévole c'est le pouvoir de s'investir dans les activités qui nous inspirent, au rythme qui nous convient? Cet engagement, il me semble, ne doit pas ressembler à l'investissement requis dans un emploi.

Quant aux entreprises en aide domestique je dirai seulement que les tentatives de combiner des besoins d'aide de personnes ayant des incapacités, des besoins des personnes qui réintègrent le marché du travail et les besoins des entreprises à être rentables soulèvent d'énormes questions en termes d'accès et de qualité des services. Finalement, se tourner vers le secteur privé implique un système à deux vitesses et l'injustice sociale car il n'est accessible qu'à ceux qui ont les moyens.

En somme, comme Dumont-Lemasson de l'Association des CLSC-CHSLD, avance, les services publics offrent plusieurs avantages par rapport aux secteurs volontaire et communautaire et c'est pourquoi il est important de maintenir l'universalité du système. Les services publics n'ont qu'une finalité sociale (ils ne cherche pas le profit mais le bien-être); ils peuvent orienter les personnes à l'intérieur de tout un système de santé et de services sociaux, ils offrent la qualité d'un personnel formé et encadré, une approche multidisciplinaire, la protection des plus vulnérables et l'imputabilité. Ceci implique nullement qu'il n'y ai pas un rôle pour les organismes bénévoles et communautaires – au contraire – ce constat nous invite plutôt à mieux répartir les responsabilités de chaque secteur. Qu'est-ce qui revient au secteur bénévole et communautaire ou plus encore qu'est-ce que ce secteur veut faire? Aux quels besoins veut-il répondre à partir de sa mission, les mandats qu'il se donne? Tout en sachant que ce secteur ne peut jamais répondre de façon universelle aux besoins.

## **2. Qui va assumer les frais de ces services et ressources?**

D'abord, il faut savoir que les dépenses pour le soutien à domicile représentent que 3.3 % des dépenses publiques de santé au Québec. De ce fait, le Québec se trouve en dessous de la moyenne canadienne.

Ce fait a amené un comité du Ministère de la santé et des services sociaux chargé de développer une politique en soutien à domicile à proposer une forte augmentation du budget pour ce programme mais également « que les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique doivent être gratuits pour la majorité de la clientèle ». Le comité se base sur les éléments suivants :

En 1988, le gouvernement a reconnu le principe de la “ compensation des incapacités ”, c'est-à-dire que comme société nous acceptons de soutenir des personnes ayant des incapacités en mettant en place les services et ressources qui compensent pour leur incapacité. Selon le comité du MSSS imposer une tarification irait à l'encontre de ce principe.

En 1992, la Politique de la santé et du bien-être a apporté une précision supplémentaire en ajoutant le qualificatif “ équitable ”. Par “ compensation équitable des incapacités ”, la politique signifiait qu'il fallait viser à éliminer les disparités entre les personnes handicapées selon l'origine du handicap. Or imposer un tarif aux personnes desservies par le réseau public (alors que les personnes qui reçoivent des indemnités en vertu d'autres régimes ne sont pas assujetties à une telle mesure) irait à l'encontre de cet objectif et accentuerait les disparités.

Finalement, sur le strict plan de l'efficience des services, la tarification peut trouver difficilement justification dans le contexte québécois. En effet, tarifier les services de soutien à domicile serait incompatible avec le principe de neutralité : on pourrait créer alors un nouvel incitatif à recourir aux services en établissement, où les services sont gratuits (en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*). De façon globale, dans l'esprit du Comité, ce serait une erreur de tarifier des services de base efficaces, relativement peu onéreux, et qui permettent à des milliers de personnes de vivre dans leur milieu tout en offrant à la collectivité un grand potentiel d'économies.

J'abonde dans le sens du comité à savoir que la collectivité à travers nos impôts – doit assumer les coûts du maintien à domicile.

### **Finalement – qui doit contrôler ces services?**

L'un des problèmes les plus fréquents quand l'État prend en charge un secteur c'est la bureaucratisation des services – des fonctionnaires et des gestionnaires travaillant dans leur bureau mettent en place des programmes qui ne correspondent pas toujours aux besoins réels. Ils sont souvent difficilement accessibles : il faut remplir un paquet de formulaires pour y accéder, raconter sa vie à un paquet de monde. Ils sont souvent inadéquats – soit qu'on n'offre pas les bons services, soit qu'ils sont pas offerts aux heures qui nous conviennent, soit qu'on doit faire face à un roulement du personnel. Car c'est la logique de l'organisation des services qui prime et non pas la logique de la personne ayant des besoins.

Cette réalité est due, en partie, du fait que les usagers et usagères n'ont pas suffisamment leur mot à dire sur l'organisation des services. Mais pour que la voix des usagers et usagères soit vraiment entendue, il n'est pas suffisant que une personne ayant des incapacités soit nommée à un comité au nom des usagers, il faut que des représentants des organisations de défense de droits des personnes ayant des incapacités y soit. De cette façon ce n'est pas une personne qui parle, mais une personne qui représente des centaines d'autres personnes. Et ces représentants doivent être imputables à leurs groupes – c'est-à-dire qu'ils doivent rendre des comptes et prendre le pouls des membres des organisations pour bien les représenter et ce à tous les niveaux – dans les CLSC, aux Régies régionales et sur les comités de travail au MSSS et dans d'autres ministères. Et même au sein des organismes bénévoles et communautaires.

Au moment où le maintien à domicile est un enjeu politique de première ordre, dans un contexte préélectoral, il est temps de se faire entendre concernant l'avenir de notre système de santé et de services sociaux, la place et l'importance qu'on doit accorder au services à domicile et les responsabilités qui incombent aux divers acteurs.

## **Mme. Cécile Poissant, aidante naturelle**

Aidant naturel, un petit mot qui recouvre une grosse réalité. Vivre auprès d'une personne affectée sur le plan physique et cognitif, comme c'est mon cas, exige une disponibilité de tous les instants, 24 heures par jour, 7 jours semaine et je ne vois pas la fin du contrat.

Remarque que c'est un choix que j'ai fait, car suite à un séjour à l'hôpital, les médecins de mon mari ont considéré qu'il ne pourrait revenir à la maison, et on l'a condamné aux soins prolongés. Je n'ai jamais vraiment accepté cette décision, aussi après plusieurs mois d'hébergement je fis les démarches nécessaires afin de ramener mon mari chez nous. Il est arrivé avec sa chaise gériatrique, ses couches, la contention et une quantité incroyable de pilules, tranquillisants, antipsychotiques, laxatifs, etc.

Au bout d'un mois nous avons réussi à nous débarrasser de tout ça. Son état de santé continue de s'améliorer, bien qu'il demeure une personne fortement hypothéquée tant au plan physique que cognitif.

Inutile de vous dire que je tiens à garder mon mari chez nous, malgré les contraintes et les difficultés. Bien sûr il y en a, je vous fait grâce de toutes les corvées domestiques qui continuent, il faut assumer seule toutes les responsabilités, gérer la santé de mon conjoint, avoir une patience infinie face à quelqu'un dont la mémoire est déficiente et à qui vous devez répondre la même chose 10 fois en dix minutes, le reconduire à sa chambre la nuit car il ne se retrouve plus, bref beaucoup de petits irritants quotidiens, tous ces petits riens qui deviennent parfois insupportables. A cause des problèmes de communication de mon mari, je vis une certaine solitude à deux, la vie sociale n'est plus la même, les gens sont souvent mal à l'aise face à une personne qui a des troubles cognitifs, et bien sûr mon temps libre est restreint.

Pourtant nous avons de la chance, car la santé de mon mari s'est améliorée, ce qui m'a permis d'avoir l'énergie nécessaire pour réorganiser ma vie. Dans la majorité des cas c'est le contraire, il y a détérioration de la condition de la personne aidée, la tâche s'alourdit, les mois et les années passent, la fatigue s'accumule, l'usure se fait sentir. Pour avoir échangé avec d'autres aidants naturels, je peux vous dire que j'ai trouvé une grande générosité chez tous, ils sont tellement absorbés par les besoins de l'autre qu'ils ont tendance à en oublier les leurs, à ne pas voir venir les signes d'usure, la détresse psychologique guette certain.

Aussi il est essentiel d'offrir des services permettant de briser l'isolement, d'éviter l'épuisement physique et psychique et la possibilité de se ressourcer. Nous avons besoins de services médicaux disponibles en tout temps, de continuité de services d'hygiène et de gardiennage, il est important d'avoir le plus possible les même personnes afin qu'un lien de confiance se développe, ce n'est pas une mince affaire de laisser une personne en perte d'autonomie avec un étranger, le personnel de ces services doit être qualifié, ce n'est pas toujours le cas pour le personnel des agences. Pour tenir le coup les aidants doivent pouvoir compter sur des services de haltes répit, de centre de jour et d'hébergement temporaire. Ces services doivent être facilement accessibles car les aidants n'ont plus d'énergie pour se battre lorsque c'est trop difficile, ils se découragent et laissent tomber.

Nous ne sommes que des humains, nous avons besoin de soutien, nous avons besoin de répit. L'objectif prioritaire du maintien à domicile doit être la qualité de vie des aidés et des aidants, lorsque ce n'est plus possible, nous devons pouvoir compter sur des places en hébergement.

## **Mme. Dominique Jarry Shore**

### **Projet Genèse**

Bonjour, je m'appelle Dominique Jarry-Shore, je travaille au Projet Genèse sur l'équipe des services individuels. Je suis aussi la coordonnatrice du programme Conseils à domicile.

J'aimerais prendre quelques minutes pour vous parler des rôles et responsabilités des organismes communautaires. Quand on identifie les rôles des organismes communautaires on peut les diviser en deux catégories: on a un rôle de service : on offre un ou plusieurs services ce qui font parti de notre mission ou mandat de service. Enfin, nous avons également un rôle d'agents de changement social. C'est de ce rôle dont j'aimerais vous parler aujourd'hui.

Qu'est ce que ça veut dire être un agent de changement social ?

Nous voici ici, des organismes qui offrent divers services, mais quelle est notre réalité? Nous avons des difficultés de financement, notre rôle bien qu'important n'est pas reconnu par le gouvernement, nous ne sommes pas consultés ni écoutés quand des politiques sont développées et de plus en plus nous sommes débordés de travail.

Je sais que je ne suis pas seule quand je vous raconte certaines demandes qu'on a reçues récemment au Projet Genèse pour des services hors de notre mandat. Par exemple, une vieille femme qui nous demande de couper ses ongles de pied, ou un monsieur âgé qui a besoin de quelqu'un pour l'accompagner à son audition à la Régie du logement, des personnes suicidaires ou en crises de santé mentale qui nous demandent de l'aide parce qu'il savent pas où aller.

Les besoins de la population ne sont pas satisfaits. Les organismes communautaires ne sont pas là pour prendre soin des besoins essentiels de la population.

Alors qui sommes nous? Quel est notre rôle face aux autres secteurs? Nous sommes des organismes qui impliquent nos clients. Nous encourageons les gens auxquels nous travaillons à devenir membre, cela signifie être actif, c'est une de nos priorités. On peut dire que c'est une caractéristique tout à fait différente du gouvernement. En effet, cela ressent parmi les personnes qui sont ici aujourd'hui, ainsi que parmi les membres de nos conseils administratifs. Dans notre travail auprès des aînés, nous aidons aux tâches quotidiennes : le ménage, les activités, le transport et l'accompagnement, nous travaillons également sur d'autres aspects. En effet, nous connaissons la réalité de nos clients, leurs espoirs, et leurs attentes. Nous avons cette expertise et c'est une richesse. Nos caractéristiques comprennent la flexibilité, et nous avons l'opportunité de critiquer, d'évaluer, de comprendre ce qui se passe autour de nous, de manifester, de mobiliser, en fait nos rôles sont multiples et diversifiés.

Ceci dit, quelles sont nos responsabilités en tant qu'organisme communautaire?

Qui va lutter pour les droits des personnes âgées?

Nous avons une obligation de lutter pour les droits des personnes âgées. Il faut prendre une position conjointe avec le gouvernement et le public. Quand une personne nous conte qu'elle reçoit une douche par semaine au lieu de deux à cause de coupures, ou de changements politiques. On ne peut pas rester indifférent face à cette injustice. Prendre position veut aussi dire pouvoir se trouver dans l'impossibilité d'aider quelqu'un à cause d'un manque de service de ce genre. Probablement vous avez déjà vécu dans

votre travail ou votre milieu, le manque d'un tel service. C'est parfois très difficile de refuser certaines demandes, mais c'est aussi la réalité de nos limites dans le secteur communautaire.

Mais regarder tout le pouvoir de **COMACO** qui a fait du lobbying avec succès, on a écrit des brefs sur des politiques, on a maintenant les moyens d'avoir un employé à temps plein qui travaille pour nous comme coordonnateur. Aujourd'hui nous avons beaucoup plus organismes membres. Notre flexibilité, et notre connaissance du milieu nous donne du pouvoir.

Avec tous ce qu'on connaît des personnes âgées, on a une excellente opportunité de présenter une image des personnes âgées et de les manques de services. Ceci pourrait être fait aux moyens de conférences de presse.

On ne peut pas travailler avec des aînés, lutter pour leur maintien dans la communauté sans être impliquer au niveau gouvernemental, au niveau de l'attitude dans la société envers les aînés.

On est puissant, on a du pouvoir, c'est le temps de l'utiliser. J'ai apporté aujourd'hui des cartes postales pour envoyer au gouvernement pour demander plus d'argent pour les services à domicile public. Si cela vous intéresse vous pouvez en prendre.

En conclusion, je vous propose de prendre à coeur le rôle d'agent de changement social.

**Mme. Joëlle Khalfa**

**Regroupement des CLSC de Montréal**

*Suite à des problèmes techniques nous ne pourrons malheureusement pas retranscrire ici  
l'allocution de Mme Joëlle Khalfa*



**M. Réal Lefebvre**  
**Coordonnateur du Groupe santé ressources**  
**Rôles et responsabilités du secteur privé**

Merci de nous permettre de contribuer à vos débats et à partir de ma pratique privée, de vous parler de Santé ressources, sa vision, ses services ainsi que de quelques enjeux qui nous préoccupent également en "soutien à domicile" concernant le rôle du secteur privé, comme PARTENAIRE OU CONCURRENT, DE NOS SERVICES PUBLIQUES.

D'abord ce que j'y fais depuis 5 ans : conseiller coordonnateur en hébergement et en aide à la mobilité (Assistance aux aînés, Total ressources, AinetQuébec.com)

De quoi parle l'on-nous ! Le privé, ce sont des organisations... à but lucratif et non lucratif, collectif.

Santé ressources se veut donc à la frontière des deux. Notre mission...

Je suis aussi accompagné par deux nos partenaires: Hélène et Marie-José de la Coop santé globale...

Et de Jean-Claude, du laboratoire Air-Labs.com....  
(Dépliants à l'arrière)

Je collabore aussi avec Darvida conseil, une firme spécialisée en développement communautaire et développement local dirigé par Bertrand Turbide à Montréal...

**Santé ressources (Montréal)...** un service d'accueil, d'évaluation de besoins et de références spécialisées en **soins et services à domicile**, en collaboration avec les associations de personnes retraitées et les établissements du réseau de la santé de la région.

Le privé... un partenariat essentiel, un mariage heureux ! C'est ce que nous propose Michel Clair, l'ex-président de la Commission d'étude sur les services de santé au Québec. Résumé des propos (Copies à l'arrière);

Augmentation de 5% annuellement des dépenses, c'est 1 milliard \$ par année en besoins ciblés. C'est 4000 personnes en attente d'hébergement dans des lits d'hôpitaux ou de soins de longue durée;

Sans régler tous les problèmes, Michel Clair nous partage ses convictions lorsqu'il nous dit:

" Néanmoins, la contribution du secteur privé sera déterminante pour l'avenir de notre système de santé. S'il est un réel partenaire du système collectif et du réseau public, toutes ses ressources seront mobilisées dans ce sens. Sinon, il en sera l'alternative, donc un concurrent direct. Il appartiendra au gouvernement de faire les bons choix. "

Sans oublier la recommandation no. 1 de la Commission: Le "virage prévention et promotion de la santé" (en opposition aux maladies et à leurs traitements) ... Tant pour les personnes âgées que pour les intervenants-es !!!

## **M. Jacques Monette du RESSAD**

### **Directeur de Coopératout**

- EÉSAD sont nées du sommet socio-économique de 1996. Début des opérations en 1997. (42 entreprises accréditées en mars 98)
- Plusieurs EÉSAD ont cependant plusieurs années d'existence → issues d'organismes communautaires.
- EÉSAD ont essentiellement 2 missions :
  - Contribuer au maintien à domicile des personnes âgées et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes par l'offre de services d'aide domestique.
  - Favoriser la création d'emplois durables et de qualité, surtout pour des personnes éprouvant des difficultés d'intégration au marché du travail.
- 103 entreprises au Québec et qui opèrent sur l'ensemble du territoire.
- 2 formes de structure juridique : coopératives (42 ou 41%)  
O.B.N.L. (61 ou 59 %)
- Les EÉSAD sont officiellement accréditées par les partenaires publics, dont les RRSSS et le ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Cette reconnaissance officielle leur permet d'offrir des services admissibles au programme exclusif d'exonération financière pour des services en aide domestique (PEFSAD), dont bénéficient tous leurs clients.
- EÉSAD ont maintenant 5 ans d'existence pour les plus vieilles et le taux de croissance de ces entreprises est phénoménal :

#### **Clientèle**

- Au 30 septembre 1998 : 9663 clients
- Au 31 mars 2002 : 65 230 clients
- En 3.5 ans : augmentation de 55 567 clients pour une augmentation annuelle pouvant varier entre 28% et 125% selon l'année.
- 63% de la clientèle des EÉSAD (au 31 mars 2002) était composée de personnes de 65 ans et +. 84% de l'ensemble des clients sont des personnes seules et de sexe féminin dans une proportion de 77%.
- La majorité de la clientèle a des revenus ne dépassant pas 15 000.00\$ annuellement : 64% des clients.

#### **Heures de services rendus**

- Au 30 septembre 1998 : 326 000 heures
- Au 31 mars 2002 : 4 600 000 heures
- Les augmentations annuelles varient de 28% à 48% selon l'année, au cours des 3 dernières années (moyenne se situe à 39% annuellement).

### **Nombre d'emplois créés**

- Au 31 mars 2001, les EÉSAD avaient créé 5 171 emplois dont 406 postes administratifs et 4 765 postes de préposés (es) en aide domestique. Dans cette dernière catégorie, 52% des postes sont des emplois permanents à temps plein, les autres 48% étant à temps partiel.
- Certaines entreprises comptent aujourd'hui plus de 100 employés permanents à leur service.

### **Chiffre d'affaires**

- Au 31 mars 2001, l'ensemble des entreprises d'aide domestique a réalisé un chiffre d'affaires de plus de 65 millions de dollars.
- Les EÉSAD sont devenues de véritables P.M.E. qui doivent gérer un taux de croissance élevé et qui sont actuellement dans une phase de consolidation de leurs activités.
- Les EÉSAD sont devenues des partenaires indispensables aux différents CLSC et autres institutions du secteur de la santé. Elles interviennent régulièrement en complément du personnel du secteur public et offrent une gamme de services à domicile qui est souvent essentiels au maintien d'une qualité de vie pour nos clients.
- Principaux services offerts dans le cadre du PEFSAD : entretien ménager, lessive et entretien de vêtements, aide à la préparation de nourriture, aide à l'approvisionnement et aux courses.
- Selon les régions et les possibilités locales de développement de partenariats, plusieurs entreprises offrent maintenant une gamme plus variée de services à domicile : peinture, travaux mineurs de réparations, gardiennage, entretien extérieur des résidences, gazon, déneigement, ramassage de feuilles et bois de chauffage, etc.

Les données et statistiques proviennent essentiellement des rapports :

- *Portrait des entreprises en aide domestique* - Ministère de l'Industrie et du Commerce du Québec – 2002
- *État de situation du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique* – R.A.M.Q. - 2002

## **M. Paul Saba, médecin à domicile**

Un médecin offrant des soins à domicile visite des patients à la maison, prend une histoire, fait des examens, établit un diagnostic et prescrit un traitement.

Toutefois, il serait intéressant de savoir plus, par rapport à la thématique le maintien à domicile, "bien plus que des soins !". En effet qui sont ces médecins? D'où viennent les patients? Qui sont ces patients?

### **Le diagnostic**

Dans un premier temps le médecin établit un diagnostic :

Il s'agit soit d'un suivi des problèmes chroniques : tels que diabète, MPOC, Insuffisance cardiaque, arthrose, haute pression, ou encore la malnutrition.

Soit de problèmes aigus : tels que pneumonie, infection urinaire, MPOC décompensé, cellulite, thrombophlébite, angine instable.

### **Le traitement**

Dans un second temps le médecin définit un traitement. Il commence par établir une ordonnance qu'il donne au patient ou qu'il transfère au pharmacien.

Toutefois le médecin n'est pas et de loin le seul intervenant, il s'agit souvent d'une prise en charge collective du patient.

En effet, une infirmière peut également faire une évaluation du patient, panser les plaies, faire le suivi de la pression artérielle.

Un Physiothérapeute peut définir un programme d'exercices.

Une travailleuse Sociale définit les finances, coordonne les intervenants, la famille, etc.

Les préposés aux bénéficiaires administrent les bains, effectuent la préparation des repas.

Le service de nettoyage s'occupe de l'entretien du domicile.

Enfin, les diététistes font le suivi de l'état de malnutrition

### **Les problèmes**

Les problèmes rencontrés sont le manque de médecins, mais plus généralement un manque de ressources humaines (physiothérapeutes, diététistes, préposés aux bénéficiaires...), mais aussi un manque de financement.

### **Les solutions envisagées**

Il s'agirait de valoriser les soins à domicile, ainsi que les conditions du travail, puis d'augmenter les budgets des CLSC, enfin de renforcer les programmes communautaires

Soit d'accentuer le rôle de la communauté en terme de :

- socialisation
- prévention de la malnutrition
- autres

# **SYNTHESE DES ATELIERS**

La journée offerte par la *Coalition pour le maintien dans la communauté* avait pour but de déterminer la place et le rôle que doivent jouer les différents acteurs sociaux dans le maintien dans la communauté des personnes âgées. À cette fin, une place a d'abord été faite aux différents représentants et intervenants qui nous ont entretenus de leur rôle particulier tel que nous en avons fait lecture précédemment.

Les ateliers ont offerts aux participants et participantes de la journée de prendre la parole. Le thème unique des quatre ateliers étaient : « **Quel est le rôle et la place des organismes communautaires dans le maintien dans la communauté ?** » Notre but était d'amorcer une réponse à cette question. Pour enrichir les échanges les invités officiels de la journée se sont joints au public participant.

Afin de faciliter les discussions et les échanges une feuille explicative a été remise aux participants. Ainsi les principaux besoins des personnes âgées ont été regroupés en sept catégories. Ces catégories proviennent d'une allocution de madame Guberman professeure à l'UQÀM.

1. la socialisation.
2. les soins de santé
3. les soins personnels
4. l'entretien ménager
5. l'alimentation
6. le transport
7. le logement

## **Questions**

Les quatre grandes questions des ateliers étaient les suivantes :

1. Lesquels de ces 7 besoins relèvent particulièrement du secteur communautaire et dans quelles priorités?
2. Dans les besoins relevant particulièrement du secteur communautaire retenus quelles sont les activités que les organismes communautaires devraient favoriser pour répondre à ces besoins ?
3. Quel est le rôle spécifique du secteur des organismes communautaires ?
4. Qu'est-ce qui distingue le secteur communautaire des autres secteurs tel le public ou l'économie sociale?

Nous vous présentons maintenant une synthèse des quatre ateliers faite à partir des notes des secrétaires d'atelier et des notes de monsieur Jean Desnoyers, président de *COMACO*.

## **1. Lesquels de ces 7 besoins relèvent particulièrement du secteur communautaire du maintien dans la communauté et dans quelles priorités?**

Les quatre ateliers sont arrivés à des conclusions similaires. Un consensus s'est fait pour affirmer que les besoins concernant les soins de santé et les soins personnels ne relèvent pas des organismes communautaires. Ces besoins doivent être comblés par les CLSC et les centres hospitaliers. Il faut de plus s'assurer que le mandataire des services publics de soutien à domicile ait le financement adéquat afin de donner les mêmes services requis tant pour l'aider que pour l'aidant(e) sur tous les territoires.

Le sous-financement des CLSC fait porter aux organismes communautaires et aux bénévoles de ces organismes des rôles, des responsabilités ou des tâches qui appartiennent aux CLSC. Le sous-financement amène trop souvent les CLSC à déverser leur débordement dans les organismes communautaires. Cette situation n'est pas saine et ennuage les liens entre les partenaires qui sont très «tannés» d'entendre dire qu'il n'y a pas d'argent.

Le deuxième consensus affirme que les besoins concernant l'entretien ménager relève des entreprises d'économie sociale. Un atelier mentionne qu'il est étrange que lorsque l'État diminue ses services et que le secteur d'économie sociale les augmente.

Rappelons aussi que les services qui sont sous la responsabilité du mandataire public même lorsque ces services sont rendus par le privé ou l'économie sociale demeurent gratuits ou non tarifés pour le citoyen; les frais doivent être assumés à même le budget du CLSC par exemple. Les organismes communautaires doivent faire des pressions pour que la gratuité des services demeurent ou reviennent dans les cas où il y a eu recul.

Enfin la réponse aux besoins de socialisation, d'alimentation, de transport et de logement relève davantage du secteur communautaire mais selon certaines conditions que nous verrons ci-dessous.

## **2. Dans les besoins relevant particulièrement du secteur communautaire retenus quels types d'activités les organismes communautaires devraient-ils favoriser pour répondre à ces besoins ?**

### **La socialisation**

Dans les besoins de socialisation, les activités ludiques, récréatives ou culturelles sont utilisées comme des moyens pour contrer l'isolement et la solitude, pour stimuler la socialisation, pour développer des réseaux d'entraide pour donner de l'information, pour faire de l'éducation ou pour faire de la prévention.

Cette façon de faire se distingue des clubs d'âge d'or qui utilisent les activités de loisir comme un but en soi et non comme un moyen.

### **L'alimentation**

Dans l'alimentation, le communautaire offre des activités :

- ✓ qui permettent de manger ou de faire à manger en groupe telles les dîners communautaires ou les cuisines collectives, qui combine ainsi meilleure alimentation et socialisation.
- ✓ d'information, d'éducation ou de prévention telle des cours de cuisine pour les hommes ou des conférences sur les habitudes alimentaires favorisant la santé ou sur la façon d'utiliser un four à micro-onde.
- ✓ d'accompagnement-transport pour les commissions ou les emplettes.

- ✓ de services d'emplette faits par des bénévoles lorsque la personne ne peut se déplacer.
- ✓ de popotes roulantes qui permettent à des personnes en perte d'autonomie de rester à la maison. Des personnes s'interrogent cependant s'il est réaliste qu'une personne âgée soit entièrement dépendante des organismes communautaires pour se nourrir. Cela devient-il à ce moment un service essentiel et les organismes sont-ils là pour assurer ce genre de service ; est-ce leur mission?

## **Le logement**

Dans le logement, il y a soutien aux personnes âgées pour développer des projets de logements sociaux adaptés ou alternatifs. Les organismes communautaires peuvent aussi assurer la vie communautaire et certains services à l'intérieur de résidences. L'exemple de certains organismes tel ACHIM, Habitation les 11 Volets et Nouvelles Avenues démontre bien que la prestation de services communautaires à l'intérieur de ces résidences font toute la différence d'avec les HLM traditionnelles. Là aussi le propre au communautaire est d'ajouter à la qualité de vie et non d'être un service de base ou essentiel.

Les organismes communautaires font aussi de l'intervention par l'information et la défense de droits aux locataires âgés qui sont souvent victimes d'abus.

## **Le transport**

Les organismes communautaires sont dans le transport comme un complément aux services de base réguliers ou adaptés offerts par la Société de transport de Montréal (STM). Leur champ spécifique est l'accompagnement-transport pour les commissions ou les activités de socialisation. Depuis le virage ambulatoire les organismes répondent à plus en plus de demandes de transport médical au détriment du transport pour la socialisation et les commissions.

Il faut donc que les mandataires du transport sur l'île de Montréal ait le financement adéquat (y compris pour faire du développement) tant pour le transport régulier que pour le transport adapté car sans transport adéquat le maintien dans la communauté devient la prison dans la communauté.

Une des difficultés que rencontre les organismes qui offrent de l'accompagnement-transport s'est de se retirer de l'accompagnement-transport médical car il n'y a aucune alternative à son retrait lequel retrait permettrait aux organismes communautaires d'offrir de l'accompagnement-transport socialisation et pour les commissions par exemple.

Le transport est le principal problème rencontré par les acteurs communautaires qui font du maintien dans la communauté. Le transport est un enjeu majeur pour la survie tant des personnes rejointes par les organismes que des organismes eux-mêmes. Le transport est la clé de voûte de l'ensemble des actions des groupes communautaires. En effet comment participer à des activités de socialisation sans moyen pour s'y rendre ? Comment bien se nourrir sans moyen de transport pour effectuer ses emplettes ?

Un atelier séparait l'accompagnement du transport en affirmant que le transport est de niveau gouvernemental et que l'accompagnement est de niveau communautaire. Il répond aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui ne sont pas admissibles au transport adapté ou en attente de leur demande.

Le transport est actuellement le plus gros problème des organismes communautaires du maintien dans la communauté car il leur demande énormément de travail qui ne peut être mis sur d'autres tâches ou services. À la limite, c'est un détournement de mission.



### **3. Quel est le rôle spécifique du secteur des organismes communautaires du maintien dans la communauté?**

Les organismes communautaires ne se voient pas comme faisant parti du réseau officiel des services sociaux de la Régie régionale même s'ils sont subventionnés par cette dernière. Ils se voient comme des organismes ajoutant des dimensions ignorées par les CLSC. Un atelier désignait que le champ spécifique des organismes communautaires n'est pas dans les services essentiels mais dans les services qui ajoutent à la qualité de vie.

Une des spécificités majeures du secteur communautaire c'est d'offrir des services accomplis par des bénévoles. Dans le communautaire, les services sont rendus par les bénévoles et sont d'ordre non professionnel. C'est une des frontières qui établit qu'un service soit rendu par un organisme communautaire plutôt que par un CLSC. Le service peut-il être rendu par un bénévole? Sinon, ce n'est pas au communautaire à le rendre. Toutefois, il y a un glissement à demander aux bénévoles de faire des tâches qui ne leur appartiennent pas.

Les services rendus sont globalement énumérés à la question # 2. Les services donnés devraient toujours être complémentaires à ceux rendus par les institutions officielles tel les CLSC. Avec le dysfonctionnement des services en santé et services sociaux ainsi qu'en transport, principalement par un financement inadéquat, les bénévoles sont moins disponibles car ils doivent aider leur famille en premier lieu.

Une autre limite mentionnée à la prestation de services est la capacité des organismes en terme de budget, de bénévoles ou d'expertise qu'ils peuvent se payer. Il faut rendre les services à l'intérieur des ressources disponibles. Devant les carences des services publics et leur maigre financement les organismes communautaires réalisent qu'ils ne suffisent pas à la tâche. C'est ce qui les amène de plus en plus à revendiquer de nouvelles ressources humaines et financières non seulement pour eux mais pour le système public également. Ce point sera développé au point # 4.

Les organismes communautaires oeuvrent dans le secteur de la prévention et non du curatif. Dans les ateliers, il est mentionné que la prévention est soit primordiale soit un enjeu important. La notion de prévention n'est cependant pas développée dans les ateliers. Le représentant gouvernemental affirme même que c'est une priorité pour le gouvernement.

#### **4. Qu'est-ce qui distingue le secteur communautaire du maintien dans la communauté des autres secteurs tel le public ou l'économie sociale?**

Les organismes communautaires reconnaissent qu'il y a d'autres acteurs qui sont dans le champ du maintien dans la communauté. Ils reconnaissent la nécessité du partenariat et de la complémentarité mais voit le concept de réseau de services intégrés comme un moyen de contrôle ou de planification technocratique qui va imposer ou dicter aux divers partenaires les services qu'ils doivent rendre. On ne se voit pas très bien dans l'organigramme de la Régie régionale, ni dans les « Réseaux de services intégrés ». Les organismes insistent sur le respect de leur mission qui prend son mandat de la communauté.

Les organismes par leurs actions et leurs activités se distinguent par leur approche communautaire qui met la personne au centre de leurs actions. Ainsi leurs actions et leurs activités :

- ✓ favorisent la prise en charge des personnes âgées, le développement de leur sens d'appartenance, leur participation sociale et leur contribution à la communauté.
- ✓ les mobilisent pour qu'ils prennent la parole et leur place et pour qu'ils utilisent les services existants.
- ✓ les soutiennent dans leurs revendications et leurs représentations pour qu'ils aient des services qui répondent à leurs besoins tant pour la sécurité économique que le logement ou le transport ou l'alimentation et autres. Cela inclut la définition d'un projet de société;
- ✓ les outillent par des activités éducatives et informatives.

Ce travail comme agent de changement social se fait souvent de façon non consciente par les organismes. La prestation de services dans le quotidien prenant toute la place. Cependant si nous analysons toutes les doléances, les revendications pour leurs membres ou pour l'organisme en soi on peut voir que les organismes dans leur pratique sont des agents de changement social.

L'harmonisation entre les différents secteurs publics et communautaires doit passer par un partenariat véritable. Pour qu'il y ait partenariat il est nécessaire :

- ✓ que les organismes communautaires du maintien dans la communauté aient défini leur rôle et s'en tiennent à leur mission; d'ailleurs c'est à nous à nous définir et à être clair avec nos partenaires; il faut ajuster notre mentalité au fait que le communautaire ne peut répondre à tous les besoins sans se sentir coupable;
- ✓ de se faire connaître auprès de nos partenaires;
- ✓ d'avoir le respect des partenaires dans une dynamique de collaboration d'égal à égal, où chacun conserve une marge de liberté;
- ✓ qu'une liaison et une communication soient clairement établies entre les partenaires. Il est très utile d'avoir un intervenant clé qui assure la liaison et d'avoir des rencontres de liaison régulières (aux trois ou quatre mois par exemple) à cause de la grande mobilité des employés du secteur public.

**LES SUITES**

**M. Jean Desnoyers, président de COMACO,  
directeur du Chez Nous de Mercier-Est**

## **LES GRANDS AXES DE TRAVAIL DE COMACO DE L'ANNÉE EN COURS**

La Coalition pour le maintien dans la communauté (*COMACO*) travaille actuellement sur :

L'élaboration d'une vision globale et inclusive du maintien dans la communauté et y préciser la responsabilité des groupes communautaires. *COMACO* a fait des représentations sur la question du transport autour de trois objectifs :

la bonification de l'offre et l'amélioration du service en matière de transport adapté

L'évolution des services de transports réguliers (autobus et métro) afin de mieux répondre aux besoins des aînées et d'améliorer son accès aux personnes en perte d'autonomie

Le développement, le soutien et le financement approprié d'approches complémentaires au transport régulier et adapté.

*COMACO* a édité un code de déontologie qui a été rédigé par un comité de travail et fera la promotion de son adoption par les groupes communautaires du maintien dans la communauté. La préparation d'un plan de développement pour les trois prochaines années, et la réorganisation du fonctionnement de l'organisme sont en cours.

## **LES SUITES DE LA JOURNÉE**

Maintenant qu'elle sera la suite du travail entrepris aujourd'hui ?

Nous vous invitons à continuer d'alimenter le débat et la discussion en faisant parvenir vos expériences, vos connaissances et vos points de vue soient par courriel, par télécopieur (fax) ou par la poste à l'attention de *COMACO*.

Les suites de la journée seront analysées et discutées lors du conseil d'administration de *COMACO* avec possibilité qu'une réunion du conseil soit publique sur le sujet. Nous prévoyons un colloque sur le projet de position ou de déclaration sur le maintien dans la communauté vers mai 2003 si possible.

Cette position ou la déclaration sur le maintien et l'intégration dans la communauté pourrait faire l'objet d'une discussion lors de la prochaine assemblée générale annuelle de *COMACO* à l'automne 2003.

Comme vous pouvez le constater, c'était le premier pas d'une démarche pour établir une vision globale et inclusive du maintien dans la communauté et pour préciser la responsabilité des groupes communautaires dans ce champ d'action.

Un grand merci, au nom des membres de *COMACO*, pour votre apport et votre participation

## ***MEMBRES DE COMACO***

ACHIM  
Action Centre-Ville  
Aide aux villageois olympiques  
Alliance 3<sup>ème</sup> âge Grand Plateau  
Almage Senior Community  
Association bénévole PAT/ME inc.  
Association des popotes roulantes Montréal Métro  
Carrefour Communautaire Montrose  
Carrefour des retraités de Montréal-Nord  
Centre d'action bénévole et communautaire de St-Laurent  
Centre culturel Japonais-Canadien de Montréal inc.  
Centre d'action bénévole de Bordeaux-Cartierville  
Centre d'action bénévole de Montréal  
Centre d'action bénévole de Rivière des Prairies  
Centre de bénévolat SARPAD CDN inc  
Centre de Bénévolat Côte des Neiges  
Centre de Bénévolat de Ville Mont-Royal  
Centre de bénévolat Notre-Dame-de-Grâce  
Centre d'entraide Le Rameau d'Olivier inc.  
Centre des aînés Côtes-des-Neiges  
Centre du Vieux Moulin de LaSalle  
Centre espoir nouveau pour personnes âgées  
Centre Multi-Ressources de Lachine  
Chez-nous de Mercier-Est  
Contactivity Centre  
Council for Black Aging Community of Montréal inc  
CRAIC/Conseil régional des aînés italo-canadiens  
Cummings Jewish Center for Seniors  
Entraide Ahuntsic-Nord  
Entraide bénévole Métro  
Entraide Ukrainienne de Montréal Good Shepherd  
Community Center  
Groupe de tâche et d'entretien Centre-Sud  
Groupe Harmonie  
Groupe l'Entre-Gens inc.  
Habitations les II Volets  
Habitations Nouvelle Avenues  
La Maison d'Aurore  
Les Accordailles inc.  
NDG Senior Citizens Council  
OMPAC  
Place Vermeil  
Projet changement services aux personnes âgées  
Projet Genèse  
Regroupement des aidants naturels de Montréal  
Regroupement des organismes Aînés des  
Faubourgs  
Regroupement Québécois Parrainage civique  
Réseau Bénévole de Verdun inc.  
Réseau d'Action Citoyenne  
Réseau d'entraide St-Léonard  
Résolidaire Hochelaga-Maisonneuve  
Ressource 3<sup>ème</sup> âge Lachine «la Théière »  
Santropol Roulant  
Service de bénévole de l'Est de Montréal inc.  
Service de bénévole de l'Ouest de l'Île de  
Montréal  
Service bénévole Entraide Anjou  
Service d'aide communautaire Anjou-Courrier  
blanc  
Service Oxygène  
Services aux Aînés (e) de Montréal  
Service bénévole aux aînés Ville-Émard/St-Paul  
Table de concertation des aînés de Montréal-Nord  
The Yellow Door  
Vers-vous Villeray