



# RÉSEAU québécois des OSBL d'habitation

Mémoire du Réseau québécois des OSBL d'habitation à propos du

**PLAN D'ACTION 2005 - 2010**

**Du ministère de la Santé et des Services sociaux**

**" Les services aux aînés en perte d'autonomie :  
Un défi de solidarité "**

Remis le 29 avril 2005 au Groupe de travail ministériel  
présidé par madame Renée Lamontagne, sous-ministre adjointe

Madame la présidente,  
Mesdames et messieurs du groupe de travail ministériel,

Nous tenons tout d'abord à vous remercier de nous avoir invités à vous rencontrer pour vous faire part de nos réactions initiales au projet de plan d'action cité en titre.

Comme nous avons reçu le projet de plan d'action il y a moins de deux semaines et qu'il s'agit d'un document complexe couvrant de multiples enjeux importants, nous désirons souligner que nos commentaires n'ont pas fait l'objet d'un débat de fond avec l'ensemble de nos membres, et qu'ils sont donc préliminaires et faits 'à chaud'.

Nous croyons cependant que ces commentaires reflètent des débats et des réflexions que nous entretenons depuis longtemps chez nos membres, plus particulièrement ceux qui oeuvrent dans des projets résidentiels destinés aux aînés.

D'entrée de jeu, nous désirons souligner que beaucoup d'éléments contenus dans le projet de plan d'action emportent tout à fait notre adhésion.

Toutefois, nous sommes d'avis que dans l'ensemble, la place et surtout la contribution possible du logement communautaire, notamment en ce qui a trait aux OSBL d'habitation pour personnes âgées (OSBL-H), n'y est pas adéquatement représentée ou suffisamment comprise.

## PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DES OSBL D'HABITATION

Permettez-nous tout d'abord de nous présenter.

Le Réseau québécois des organismes sans but lucratif d'habitation (RQOH), fondé en 2001, regroupe sept fédérations régionales en plus de quelques organismes non encore desservis par des fédérations régionales.

Les OSBL d'habitation se donnent généralement pour mission d'offrir à des personnes socialement, physiquement ou économiquement défavorisées des conditions de logement stables et appropriées à leurs besoins.

La majorité des OSBL d'habitation s'adresse à des personnes âgées - les autres s'adressant à des personnes seules, des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé mentale, des personnes itinérantes ou des familles à faible revenu.

On trouve, au Québec, près de 750 OSBL d'habitation totalisant plus de 30 000 unités de logement communautaire. La majorité de ces OSBL se consacre à des personnes âgées, soit environ 450 organismes.

Présents dans toutes les régions du Québec, ces OSBL d'habitation pour personnes âgées totalisent plus de 18 500 unités de logement. De ces 18 500 unités, près de 6 000 sont destinés à des personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA), auxquelles ils offrent différents services selon les besoins et les ressources disponibles.

## LA SPÉCIFICITÉ DES OSBL D'HABITATION DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

Selon un portrait des OSBL destinés aux aînés, réalisé récemment par des chercheurs de l'UQAM, ces entreprises d'économie sociale présentent une grande variété de formes et de missions. Les 450 OSBL d'habitation pour aînés sont répartis entre 550 immeubles comptant moins de 50 unités.

Parmi les OSBL d'habitation, on compte 101 ensembles de plus de 50 unités, dont 31 de plus de 100 unités.

Gérés par des administrateurs bénévoles issus de la communauté, les OSBL d'habitation retiennent comme une valeur essentielle l'ancrage dans leur milieu et le service à sa communauté élargie, dépassant les murs de son ou ses projets.

La plupart des OSBL d'habitation pour aînés ont été ou sont financés par des programmes fédéraux de la SCHL ou provinciaux de la Société d'habitation du Québec (SHQ).

Ces programmes, on le sait, financent la brique et le mortier, mais n'assurent aucun financement des services aux personnes. Ces services aux personnes, que nous appelons le 'support communautaire', devraient selon nous être financés par votre ministère, ce qui n'est pas le cas présentement sauf de rares exceptions locales financés par un programme informel, « Programme du 1 000 \$ la porte », d'ailleurs sur le point de se terminer.

Cette absence de reconnaissance du rôle, de la contribution et de la nécessité de financement du support communautaire en OSBL-H est d'ailleurs absent du plan d'action et cette absence est un de nos commentaires négatifs majeurs.

Les OSBL d'habitation destinés aux personnes âgées sont habités à près de 75 % par des femmes. La moyenne d'âge des résidants varie autour de 75 ans.

Les revenus de ces résidentes et résidants sont généralement faibles. Quant à leur état de santé, rappelons qu'une bonne proportion des résidences cible (au moins 25 %), en vertu des programmes de la SHQ, sont des aînés en perte légère d'autonomie. Mais dans plusieurs cas, **les responsables d'OSBL constatent que ces pertes d'autonomie n'ont de légères que leur nom.**

Comme partout ailleurs, les OSBL d'habitation pour aînés font face au vieillissement de leurs résidants. En effet, plusieurs d'entre eux ont ouvert leurs portes, il y a plus de vingt ans, en accueillant des personnes de 65-70 ans. Celles-ci sont maintenant âgées de 85-90 ans, sans que les services n'aient pu suivre leurs besoins.

## LE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN OSBL-H

Permettez-nous, pour terminer la présentation de ce que nous sommes, de parler du 'soutien communautaire' que nous offrons en général dans les OSBL-H.

### *C'EST UN ENSEMBLE D'INTERVENTIONS RELIÉES AU LOGEMENT :*

- Référence et accompagnement vers des ressources du milieu et en santé
- Soutien individuel léger
- Sécurité
- Service d'alimentation
- Maintien de la tranquillité des lieux
- Défense des droits des locataires
- Soutien à la vie communautaire
- Accueil de nouveaux locataires

### *C'EST ÉGALEMENT :*

- Un soutien à la vie quotidienne
- Des services offerts sur place, dans les ensembles d'habitation
- Des services offerts dans la plupart des cas par l'OSBL d'habitation lui-même
- Des interventions effectuées dans une optique de prise en charge, par les locataires, de leur milieu de vie
- Des interventions qui visent également le dépistage, la prévention et qui contribuent à diminuer les recours aux services de santé

### *C'EST AUSSI :*

- Des services offerts en complémentarité avec les actions des autres secteurs du développement social
- Des services offerts en continuité et souvent en partenariat avec ces autres acteurs, en particulier le réseau de la santé
- Une approche légère, à géométrie variable et peu coûteuse

### *CE N'EST PAS :*

- Un dédoublement du maintien à domicile offert par les CLSC : (services médicaux, d'aide personnelle, de réadaptation, d'ergothérapie, de psychothérapie, de travail social, etc.)
- Un service communautaire offert dans le milieu : plusieurs organismes communautaires offrent déjà des services de loisirs, de dépannage alimentaire, de référence et d'intervention psychosociale. Souvent, les OSBL-H établissent des partenariats avec ces mêmes organismes. La spécificité du soutien communautaire en logement social réside dans le fait d'offrir, sur place, certains de ces services.
- Une ressource en hébergement (RI et RTS) : les OSBL d'habitation sont des domiciles relevant des règles établies par la Régie du logement. Les locataires y signent librement leur bail et sont libres de demeurer dans leur logement aussi longtemps qu'ils le veulent. L'accès au logement n'est pas lié à un traitement, une thérapie ou un service.

## « LES QUESTIONS »

Dans votre invitation vous suggérez de répondre à quatre grandes questions :

1. **Les enjeux du vieillissement de la population au Québec : les partagez-vous ? En manque-t-il ?**
2. **Les principes directeurs comme fondement de l'action : les partagez-vous ? En manque-t-il ?**
3. **Les deux objectifs du plan d'action : les partagez-vous ? En manque-t-il ?**
4. **Partagez-vous le nouveau scénario d'adaptation véhiculé par le plan d'action ?**

C'est donc ce canevas que nous utiliserons pour vous faire part de nos commentaires.

## Les enjeux du vieillissement de la population au Québec : les partagez-vous ? En manque-t-il ?

- Nous sommes d'accord que, parallèlement à l'évolution démographique, il y aura une augmentation des besoins. Nous sommes d'avis toutefois que ces besoins ne se feront pas uniquement sentir pour les personnes en lourde perte d'autonomie. Nous croyons que le besoin se fera sentir également pour les personnes en perte légère et moyenne d'autonomie. Cette précision nous semble importante car nous avons l'impression que le plan donne, à juste titre, beaucoup d'importance à la problématique des soins de longue durée aux clientèles lourdes mais n'en donne pas suffisamment à celle des autres clientèles à degré moindre de perte d'autonomie.
- Le projet ne mentionne pas le facteur économique touchant les personnes âgées. Nous croyons que ce facteur est important. Les personnes plus fortunées, surtout en perte légère ou moyenne d'autonomie, peuvent plus facilement se payer des services complémentaires de soutien et des aidants rémunérés ou se loger dans des ressources privées avec de nombreux services. Ce n'est pas le cas des personnes moins fortunées. Dans le passé, on a d'ailleurs placé dans des centres de soins de longue durée des personnes qui n'avaient pas nécessairement besoin d'un tel encadrement mais pour qui c'était la seule avenue compte tenu de leur revenu. Ce créneau des personnes âgées en perte d'autonomie à faible revenu est d'ailleurs celui que les OSBL-H desservent en priorité. Il faut d'ailleurs constater qu'il y a une pénurie de logement communautaire pour ces personnes tel qu'en font foi les longues listes d'attente chez beaucoup de nos membres. Ce problème est encore plus aigu pour les femmes, de 65 ans et plus, dont le revenu moyen national est de 17 279 \$ (Source : Statistiques Canada). Il y en a donc beaucoup qui sont en deçà de cette moyenne, ce qui rend leurs options limitées. À Montréal, cette moyenne est de 18 823 \$ ce qui, compte tenu des loyers élevés dans la métropole, est une situation notable et pénible.
- On parle beaucoup et à juste titre, dans le projet, de l'importance des proches aidants; en fait, le concept derrière l'aidant est le support continu de proximité. Il y a lieu de noter, ce qui n'est pas le cas, qu'en plus du support des individus aidants, le support continu de proximité peut être rendu et l'est de plus en plus souvent dans les faits par les ressources privées en logement offrant ce genre d'encadrement, comme les OSBL-H PAPA. Il faut, selon nous, reconnaître le 'partenaire aidant du logement communautaire' au même titre qu'on reconnaît le proche aidant individuel. Le support continu de proximité est très utile et même essentiel pour les personnes en perte moyenne ou lourde d'autonomie, surtout pour les personnes qui ont certaines fragilités ou problèmes cognitifs. Pour ces personnes, les services 'à distance', beaucoup plus dispendieux et donnés soit par le réseau de la santé ou par d'autres partenaires ne sont pas suffisants et ne peuvent généralement pas pallier à l'absence d'encadrement de proximité sur 24 heures. Dans le cas de telles personnes, le fait par exemple de résider dans un OSBL-H PAPA permet d'épargner en plus beaucoup de visites d'infirmières ou de travailleurs sociaux à domicile et rend ainsi leurs services disponibles pour d'autres

clients ne bénéficiant pas de ce type d'encadrement. Il contribue également à réduire les recours non justifiés aux services médicaux ou d'urgence.

- Nous partageons les constats sur 'l'augmentation croissante des dépenses de santé et de services sociaux' et l'opinion qu'il faut trouver des moyens 'novateurs' plus économiques pour ralentir cette augmentation. Le programme pilote de Projets novateurs (« *Pour un nouveau partenariat au service des aînés* »), implanté dans une vingtaine de projets - majoritairement des OSBL-H - est très intéressant à cet égard pour la clientèle lourde. Nous sommes d'avis que, tout en ciblant prioritairement la clientèle lourde dans certaines unités d'un projet, le support offert par un projet novateur pourrait également donner du soutien ponctuel aux autres résidents du projet approchant du niveau lourd de perte d'autonomie ou en période transitoire de perte substantielle d'autonomie, comme lors d'une période de réhabilitation après une hospitalisation pour une condition importante réversible. Nous sommes d'avis qu'il faut trouver également des moyens novateurs et économiques pour les autres clientèles en perte légère ou moyenne d'autonomie. Et nous croyons que les OSBL-H ont potentiellement beaucoup à offrir à ce niveau.
- Au sujet des projets novateurs de maintien en résidence de clientèle lourde, nous croyons utile de suggérer une distinction entre les clientèles lourdes qu'il est possible d'héberger en logement et celles qui ne le sont pas. Nous reproduisons ici à titre de complément d'information un tableau à cet effet, tiré d'un projet novateur en élaboration à Montréal au Foyer Laurentien en collaboration avec le CLSC Métro (maintenant appelé 'CSSS Côte-des-neiges, Métro, Parc Extension') et illustrant cette notion :

Clientèles lourdes pouvant être maintenues dans un environnement logement avec un encadrement continu adéquat	Clientèles lourdes ne pouvant pas être maintenues dans un environnement logement avec un encadrement continu adéquat
<ul style="list-style-type: none"><li>• Usagers présentant des pertes d'autonomie motrice et ambulatoire moyennes d'origine neurologique (hémiplégié, hémiparésie, paraplégie, triplégie, troubles de l'équilibre, paresthésie, troubles de la marche, marche ataxique, parkinsonisme stades 1 à 4)</li><li>• Usagers avec troubles de la mémoire avec atteinte à l'accomplissement des activités de la vie domestique</li><li>• Usagers avec pertes d'autonomie d'origine gérontologique (arthrite, difficultés moyennes à l'alimentation, incontinence urinaire ou fécale, troubles de la marche et de l'équilibre compensés par des aides techniques)</li><li>• Usagers avec insuffisances systémiques (rénale, pulmonaire, cardiaque) stables, même si elles sont terminales (usager sous hémodialyse, dialyse péritonéale, usager avec traitement respiratoire autonome)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usagers avec pertes d'autonomie motrice et ambulatoire complètes des membres inférieurs <u>et</u> supérieurs (quadruplégié complète ou incomplète, syndrome de dédifférenciation motrice [<i>locked-in syndrome</i>])</li><li>• Usagers avec troubles cognitifs, troubles majeurs du jugement (parkinsonisme stades 5 à 7),</li><li>• Usagers avec troubles d'errance majeurs</li><li>• Usagers avec troubles respiratoires avec dépendance aux aides techniques</li><li>• Usagers avec conditions de santé fluctuante et imprévisible (parkinsonisme stade 5, troubles neurologiques instables, traumatisés cérébro-crâniens)</li><li>• Usagers devant être médicalement assistés sur une base hebdomadaire ou plus</li><li>• Usagers avec insuffisances systémiques (rénale, pulmonaire, cardiaque) instables (usager sous hémodialyse avec comorbidités importantes, dialyse péritonéale non autonome, usagers sous respirateur, usagers avec recours à l'hospitalisation à raison de plus de 4 ou 5 fois par mois)</li></ul>

- Nous sommes d'accord avec l'importance de 'clarifier l'offre des services publics offerts par le système de santé et de services sociaux' et d'informer les personnes âgées et les aidants (individuels et collectifs) de leur disponibilité. Nous sommes d'avis qu'il faudrait faire de même avec les services non publics de support : les Popotes roulantes, les Entreprises d'économie sociale d'aide domestique, les organismes communautaires d'aide de diverses natures, etc...et évidemment les OSBL-H!
- Pour ce qui est de l'importance de 'trouver le meilleur équilibre de partage des responsabilités', nous sommes d'accord. Nous apprécions la mention des nombreux acteurs non publics qui y sont mentionnés. Cependant, le projet mentionne que 'le réseau de la santé et des services sociaux doit exercer son leadership pour mieux organiser le soutien dans la communauté'. Nous acceptons l'esprit et le contexte dans lequel ce commentaire est fait mais nous sommes d'avis qu'il serait préférable de dire que la relation qui devrait exister dans le partage des responsabilités en est une de partenariat et non de subordination. C'est d'ailleurs le sous-titre du projet de plan d'action, si c'est ce qu'on veut dire : 'Un défi de solidarité'.
- Nous nous permettons ici de faire un commentaire général. Tant dans le projet de plan d'action que dans les deux autres documents de base du ministère (les 'Orientations ministérielles 2001' et 'Chez soi : premier choix'), bien qu'on retrouve de nombreux principes très valables et que le mot 'partenariat' et ses synonymes soient mentionnés fréquemment, on a l'impression –erronée?- d'une dominante sous-jacente très centrée sur le réseau de la santé et très 'hospitalo-centrique'. Bien que dans la réalité vécue on ne ressent pas toujours cette impression, nous sommes d'avis qu'il faut pour le réseau de la santé clarifier ses intentions. Pour notre part, nous sommes d'avis que le soutien de nos aînés est une responsabilité collective que l'on doit endosser localement et ensemble, entre autres à l'intérieur des projets cliniques des CSSS. Chaque acteur a un rôle important à y jouer, dans une atmosphère de vrai partenariat et de complémentarité et il serait important de l'affirmer clairement si c'est ce qu'on vise vraiment.
- Nous sommes d'accord avec la 'nécessité de disposer de l'information nécessaire pour mieux intervenir et mieux gérer'. Nous croyons important que cette information ne reflète pas uniquement ce qui se fait dans le réseau de la santé mais également dans le communautaire (organismes de logement et organismes de services à domicile). Il serait intéressant de reconnaître la nécessité d'avoir un portrait global et détaillé de la contribution des ressources communautaires dans le support à l'autonomie des personnes âgées et leur coût comparatif avec une approche centré uniquement sur les services de santé et de service sociaux.
- Permettez-nous ici de mentionner quelques commentaires touchant les OSBL-PAPA, notamment ceux financés par le programme AccèsLogis. À la page 16 du document, il est indiqué qu'il y a deux programmes qui visent à faciliter l'accès à des logements adaptés pour les aînés à faible revenu : AccèsLogis volet II et le programme HLM. On consacre même un paragraphe complet aux HLM pour

personnes âgées. On oublie complètement les 18 500 unités de logement construites depuis 1973 en parallèle des HLM publics pour les personnes âgées et gérées par des OSBL d'habitation. Ailleurs, dans un tableau (Figure 3) on les inclut sans les spécifier dans le bloc général 'résidences privées'. On oublie même les unités d'un programme qui s'adressait spécifiquement aux aînés en perte d'autonomie, *Programme sans but lucratif privé - volet personnes âgées en perte d'autonomie (PSBLP-PAPA)*. Cet oubli est d'autant plus étonnant que la direction des personnes âgées à l'intérieur du ministère de la santé produisait en février 2003 un état de la question sur le soutien communautaire où le décompte des unités avec services était beaucoup plus réaliste. Dans sa section sur les choix, le plan d'action à la page 29 souhaite augmenter l'accès au logement en vertu du programme AccèsLogis ainsi que le nombre de suppléments aux loyers. Bien que le dernier budget du gouvernement assigne des sommes supplémentaires pour permettre de nouvelles unités dans ce programme, nous sommes d'avis que le nombre généré est en deçà des besoins. Finalement, le projet de plan d'action ne mentionne nulle part le soutien communautaire comme pouvant contribuer à maintenir les aînés en perte d'autonomie en logement le plus longtemps possible. C'est d'autant plus étonnant que votre groupe de travail qui a élaboré ce document comprend des personnes du ministère de la santé qui siègent aussi au comité intersectoriel sur le soutien communautaire.

- Il serait peut-être utile ici d'ajouter encore certaines précisions. Le programme AccèsLogis en est un de subvention à la construction. Il n'y a aucune aide à l'opération subséquente du projet. Le programme AccèsLogis donne cependant à l'OSBL qui en est responsable le mandat d'assurer un support de l'autonomie, notamment un support alimentaire. Ce sont donc les locataires à faible revenu qui doivent assumer les charges pour les services de support. Il serait logique et nécessaire d'assurer un financement de base pour l'opération de ces services et c'est le ministère de la santé qui devrait assumer cette responsabilité. Il y aurait lieu selon nous de prévoir ce financement dans le plan d'action proposé. Le comité intersectoriel, qui comprend comme nous le mentionnons plus haut des représentants du ministère de la santé et qui travaille depuis longtemps sur ce dossier semble enfin sur le point de mettre de l'avant un *Cadre national de gestion du soutien communautaire en logement social*. Cependant ce cadre, mentionné nulle part dans le projet de plan d'action, ne comprend aucun financement dédié. Il présume que les Agences trouveront au gré de leur bon vouloir, dans leur enveloppe globale de maintien à domicile, les argents nécessaires. Nous sommes d'avis qu'il serait nécessaire d'avoir un financement dédié spécifique pour ce faire.
- En ce qui a trait aux 'Options possibles', nous sommes d'accord que le statu quo n'est pas une hypothèse valable. Nous sommes d'accord que le gel de places en CHSLD et l'augmentation du soutien à domicile sont de meilleures hypothèses mais à condition, encore une fois, d'augmenter le nombre de places en ressources de logement encadré pour personne avec perte légère ou moyenne d'autonomie, tels les OSBL-H PAPA, et de donner aux projets tant existants que futurs les outils, la formation et le financement nécessaire pour qu'ils s'acquittent adéquatement de leur mission.

- Concernant l'Établissement de normes et standards de qualité, nous sommes tout à fait d'accord. Nous sommes également d'accord que cela devrait inclure la certification des résidences pour personnes âgées, tel que préconisé dans le projet de loi 83 et qu'on retrouve plus loin dans le projet de plan d'action. Nous avons d'ailleurs déposé en janvier dernier auprès de la commission des affaires sociales un mémoire à cet effet. Nous y faisons des suggestions ayant pour but de permettre et de faciliter cette certification que nous croyons utile de répéter ici :
  - § *Accroître les services de maintien à domicile dans les CLSC;*
  - § *Soutenir les services d'aide domestique, notamment avec les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD);*
  - § *Reconnaître le financement du soutien communautaire en logement social;*
  - § *Valoriser la formation du personnel en OSBL d'habitation;*
  - § *Prévoir des budgets suffisants pour l'entretien, l'adaptation et la modernisation des OSBL et coopératives d'habitation abritant des aînés.*
  
- Nous sommes d'accord avec l'importance d'appuyer la mise en place de milieux de vie de qualité' et nous sommes les premiers à reconnaître que la vieille dichotomie 'domicile' – 'Centre d'hébergement' est dépassée et qu'il y a maintenant de nouvelles formules de logement avec support. Le plan mentionne qu'il faut appuyer la mise en place de tels milieux de vie novateurs mais nous croyons que l'engagement devrait être plus précis et mentionner un engagement à l'effet de financer dans ces projets la partie des coûts de support qui lui revient.

Les principes directeurs comme fondement de l'action : les partagez-vous ?  
En manque-t-il ?

- Nous sommes d'accord avec les cinq grands principes énoncés. Mais nous sommes d'avis qu'il faudrait en mentionner un sixième :
  - La reconnaissance et l'appui au logement communautaire comme partenaire aidant et lieu privilégié de support de l'autonomie.

Les deux objectifs du plan d'action : les partagez-vous ?  
En manque-t-il ?

- Nous sommes en entier accord avec les deux objectifs énoncés. Nous ferions cependant, en passant, une observation 'technique' : le premier objectif pourrait être scindé en deux objectifs puisqu'il semble comprendre deux notions distinctes :
  - Améliorer l'accès aux services
  - Soutenir le développement de formules diversifiées de logement...Nous aurions alors trois objectifs au lieu de deux.

Partagez-vous le nouveau scénario d'adaptation véhiculé par le plan d'action ?

Si nous comprenons bien le sens de la question, il s'agit ici de donner notre opinion sur l'ensemble du plan d'action proposé et sur le scénario de réorganisation qu'il préconise.

Nous avons donné à date nos commentaires sur de nombreux sujets qui en font partie. Exception faite des réserves que ces commentaires reflètent, nous pouvons dire que nous partageons l'orientation générale du plan d'action dans son ensemble.

Nous terminerons donc en vous donnant quelques commentaires complémentaires qui développent certains éléments de notre vision globale des choses.

En guise de conclusion...

Il nous semble essentiel d'avoir justement une vision globale des choses. Il faut tout d'abord reconnaître qu'il y a différents stades dans le spectre total de la perte d'autonomie, entre la personne autonome et celle en perte lourde d'autonomie. Il semble déjà reconnu qu'il y a quatre stades dans cette évolution : autonomie substantielle, perte légère d'autonomie, perte moyenne et perte lourde.

Il semble également important de reconnaître que pour chacun de ces stades il y a des outils et des ressources qui peuvent être utilisés pour pallier au manque progressif et irréversible d'autonomie.

Parmi ces outils et ces ressources, il y a ceux offerts par différents acteurs, tant publics que privés ou communautaires. Il y a ceux qui sont rendus à proximité tels les proches aidants et les ressources de logement avec support. Il y a ceux qui sont socio-sanitaires et ceux qui répondent aux autres besoins qui n'en sont pas moins importants. Il y a une place pour chacun de ces outils ou ressources et un rôle pour chacun des acteurs qui les offrent. Et nos OSBL-H en font partie.

Parmi tous ces acteurs et pour chacun des stades de la perte d'autonomie, les OSBL-H ont selon nous beaucoup à offrir. Les premiers OSBL-H ont vu le jour il y a plus de trente ans et il y a aujourd'hui, comme on l'a déjà dit, plus de 18 000 des 30 000 unités en OSBL-H qui offrent du logement, avec divers degrés de support, à la clientèle âgée.

Dans ces quelque 18 000 OSBL-H pour personnes âgées, il y a quelques milliers de personnes, bénévoles ou (souvent mal) rémunérées qui travaillent avec cœur auprès de personnes âgées généralement à faible revenu et qui leur offrent un support important sans recevoir jusqu'à date pour ce faire, sauf à de très rares exceptions, d'aide financière du réseau de la santé. Nous croyons que le ministère de la santé doit reconnaître la réalité de cette situation et prendre, dans son plan d'action, les engagements nécessaires pour la redresser.

Nous croyons finalement que le capital humain et l'engagement des OSBL-H peuvent être encore mieux utilisés dans une stratégie globale, économique et à dimension humaine, auprès des personnes âgées.

Nos représentations ici aujourd'hui ont justement pour but de vous offrir notre collaboration et vous assurer que nous désirons participer pleinement au défi collectif que vous proposez dans votre projet de plan d'action.

C'est l'esprit dans lequel nos commentaires ont été faits et nous espérons que c'est dans cet esprit qu'ils seront reçus.

**Serge Bergeron**

Représentant des OSBL-H pour personnes âgées  
au conseil d'administration du RQOH

