

CHEZ SOI : LE PREMIER CHOIX

Précisions pour favoriser
l'implantation de la politique
de soutien à domicile

CHEZ SOI : LE PREMIER CHOIX

Précisions pour favoriser
l'implantation de la politique
de soutien à domicile

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1C**

Ce document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-42963-X

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - ADMISSIBILITÉ ET ACCÈS AUX SERVICES	5
1.1 NOTION DU DOMICILE	5
1.1.1 Contexte	5
1.1.2 Précisions	5
1.2 CLIENTÈLES ADMISSIBLES	6
1.2.1 Contexte	6
1.2.2 Précisions	7
1.2.3 Contexte	7
1.2.4 Précisions	7
1.3 ACCESSIBILITÉ ET GAMME DE SERVICES.....	8
1.3.1 Contexte	8
1.3.2 Précisions	8
1.4 COUVERTURE PUBLIQUE DES SERVICES.....	10
1.4.1 Contexte	10
1.4.2 Précisions	11
CHAPITRE 2 - ÉVALUATION DES BESOINS ET GESTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES .	13
2.1 ÉVALUATION DES BESOINS ET HARMONISATION DES PRATIQUES	13
2.1.1 Contexte	13
2.1.2 Précisions	13
2.2 OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENÈTE (OEMC)	15
2.2.1 Contexte.....	15
2.2.2 Précisions.....	15
CHAPITRE 3 - COORDINATION ET QUALITÉ DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	19
3.1 COORDINATION DES SERVICES	19
3.1.1 Contexte	19
3.1.2 Précisions	19

3.2 QUALITÉ DES SERVICES.....	19
3.2.1 Contexte	19
3.2.2 Précisions	19
CHAPITRE 4 - SYSTÈMES D'INFORMATION.....	21
4.1 CONTEXTE.....	21
4.2 PRÉCISIONS.....	21
CHAPITRE 5 - RÔLES ET RESPONSABILITÉS EU ÉGARD À LA PRESTATION DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE	23
5.1 CONTEXTE.....	23
5.2 PRÉCISIONS.....	23
CHAPITRE 6 - ARRIMAGE ENTRE LE PEFSAD, L'ALLOCATION DIRECTE ET LA POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE	27
6.1 PROGRAMME D'EXONÉRATION FINANCIÈRE POUR LES SERVICES D'AIDE DOMESTIQUE (PEFSAD) ET RECOURS AUX ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE.....	27
6.1.1 Contexte	27
6.1.2 Précisions	27
6.2 ALLOCATION DIRECTE/CHÈQUE EMPLOI SERVICE ET POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE	28
6.2.1 Contexte	28
6.2.2 Précisions	28
CHAPITRE 7 - OFFRE DE SERVICES DE SOUTIEN AUX PROCHES-AIDANTS.....	31
7.1 CONTEXTE.....	31
7.2 PRÉCISIONS.....	31
Annexe 1 - Gamme de services de soutien à domicile standardisée.....	33
Annexe 2 - Cheminement d'une demande de soutien à domicile et utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle.....	37
Annexe 3 - Liste des sigles utilisés et leur signification.....	39

INTRODUCTION

Depuis la sortie de la *Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix*, rendue publique en février 2003, l'ensemble des régions travaille à son implantation.

Le soutien à domicile est une priorité pour le ministère et l'on constate qu'il en est de même sur le terrain, en observant les efforts réalisés au sein des différentes régions du Québec.

La *Politique de soutien à domicile*, par la vision qu'elle propose, trace la voie des actions à réaliser au cours des prochaines années. Cette vision peut se résumer ainsi :

- le domicile doit toujours être la première option à considérer par tous les intervenants, et ce, à toutes les étapes de l'intervention ;
- le proche-aidant est reconnu comme client qui a des besoins propres, comme partenaire et comme citoyen qui remplit ses obligations courantes. Dans cette perspective, l'engagement du proche-aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé ;
- l'intervention à domicile ne signifie pas seulement " offrir des services " ; il faut adopter une approche de " soutien ", c'est-à-dire considérer à la fois la situation de la personne, son entourage et son environnement ;
- le domicile doit être un choix " neutre " financièrement pour l'utilisateur.

Quant aux orientations, qui en constituent les assises, chacune nécessite la mise en place de moyens diversifiés. Ces orientations se formulent ainsi :

- Les services adaptés, un soutien personnalisé
- Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités
- Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile.

Le présent document constitue un élément du plan de mise en œuvre annoncé dans la *Politique de soutien à domicile*. On y apporte des précisions afin d'appuyer les efforts des divers intervenants visés et de faciliter la mise en œuvre harmonisée de cette politique dans tout le Québec.

Bien sûr, le document ne fournit pas les réponses à toutes les questions pouvant provenir du terrain. Là n'est pas le rôle du ministère qui est plutôt de fournir des précisions sur les principaux concepts mis de l'avant dans la *Politique de soutien à domicile* ainsi que sur les attentes qui y sont formulées.

La mise en œuvre de la *Politique de soutien à domicile* est forcément une démarche dynamique qui mobilise les intervenants de tous les paliers et secteurs concernés. Il sera essentiel de faire le point régulièrement et de lever les obstacles au fur et à mesure qu'ils se présenteront. Il importe également d'échanger les informations sur les progrès réalisés dans les régions, de miser sur les bons coups.

Le document expose d'abord brièvement le **contexte** pour chacun des sujets abordés : on tente de résumer les éléments ou problèmes soulevés par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux visés par les services de soutien à domicile. De plus, pour chacun des sujets, le contexte est assorti de **précisions** qui constituent les éléments de réponse actuellement disponibles.

Contexte lié à l'organisation et à l'intégration des services de santé et des services sociaux

Considérant les changements actuellement en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, il est apparu essentiel de mettre en perspective l'implantation de la *Politique de soutien à domicile* en tenant compte du projet organisationnel en cours de développement. Ainsi, les précisions fournies l'ont été en tenant compte des balises du document transmis par le ministère à toutes les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.¹

Responsabilités des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Sur une base régionale, les agences, en collaboration avec les instances locales, ont la responsabilité de l'organisation de l'offre de services, y compris le soutien à domicile qui fait partie des services généraux destinés à l'ensemble de la population, notamment les personnes qui ont une incapacité temporaire et les clientèles particulières² qui requièrent des services à moyen et à long terme³. La gamme de services de soutien à domicile standardisée (voir annexe I) est structurée en fonction des différents types de services qui s'adressent aux personnes et aux proches-aidants. On y retrouve l'offre de services qui doit être structurée sur tous les territoires locaux.

Les agences se sont vues confier le mandat de développer des instances locales ayant comme assise la coordination de services continus et accessibles à la population. Cette démarche permettra de soutenir efficacement la mise en œuvre de la *Politique de*

¹ *L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004.

² Les clientèles particulières sont les personnes en perte d'autonomie, les personnes atteintes d'une maladie chronique dont le cancer, les personnes en fin de vie, les personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et autres.

³ Idem note ¹, p. 7.

soutien à domicile sous l'angle de la responsabilité clinique, de la coordination des services de façon harmonisée. Elle permettra de revoir et d'adapter les pratiques, en vue d'une harmonisation de la *Politique de soutien à domicile* pour assurer un traitement équitable à toute personne ayant besoin de services de soutien à domicile.

En ce qui concerne l'information à la population, il appartient aux agences et aux instances locales d'informer adéquatement la population sur les services offerts et les conditions d'accès. Le ministère créera sur son site Web une rubrique spécifique portant sur le soutien à domicile et y ajoutera au besoin les informations pertinentes destinées à la population.

Responsabilités des instances locales

Chaque instance locale devra constituer ou consolider la fonction de coordination des services sur son territoire en vue d'obtenir la collaboration des professionnels visés par la situation de toute personne ayant besoin de services de soutien à domicile. Cette coordination implique un ensemble de producteurs de services de première ligne de même que ceux des services de deuxième ou de troisième ligne avec lesquels des ententes ou modalités de services devront être conclues.

Dans le contexte de l'application de la *Politique de soutien à domicile*, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les instances locales doivent en l'occurrence pour les services d'assistance personnelle revoir le partage des responsabilités entre les fournisseurs de services. L'équité entre les clientèles, la primauté des besoins, le principe de neutralité et le choix des usagers sont des éléments prépondérants devant orienter l'organisation et la prestation des services.

CHAPITRE 1

ADMISSIBILITÉ ET ACCÈS AUX SERVICES

1.1 Notion du domicile

1.1.1 Contexte

La définition du domicile doit contribuer à harmoniser les pratiques pour faire en sorte que toutes les personnes soient traitées de façon équitable, peu importe leur domicile ou leur lieu de résidence.

1.1.2 Précisions

Le domicile, tel que défini dans la *Politique de soutien à domicile*, est décrit comme étant “ le lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente ”. Cette définition exclut les personnes qui vivent dans un établissement public (centre hospitalier, centre de réadaptation), dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné⁴.

Aux fins de l'application de la *Politique de soutien à domicile*, le ministère considère que les personnes pouvant recevoir des services de soutien à domicile sont des **personnes non admises dans un établissement**. Le ministère s'en réfère aux articles 21 et 22, section I du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, qui distinguent les définitions de personne inscrite et de personne admise.

De même, les personnes qui vivent dans une **ressource non institutionnelle (RNI)**⁵ pourront avoir accès à des services complémentaires, requis par leur état et inscrits au plan d'intervention ou au plan de services individualisé et qui ne sont habituellement pas fournis par la RNI.

L'établissement⁶, ayant un contrat avec une RNI, qui établit un plan d'intervention ou un plan de services individualisé devra convenir d'une entente formelle avec l'instance locale pour assurer une offre de services intégrée et appropriée aux besoins de la personne. Cette entente ne doit pas avoir comme effet d'entraîner un désistement de la RNI ou de l'établissement gestionnaire. Elle doit plutôt prévoir les moyens pour que, conformément à la mission de l'établissement gestionnaire, les services soient donnés

⁴ Réf. *Politique de soutien à domicile - Chez soi : le premier choix*, p. 16.

⁵ Une ressource non institutionnelle (RNI) est une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial. Aux fins de l'application de la Politique de soutien à domicile, les personnes vivant dans une ressource résidentielle à assistance continue (RAC) font également partie de ce groupe. Ces personnes sont inscrites dans les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) .

⁶ Ces ressources ont des ententes avec les instances locales, les centres de réadaptation et les centres jeunesse.

aux clientèles. Cette entente doit également prévoir que les autres services, correspondant aux services de première ligne non dispensés par l'établissement gestionnaire, soient offerts en complémentarité à la clientèle dont ce dernier est responsable. Ainsi, une personne habitant dans une RNI, sous la responsabilité d'un établissement gestionnaire, qui nécessite des soins infirmiers post-opératoires, peut les recevoir de l'instance locale.

Quant aux personnes âgées vivant en **résidence privée**, conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le ministère considère que ce type de résidence constitue le domicile des personnes qui y résident et qu'à ce titre, celles-ci ont droit à des services de santé et à des services sociaux adéquats offerts de façon continue et personnalisée.

L'article 346.1.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit une résidence pour personnes âgées avec services de la façon suivante :

“ Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie quotidienne ou à la vie sociale (...).

Les catégories de résidences pour personnes âgées visées par cet article de loi sont les suivantes : les résidences privées à but lucratif, les résidences privées à but non lucratif, les coopératives d'habitation avec services, les habitations à loyer modique avec services et les communautés religieuses.

Ainsi, l'instance locale est responsable d'évaluer les besoins des personnes vivant en résidences privées et de s'assurer qu'elles reçoivent les services adaptés à leur état de santé ou à leur condition. Lorsque des services additionnels, à ceux offerts par la résidence privée contre paiement, sont requis, l'instance locale doit offrir les services selon les modalités convenues avec les personnes comme pour l'ensemble de la clientèle ayant besoin de services de soutien à domicile.

1.2 Clientèles admissibles

1.2.1 Contexte

La *Politique de soutien à domicile* indique que les personnes couvertes par un autre **régime public** comme celui de l'assurance automobile (SAAQ) ou celui de la santé et de la sécurité du travail (CSST), ne sont pas admissibles à des services du même type.

1.2.2 Précisions

L'orientation de la *Politique de soutien à domicile* sur les **régimes publics d'assurance** s'applique uniquement à la couverture, c'est-à-dire au financement des services. Cette orientation vise à éviter que les mêmes services offerts à une personne ne soient financés par deux régimes publics distincts. Cette précision ne concerne donc pas le fournisseur de services.

Toute personne qui, en vertu d'une évaluation professionnelle, a un besoin de services reconnu doit pouvoir trouver une réponse auprès de l'instance locale, en tant qu'établissement public responsable de l'organisation des services de soutien à domicile. Ainsi, pour les personnes ayant besoin de services en vertu d'un régime public d'assurance, l'instance locale convient avec ce dernier de l'offre de services consignés à l'intérieur du plan d'intervention ou du plan de services individualisés de chaque personne.

En conséquence, toute instance locale, qui reçoit une demande de services de soutien à domicile d'une personne couverte par un autre régime public d'assurance, est tenue de lui donner des services aux mêmes conditions que celles offertes à tout résidant de son territoire.

1.2.3 Contexte

Toujours en ce qui concerne la clientèle admissible, on note que la *Politique de soutien à domicile* ne précise pas la notion de **proche-aidant**.

1.2.4 Précisions

Les **proches-aidants**, admissibles aux services de soutien à domicile, sont décrits dans la *Politique de soutien à domicile* comme suit :

“ Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité est considérée comme un proche-aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami⁷ ”.

⁷ *Chez soi : le premier choix*, La politique de soutien à domicile, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 6.

1.3 Accessibilité et gamme de services

1.3.1 Contexte

L'**accessibilité horaire** fait à la fois référence aux heures d'ouverture du CLSC pour la population en général. Elle fait également référence à une accessibilité horaire plus étendue pour les clientèles particulières inscrites aux services de soutien à domicile.

Les **critères d'admissibilité** mentionnés dans la *Politique de soutien à domicile* peuvent, en certaines situations, ne pas être réunis. Le jugement des intervenants peut varier selon les situations et aucun critère n'est précisé en ce qui concerne un domicile temporaire.

La **gamme de services** standardisée présentée dans la *Politique de soutien à domicile* requiert des précisions.

Concernant le **support technique** (aides techniques, fournitures médicales et équipements), des problèmes d'accessibilité sont plus marqués selon les clientèles ou les lieux de résidence. Des difficultés particulières se présentent lors du déménagement des personnes bénéficiant d'un support technique.

1.3.2 Précisions

Ainsi, l'**accessibilité** en tout temps (24/7) aux services jugés indispensables, qu'ils soient inscrits ou non au plan d'intervention, et les mesures appropriées, connues de la clientèle, doivent être mises en place pour intervenir adéquatement dans toute situation urgente ou jugée comme telle.

Le ministère tient à réaffirmer que l'instance locale est responsable de l'organisation des services de soutien à domicile à toute la population de son territoire, selon les ressources disponibles. À ce titre, des mécanismes et protocoles devront être convenus, d'une part, avec les producteurs de services locaux et, d'autre part, avec les autres producteurs offrant des services de première ou de deuxième ligne à la clientèle de chaque territoire.

Pour la personne inscrite, l'instance locale doit donc, en tout temps, être en mesure de répondre à ses besoins, et ce, selon la fréquence et l'intensité prévues au plan d'intervention, peu importe le fournisseur de services. Cette obligation s'applique aussi aux services d'assistance personnelle, à l'aide domestique ou aux services de soutien aux proches-aidants. Pour la personne non inscrite, l'instance locale devrait répondre, après avoir procédé à une évaluation sommaire si l'urgence de la situation l'exige.

Les **critères d'admissibilité**, énumérés dans la *Politique de soutien à domicile*, impliquent une analyse de chaque situation qui doit s'appuyer sur le jugement clinique.

La **gamme de services standardisée** doit, conformément à la *Politique de soutien à domicile*, être fournie dans chaque territoire local et l'organisation des services doit être structurée de façon à assurer l'accès aux services, la coordination et la continuité des services des personnes. Ceci doit se faire conformément aux balises devant encadrer l'émergence des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. L'annexe 1 sur la gamme des services de soutien à domicile standardisée a été modifiée pour apporter certaines précisions en ce sens.

La *Politique de soutien à domicile* fait référence à la notion d'accès équitable au **support technique** (équipements, aides techniques et fournitures médicales) pour toutes les clientèles qui en ont besoin. En conséquence, le support technique doit être disponible et de façon continue.

Le ministère invite les agences et les instances locales à se doter d'une politique régionale au regard du support technique pour l'ensemble des clientèles⁸. Les éléments et objectifs qui suivent doivent être pris en compte lors du déménagement d'un usager.

Objectifs visés :

- Assurer aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux la continuité des services suivants : fournitures médicales et spécialisées, équipements ou aides techniques. De plus, la disponibilité des ressources financières requises doit être assurée au moment du changement de lieu de résidence.
- Assurer aux usagers l'accès à une réévaluation globale des besoins tout en permettant à la région d'accueil de planifier son offre de services pour l'exercice financier à venir.

Dispositions à mettre en place selon les situations :

À l'occasion du déménagement de personnes bénéficiant de fournitures médicales et spécialisées

- Lors du déménagement d'une personne dans un autre territoire local ou dans une autre région, il est de la responsabilité de l'utilisateur d'aviser l'instance locale de son déménagement.

⁸ L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie et le Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie ont adopté et rendu disponible une Politique d'accès aux fournitures, équipements et aides techniques pouvant servir de modèle dans toutes les régions. Elle correspond aux principes mis de l'avant dans la Politique de soutien à domicile. Adresse électronique : <http://rrsss16.gouv.qc.ca>.

- L'instance locale d'origine avise l'instance locale d'accueil dans les meilleurs délais et transmet l'information pertinente relative à la poursuite du plan de services.
- L'instance locale d'origine continue à assumer le coût des services. Elle doit s'entendre avec l'instance locale d'accueil sur les modalités de paiement des fournitures pour une période de trois mois.
- Si le déménagement survient vers la fin de l'année budgétaire, les ressources financières pour le support technique doivent être versées par l'instance locale d'origine à l'instance locale d'accueil, pour une durée de transition d'au moins trois mois, même si cette durée de transition chevauche deux années financières.

À l'occasion du déménagement dans une autre région de personnes recevant des équipements et aides techniques dédiés⁹

- Les équipements et aides techniques sont réservés exclusivement à la personne tout en demeurant un prêt. À ce titre, l'utilisateur apporte avec lui les équipements ou aides techniques qui lui sont réservés lors d'un déménagement dans une autre région.
- La région d'origine transfère le titre de propriété des équipements ou aides techniques à la région d'accueil qui l'inscrit dans sa banque.
- La région d'origine procède à la radiation des équipements ou aides techniques de sa banque.

À l'occasion d'un déplacement temporaire interrégional

- Pour les déplacements temporaires, la région d'origine maintient son financement pour toute la durée convenue avec la personne. Au-delà de cette date, les règles susmentionnées s'appliquent dans le cas d'un déménagement permanent.

1.4 Couverture publique des services

1.4.1 Contexte

La *Politique de soutien à domicile* aborde la question de la **hauteur de la couverture publique** en faisant référence, de façon générale, au coût d'hébergement public pour un même profil de besoins, ce qui porte à certaines interprétations.

⁹ Cette disposition vaut pour la clientèle qui reçoit des services de longue durée et bénéficie de ce type d'aide.

La *Politique de soutien à domicile* fait également référence à certains **concepts** qui introduisent des changements de pratiques méritant des précisions, à savoir :

- l'incapacité significative et persistante ;
- l'incapacité temporaire ;
- le faible revenu.

Le principe de **gratuité**, sur lequel s'appuie la *Politique de soutien à domicile*, notamment en ce qui concerne **les services d'aide à la vie domestique et d'assistance personnelle** pour les personnes qui en ont besoin en raison de leur état de santé ou de leur condition, se heurte d'une part aux ressources limitées et d'autre part à la diversité des modalités de prestation de services ou des programmes.

1.4.2 Précisions

Les précisions, que souhaite apporter le ministère, visent à harmoniser l'application de la *Politique de soutien à domicile* dans toutes les régions et à servir de balises eu égard à l'accessibilité des services pour les personnes qui en ont besoin.

La hauteur de la couverture doit être déterminée à partir du jugement professionnel, à la suite d'une analyse de la situation individuelle où la dimension clinique prévaut, de façon à établir l'offre de services à domicile convenant à la situation de la personne en cause. Pour l'ensemble du Québec, le coût moyen net du financement de l'État pour de l'hébergement public se situe à 42 000 \$¹⁰ pour l'ensemble des soins et services en excluant les services médicaux. Cette donnée constitue une référence utile à la détermination de la couverture de services de soutien à domicile.

Incapacité significative et persistante : doit être comprise comme étant les effets d'un ou de plusieurs traumatismes, déficiences ou maladies, quelles qu'en soient les causes, et qui se traduisent par des incapacités, altérant, de façon totale ou partielle, la réalisation des habitudes de vie, de façon non temporaire (incluant épisodique¹¹), et pouvant, dans certains cas être compensées par une aide technique.

Incapacité temporaire : fait référence à l'intervention de courte durée qui permet habituellement à la personne d'acquérir ou de récupérer intégralement ou presque intégralement la capacité affectée et de reprendre ses activités sans séquelle fonctionnelle ou avec des séquelles minimales. Il est généralement admis par les intervenants qu'une incapacité temporaire concerne la clientèle requérant un seul type

¹⁰ Ce coût est établi à partir du coût net de l'hébergement public par lit sur la base des dépenses 2001-2002 excluant la contribution de l'utilisateur.

¹¹ Par épisodique on comprend qui revient périodiquement à intervalles réguliers. Terme tel qu'il est défini dans *Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Orientations ministérielles en déficience physique Objectifs 2004-2009*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service des personnes handicapées, octobre 2003, p. 23.

de services pour une période de moins de trois mois¹². Encore là, cette balise doit être appliquée à partir du jugement clinique.

Faible revenu : la *Politique de soutien à domicile* fait référence à cette notion dans la section portant sur la couverture publique des services d'aide domestique dont les besoins sont établis par une évaluation et sont inscrits dans un plan d'intervention. On peut y lire que pour

*les personnes qui ont une incapacité pour les activités de la vie domestique uniquement (...) seront dirigées vers une entreprise d'économie sociale. Les **personnes à faible revenu** recevront gratuitement les services d'aide domestique déterminés par le plan d'intervention (...). Pour les autres, les règles du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) s'appliqueront¹³*

La **notion de faible revenu** s'appuie sur les seuils d'exemption actuellement utilisés pour la gestion du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). À ce jour, pour une personne seule, le seuil de revenu est de 8 450 \$ par année. Le seuil est modulé en fonction du revenu et du nombre de personnes composant la famille.

Les agences et les instances locales devront revoir et adapter leurs pratiques afin d'être en mesure d'appliquer la *Politique de soutien à domicile* et d'offrir un traitement équitable à toute personne ayant besoin de services, en l'occurrence des services d'aide personnelle. L'équité entre les clientèles, la primauté des besoins, le principe de neutralité et le choix des usagers sont des éléments prépondérants devant orienter l'organisation et la prestation des services.

¹² Le Guide sommaire d'utilisation de l'outil d'évaluation Multiclientèle et les guides de formation élaborés à cet effet font référence à un délai de moins de trois mois quand les soins sont requis à court terme.

¹³ *Chez soi : le premier choix*, La *Politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 18.

CHAPITRE 2

ÉVALUATION DES BESOINS ET GESTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

2.1 Évaluation des besoins et harmonisation des pratiques

2.1.1 Contexte

L'**évaluation des besoins** est souvent effectuée en fonction de l'offre de services disponibles plutôt que sur la base des besoins de la personne. L'**évaluation détaillée** des besoins est parfois perçue, par les intervenants de même que par la clientèle, comme demandant beaucoup de temps alors que les ressources sont limitées.

On observe certaines formes **d'iniquité** en ce qui concerne l'accès à l'évaluation et aux services ainsi que la détermination du caractère prioritaire ou urgent d'un besoin. Les **délais d'attente** ne sont pas toujours précisés ou ne respectent pas toujours les priorités d'évaluation annoncées. Il en va de même pour la gestion des listes d'attente qui n'existe pas ou n'est pas normalisée.

2.1.2 Précisions

Les instances locales ont la responsabilité de procéder à l'**évaluation des besoins** de toute personne adressant une demande de soutien à domicile¹⁴ et de s'assurer que les services requis sont offerts et qu'ils sont de qualité. Point de départ de l'intervention, l'évaluation des besoins des personnes (sommaire ou détaillée) est une étape incontournable dans l'organisation d'une offre de services de qualité selon l'intensité requise. Elle est essentielle à l'instance locale pour planifier l'organisation d'une réponse adaptée aux besoins (type de services, intensité, choix des modalités et des fournisseurs de services en fonction de la complexité des besoins et du choix de la personne ou de ses proches-aidants).

Après avoir procédé à une évaluation sommaire des besoins (prise de contact exécutée au moment de la demande), une demande, jugée admissible mais moins prioritaire, ne doit en aucun cas être considérée comme un dossier fermé. Ainsi, dans le cas d'une personne jugée admissible aux services, l'instance locale doit entreprendre l'**évaluation détaillée** des besoins à l'aide de l'OEMC dans les deux semaines suivant la demande de services. Cette évaluation doit être réalisée à l'intérieur d'un délai maximum de trois mois. Dans le cadre de l'élaboration du plan d'intervention ou du plan de services individualisé, l'instance locale doit planifier une offre de services appropriée et convenue avec le client.

¹⁴ L'annexe 2 présente le cheminement d'une demande de soutien à domicile et précise l'utilisation de l'OEMC.

Pour organiser de façon structurée l'offre de services de soutien à domicile, l'instance locale devra, de façon générale, conclure des ententes de services avec les partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux de son territoire et avec les producteurs de services de deuxième ou de troisième ligne lorsque la situation l'exige¹⁵.

Le ministère considère que quelle que soit la nature des problèmes, on doit favoriser les pratiques appropriées à l'endroit de la clientèle, que ce soit à l'accueil, à l'évaluation des besoins, à la planification, à la prestation ou à la coordination des services.

Lorsque tous les services ne sont pas offerts sur le territoire local, les besoins non comblés (nouveaux services ou rehaussement de l'offre de services) sont alors mis en attente. La *Politique de soutien à domicile* précise trois **critères d'application de l'ordre de priorité** dans la réponse aux besoins : les besoins exprimés par la personne et ses proches-aidants, l'urgence de la situation et la qualité du milieu de vie.

Comme l'indique la *Politique de soutien à domicile*, ces critères devront être améliorés. D'ici là, le ministère souhaite apporter les précisions suivantes. En plus des critères énoncés précédemment, l'ordre de priorité doit s'appuyer sur les éléments de l'OEMC, être discriminant (priorité variable selon les besoins identifiés pour chaque personne) et permettre une **gestion des listes d'attente** selon des critères uniformes, les mêmes modalités et une organisation des services adaptée aux besoins de la population¹⁶.

Les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les instances locales doivent mettre en place les moyens nécessaires pour s'assurer que les intervenants, responsables de faire les évaluations, aient une formation adéquate et à jour, qu'ils reçoivent le soutien approprié de manière à favoriser l'intégration des apprentissages, à assurer la qualité et le suivi des évaluations faites avec l'OEMC, la réévaluation des besoins des personnes (y incluant les proches-aidants) et la révision des plans d'intervention au moins une fois par année ou plus lorsque la situation l'exige.

¹⁵ *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 février 2004, p. 6.

¹⁶ Le ministère évalue positivement la démarche d'harmonisation des pratiques développée en Montérégie et considère qu'elle peut servir de modèle aux autres régions.

Le cheminement d'une demande de soutien à domicile a été révisé pour apporter des précisions et clarifier le processus tout en situant chacun des différents formulaires de l'OEMC (voir annexe 2).

2.2 Outil d'évaluation multicientèle (OEMC)

2.2.1 Contexte

L'utilisation de l'OEMC vise entre autres l'ensemble des clientèles ayant des besoins de services de soutien à domicile. Toutefois, certaines difficultés se présentent, principalement quant à l'utilisation du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour évaluer les besoins des groupes suivants :

- les personnes ayant besoin de services de courte durée,
- les personnes en soins palliatifs,
- les personnes handicapées,
- les jeunes de moins de 18 ans,
- les personnes ayant un trouble grave de santé mentale.

Ces problèmes se résument en deux éléments :

1. La méconnaissance des contextes où l'utilisation des différents formulaires de l'OEMC est requise entraîne une utilisation inadéquate de certains formulaires et quelquefois une multiplication des évaluations (OEMC, disciplinaires ou spécialisés).
2. L'OEMC doit être adapté à la réalité de certaines clientèles.

2.2.2 Précisions

Le ministère réaffirme son choix quant à l'utilisation de l'OEMC qui est un outil standardisé, valide et fiable¹⁷. C'est sous la recommandation du *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution et à domicile*, regroupant les établissements (CLSC, CHSLD, CH et régies régionales)¹⁸ que ce choix a été fait.

Rappelons quelques éléments déjà énoncés dans la circulaire du 18 novembre 2003 (2003-21, volume 01, chapitre 02, sujet 11, document 01)¹⁹.

¹⁷ Les clientèles particulières sont les personnes en perte d'autonomie, les personnes atteintes d'une maladie chronique dont le cancer, les personnes en fin de vie, les personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, de même que les personnes qui ont une incapacité temporaire et qui nécessitent des services post-hospitalisation ou post-intervention chirurgicale.

¹⁸ Les noms des établissements sont reproduits tels qu'ils apparaissent dans la circulaire. Ils n'ont pas été remplacés par instance locale mais doivent être compris comme tels.

¹⁹ Réf. note 13.

L'OEMC vise les personnes âgées de 65 ans ou plus et les personnes qui ont des incapacités ou des déficiences ou une perte d'autonomie fonctionnelle. Cet outil s'applique dans les **circonstances** suivantes :

- l'évaluation des clientèles et la planification des services à domicile et autres programmes de l'instance locale ;
- l'évaluation des usagers et la planification des soins et services aux usagers en milieu d'hébergement et des soins de longue durée (CHSLD, RI et RTF), que ces usagers soient hébergés sur une base temporaire ou permanente ;
- l'évaluation des demandes d'orientation et d'admission ;
- l'évaluation de la situation lorsqu'un usager devra être transféré vers un CLSC ou un CHSLD et inversement.

Le résumé²⁰ suivant rappelle les **circonstances d'utilisation** de l'OEMC²¹, dans sa forme actuelle, les **fonctions différentes** associées aux divers formulaires et l'utilisation spécifique de l'outil selon la **clientèle concernée** :

- “ **Prise de contact** ” : sert à inscrire la personne, à établir son admissibilité et à déterminer la priorité d'action (ou préévaluation). Sert également dans le cas d'une référence à une autre ressource ou d'un changement de milieu de vie. (**formulaire vert**) : toutes clientèles.
- “ **Évaluation de l'autonomie** ” : permet d'évaluer les capacités de la personne pour établir ses besoins et les services qu'elle requiert. (**formulaire bleu**) : intervention de longue durée et soins palliatifs. ou
- “ **Évaluation de l'autonomie clientèle de soins court terme** ” : permet d'évaluer globalement les besoins en matière de santé et les services requis. (**formulaire mauve**) : post-hospitalisation et post-intervention chirurgicale.
- “ **Plan d'intervention et d'allocation de services** ” : vise à planifier l'organisation de la réponse aux besoins, à savoir préciser les services requis, l'intensité, le responsable, les modalités et les fournisseurs ou les actions à réaliser pour répondre aux besoins de services de la personne. (**formulaire rose**) : toutes clientèles.
- “ **Profil évolutif de l'autonomie** ” : permet de suivre l'évolution des capacités de la personne. (**formulaire saumon**) : intervention de longue durée incluant, dans certains cas, les soins palliatifs²².
- “ **Tableau de soins** ” : permet au personnel soignant de connaître d'un coup d'œil les capacités et besoins de la personne (**formulaire imagé**) ; ce formulaire est utilisé par les proches-aidants, les bénévoles ou les organismes communautaires intervenant à domicile lorsque le client consent à sa divulgation.

²⁰ Réf. Cahier de formation – Description sommaire de l'outil d'évaluation Multiclientèle, section “ fonctions ”.

²¹ Les formulaires et le Guide sommaire de l'utilisation de l'OEMC sont disponibles sur le site Web du ministère et peuvent être téléchargés à partir de l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/pa_outil.html

²² Une partie de ces informations est tirée de la circulaire “ Réseau de services intégrés et système d'évaluation : outil d'évaluation multiclientèle ”, MSSH, Normes et pratiques de gestion, numéro de dossier 2003-021.

Le ministère rappelle que le jugement clinique doit s'exercer quant à l'utilisation des différents formulaires de l'OEMC. Selon les besoins ou pour compléter l'OEMC, des informations additionnelles peuvent être recueillies à partir d'outils disciplinaires.

L'utilisation de *l'Évaluation de l'autonomie* (formulaire bleu), pour des demandes ponctuelles ou à court terme, démontre une méconnaissance des contextes d'utilisation des formulaires. Par exemple, l'utilisation de ce formulaire pour un jeune enfant serait inappropriée.

En somme, il faut maximiser le recours à l'OEMC et se rappeler qu'une utilisation appropriée des différents formulaires contribue à standardiser et à améliorer les pratiques. L'utilisation adéquate des formulaires assure un **traitement équitable** pour toutes les clientèles partout au Québec. Elle permet également **d'évaluer la capacité** de répondre aux besoins des clientèles d'un territoire sur la base de données comparables.

Les agences assurent la formation sur une base régionale et locale. Le ministère recommande qu'une formation rigoureuse soit maintenue pour tous les nouveaux intervenants.

Actuellement, les travaux en vue du développement d'outils complémentaires à l'OEMC se font autour de trois thématiques, à savoir :

- l'évaluation médicale :
- les troubles cognitifs :
- le soutien aux proches-aidants.

Le ministère reconnaît que pour certaines clientèles désignées au point 2.2.1, "l'Évaluation de l'autonomie", incluant le SMAF, requiert des adaptations ou peut nécessiter le développement d'outils complémentaires. C'est pour cette raison que le ministère a mis en place un Comité scientifique qui dirigera ces travaux.

L'OEMC se veut évolutif et le jugement clinique doit s'exercer pour que les personnes puissent être évaluées adéquatement et recevoir les services que requiert leur condition. L'OEMC est l'outil de base pour l'évaluation des besoins et la planification des services. Pour des évaluations spécialisées, il est pertinent de recourir à des outils disciplinaires spécifiques; le ministère recommande l'utilisation de ces outils spécifiques pour approfondir une problématique et éviter la redondance avec l'OEMC.

Pour assurer la circulation et le partage adéquat d'informations cliniques, le ministère maintient son intention d'informatiser l'OEMC et d'en assurer la disponibilité dans tout le réseau de la santé et des services sociaux. En attendant, les instances locales doivent prendre les dispositions requises pour permettre un échange de l'information nécessaire à l'offre de services de la personne entre les partenaires du réseau local et les intervenants d'un ou de plusieurs établissements.

CHAPITRE 3

COORDINATION ET QUALITÉ DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

3.1 Coordination des services

3.1.1 Contexte

Les personnes requérant des services à long terme peuvent, au gré de l'évolution de leur situation, avoir besoin d'une gamme de services spécialisés ou surspécialisés. Dans ce cas, elles doivent trop souvent effectuer les démarches à travers le réseau de la santé et des services sociaux (établissements ou professionnels).

3.1.2 Précisions

Cette responsabilité, telle que préconisée dans la *Politique de soutien à domicile*, doit être adaptée selon qu'il s'agit d'une clientèle ayant besoin de services de courte durée ou de longue durée. L'instance locale doit s'assurer que chaque personne nécessitant du soutien à domicile puisse compter sur un intervenant, qui agira comme **coordonnateur des services**.

3.2 Qualité des services

3.2.1 Contexte

La *Politique de soutien à domicile* affirme clairement la responsabilité du CLSC quant au suivi de la clientèle et à la qualité des services. La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux réaffirme la responsabilité des instances locales à l'égard de la population.

3.2.2 Précisions

Les protocoles et ententes qui seront conclus ou négociés entre les instances locales et les fournisseurs de services doivent comprendre des aspects tels que les délais de réponse, la nature des services fournis, la compétence des ressources qui offrent les services, les mécanismes d'échange d'informations et de suivi de dossiers, la révision du plan d'intervention et tout élément susceptible d'exercer un contrôle de la qualité des services.

Le ministère, en collaboration avec les agences et les instances locales, vise à :

- développer des critères et des normes de qualité, quel que soit le fournisseur de services d'aide à domicile ;
- élaborer une procédure pour évaluer de façon continue les pratiques, de façon à ce que les services offerts à la clientèle soient de qualité ;
- s'assurer que les clientèles soient informées des mécanismes de recours existants lorsqu'elles estiment ne pas avoir reçu les services inscrits au plan d'intervention ou au plan de services individualisé, et ce, quel que soit le fournisseur de services.

CHAPITRE 4

SYSTÈMES D'INFORMATION

4.1 Contexte

Le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) traite un certain nombre de données provenant des CLSC. Il porte sur les usagers, le sexe, les interventions, les profils, les centres d'activités, etc. Toutefois, certaines activités ont été exclues de ce cadre normatif et ne sont donc pas inscrites au I-CLSC, notamment en ce qui concerne les services d'aide à domicile offerts par allocation directe²³ par l'intermédiaire d'un employé gré à gré ou d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) ou du PEFSAD. Il en est de même pour les services aux proches-aidants.

Par ailleurs, I-CLSC ne permet pas de suivre la clientèle d'une période à une autre tout comme il ne permet pas de distinguer les nouvelles inscriptions. Il s'avère aussi incapable de suivre le cheminement d'un usager d'un établissement à un autre puisqu'il ne contient pas d'identifiant unique et commun à différents systèmes d'information dont les données seraient regroupées, ce qui permettrait de reconstituer les épisodes de services.

Les interfaces entre les différents systèmes d'information ne peuvent se faire, puisqu'ils n'ont pas été conçus pour cela.

Les informations sont consignées par plusieurs intervenants et il existe une grande variation dans la saisie des données malgré l'existence d'un cadre normatif. En conséquence, on observe des problèmes de qualité et de fiabilité des données dans certains secteurs d'activité. De plus, le cadre normatif du I-CLSC n'est pas appliqué de façon harmonisée malgré une formation en ce sens offerte partout au Québec.

4.2 Précisions

Le système d'information I-CLSC est un outil de gestion qui permet au ministère de même qu'aux agences et aux établissements de connaître les caractéristiques de la clientèle et des services offerts. Le système permet également d'assurer certains suivis de gestion périodiques ou annuels. À ce titre, il mérite attention. Cet outil exige une rigueur de la part des gestionnaires et administrateurs des agences et des instances locales mais aussi de la part des intervenants qui l'utilisent de façon quotidienne ou régulière.

²³ Une personne qui choisit l'allocation directe comme modalité de prestation de services peut embaucher un employé gré à gré ou faire affaire avec une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD).

À titre de responsables de la vision régionale de l'organisation des services et de l'allocation des ressources, les agences doivent mettre en place divers moyens qui permettent une harmonisation et une application uniformes du cadre normatif de l'Intégration CLSC. Pour ce faire, le ministère considère la désignation de responsables régionaux et locaux²⁴ et une approche de formation continue comme étant des éléments essentiels.

C'est dans cette perspective que le ministère invite les agences et les instances locales à mettre en place des mécanismes qui assureront la validité et la fiabilité des données du système I-CLSC et pourront en maximiser l'utilisation comme outil clinique et administratif.

²⁴ L'expérience menée en Montérégie s'est avérée concluante. Elle a démontré l'importance de la concertation régionale, permettant d'assurer la validité des données, de développer des outils clinico-administratifs (gestion des réévaluations, gestion de la liste d'attente, gestion de la charge de cas, etc.). Des méthodes de mesure des écarts ont également servi pour l'allocation des ressources par territoire et le développement des indicateurs de suivi.

CHAPITRE 5

RÔLES ET RESPONSABILITÉS EU ÉGARD À LA PRESTATION DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

5.1 Contexte

Dans la *Politique de soutien à domicile*, on reconnaît que les CLSC ne sont plus les seuls fournisseurs de services de soutien à domicile. Ceci a entraîné une certaine confusion quant à la prestation des services d'aide à domicile et un traitement inéquitable des clientèles. La *Politique de soutien à domicile* a donc mis de l'avant certaines balises devant présider le **partage des rôles pour les services d'aide à domicile**.

Les rôles et responsabilités des instances locales consistent donc à :

- organiser les services de soutien à domicile à l'intention de la population ;
- offrir ou s'assurer que les services de soutien à domicile sont offerts lorsque requis ;
- coordonner les services ;
- assurer la qualité des services offerts quel que soit le fournisseur ;
- assurer l'évaluation, le suivi et la reddition de comptes.

5.2 Précisions

Les instances locales sont responsables de l'organisation et de la coordination des services sur leur territoire. À ce titre, elles doivent convenir des protocoles d'entente avec l'ensemble des partenaires locaux fournisseurs de services, dont les services de soutien à domicile (EESAD, organismes communautaires, pharmacien communautaire, etc.), qu'ils soient ou non partenaires au sein du réseau local.

Les instances locales doivent également prévoir des mécanismes de référence (ou corridors de services) avec les producteurs de services de deuxième et de troisième ligne, ce qui permet à toute la population du territoire de recevoir les services requis et à la clientèle de "circuler" adéquatement, selon les besoins, entre les paliers de services ou de soins.

Les instances locales constituent le guichet d'accès aux services de première ligne dont les services de soutien à domicile. Il leur appartient de mettre à jour le partage des responsabilités eu égard à la prestation de services d'aide à domicile selon les balises

proposées dans la *Politique de soutien à domicile* où la **situation recherchée** se base sur trois critères :

- le **choix** de la personne qui reçoit les services et de ses proches-aidants ;
- la **condition clinique et la situation** de la personne : soins et services requis, niveau de vulnérabilité, facteurs de risque, etc. ;
- **l'expertise ou niveau de formation requis**, la complexité des soins et services, etc.

Le tableau suivant illustre le partage entre les fournisseurs de services et d'aide à domicile qui découle de la *Politique de soutien à domicile* et qui doit être réalisé par les instances locales. Les balises sont établies selon les profils de la clientèle, dégagés à partir d'une analyse de besoins et confirmés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé. Ce tableau vise également à mettre à profit la diversité des ressources du milieu dans un objectif d'efficacité et d'efficience et reflète le partage de responsabilités entre les fournisseurs de services.

Il importe de rappeler qu'il doit s'agir d'une démarche réalisée par l'instance locale avec les personnes ayant besoin de services de soutien à domicile et des proches-aidants pour déterminer les modalités de prestation de services qui leur convient et qui tient compte des ressources disponibles sur le territoire.

Il importe également d'insister sur le fait que peu importe la modalité de services choisie, les standards de qualité doivent être respectés. Ce qui implique pour l'instance locale de faire affaire avec des fournisseurs de services qui ont une main-d'œuvre formée et de qualité considérant les spécificités de chaque clientèle.

TABLEAU 1
SITUATION RECHERCHÉE POUR LA PRESTATION DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

CLIENTÈLES	CONDITIONS LIÉES À LA MODALITÉ DE PRESTATION DE SERVICES	SERVICES	FOURNISSEURS	AGENT PAYEUR
<p>Clientèles dont l'état de santé physique ou psychosociale est instable, ayant besoin de services de courte durée après un épisode</p> <p>✚ post-opératoire ou ✚ post-hospitalisation ;</p> <p>✚ en soins palliatifs ou pour les</p> <p>✚ clientèles vulnérables ayant des besoins complexes et dont les facteurs de risque ne sont pas compensés par l'entourage.</p>		<p>Assistance personnelle*</p> <p>Aide domestique</p>	<p>Instance locale (Auxiliaire familiale et sociale)</p>	<p>Instance locale</p>
<p>Clientèles dont l'état de santé physique ou psychosociale est stable, ayant besoin de services de longue durée parmi les personnes ayant</p> <p>✚ une incapacité significative et persistante ou</p> <p>✚ une incapacité légère pour les activités de la vie domestique uniquement</p>	<p>Avoir la capacité d'assumer la gestion de ses services seule ou avec l'aide de ses proches-aidants et choisir librement cette option.</p>	<p>Assistance personnelle*</p> <p>Aide domestique**</p>	<p>travailleur gré à gré ou entreprise d'économie sociale</p>	<p>Instance locale et PEFSAD***</p>
	<p>Selon les ententes particulières conclues entre les entreprises et l'instance locale</p>	<p>Aide domestique**</p>	<p>Entreprise d'économie sociale</p>	<p>Instance locale et PEFSAD***</p>
		<p>Assistance personnelle*</p>	<p>Entreprise d'économie sociale</p>	<p>Instance locale</p>
	<p>Selon les ententes spécifiques conclues entre les organismes communautaires et l'instance locale.</p>	<p>Soutien civique, popote, accompagnement, activités de jour, etc.</p>	<p>Organisme communautaire</p>	<p>Instance locale</p>

* Soins d'hygiène, aide à l'alimentation, etc.

** Entretien ménager, préparation de repas, lessive, etc.

*** Le PEFSAD couvre les coûts des services d'aide domestique seulement.

CHAPITRE 6

ARRIMAGE ENTRE LE PEFSAD, L'ALLOCATION DIRECTE ET LA POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE

6.1 Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et recours aux entreprises d'économie sociale

6.1.1 Contexte

Le PEFSAD s'adresse à la population qui a accès à une aide financière fixe pour des services d'aide domestique offerts par des entreprises d'économie sociale. À ce montant s'ajoute une aide variable modulée selon le revenu pour certaines clientèles. Les CLSC, de façon inégale, recourent parfois au PEFSAD afin d'offrir des services qui sont non disponibles au CLSC et que le réseau de la santé et des services sociaux devrait assumer parce qu'ils sont requis en raison de l'état de santé ou la condition de la personne. Ces pratiques ont également comme effet que certains services, non couverts par le PEFSAD, sont financés par ce programme.

Dans certains cas, des personnes ayant besoin de soutien à domicile, sous forme de services d'aide domestique, doivent assumer des coûts qui varient selon les territoires, les clientèles et les pratiques des CLSC. D'autres personnes, ayant également besoin de services de soutien à domicile, sont parfois dirigées directement, sans évaluation de leurs besoins, vers des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD).

6.1.2 Précisions

Le recours au PEFSAD par l'instance locale doit être cohérent avec la *Politique de soutien à domicile* en ce qui concerne les services couverts et les clientèles dirigées vers ce programme. Ainsi, les personnes qui ont besoin de services d'aide à la vie domestique ou d'assistance personnelle et qui sont dirigées, par l'instance locale, vers les EESAD doivent préalablement faire l'objet d'une **évaluation de besoins et bénéficié d'un plan d'intervention**.

Les instances locales doivent conclure des ententes formelles avec les EESAD. Ces ententes préciseront la nature des services, les mécanismes de référence et d'échange d'information spécifique pour la clientèle et les moyens pour s'assurer de la qualité des services offerts par les EESAD. La responsabilité de l'offre de services incombe à l'instance locale.

Actuellement, des travaux d'arrimage entre le PEFSAD et la *Politique de soutien à domicile* sont en cours. On y étudie des modalités pour s'assurer que les clientèles en grand besoin, qui reçoivent actuellement des services des EESAD et qui sont

méconnues des instances locales, soient repérées et dirigées vers les instances locales pour être évaluées.

6.2 Allocation directe/chèque emploi service et *Politique de soutien à domicile*

6.2.1 Contexte

Les usagers devraient choisir librement et de façon éclairée la modalité de prestation de services pour tous les services dont les services d'assistance personnelle et d'aide domestique par allocation directe. Mais il arrive que le recours à l'allocation directe soit davantage une décision du CLSC en raison du coût moindre. On observe par ailleurs des lacunes dans l'évaluation des besoins des personnes, la coordination des services, l'élaboration et la révision des plans d'intervention de même que dans le choix de la clientèle dirigée vers cette modalité.

Les taux horaires sont peu élevés et varient d'une région à l'autre. Ceci entraîne des inconvénients pour la clientèle visée : difficultés de recrutement de travailleurs, personnel peu ou mal formé, taux de roulement élevé, rupture de services sans alternative, etc.

Les usagers peuvent engager un travailleur dans une entente de gré à gré. Ils peuvent aussi choisir d'utiliser les services d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) avec l'accord du CLSC qui doit conclure une entente particulière avec l'entreprise. Le coût des services est alors plus élevé que le taux alloué pour une entente de gré à gré.

6.2.2 Précisions

Le ministère rappelle que l'allocation directe est une modalité qui s'adresse aux personnes vivant à domicile, dont l'état est stable et qui ont des besoins à long terme dont :

- les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes handicapées.

L'attribution des services par allocation directe doit respecter les balises suivantes :

- l'exercice d'un choix libre et éclairé ;
- un état stable et des besoins de services à long terme ;
- la capacité de gérer de la personne ou, le cas échéant, le soutien d'un proche permettant de compenser une certaine incapacité ;
- l'expertise requise pour offrir le service (complexité ou vulnérabilité) ;
- le droit à des services personnalisés, continus et de qualité.

Comme pour toutes les modalités, l'instance locale a les responsabilités suivantes :

- évaluer les besoins des personnes ;
- élaborer un plan d'intervention ou un plan de services individualisé et en assurer la révision au moins une fois par année ;
- attribuer à tout usager un coordonnateur de services ;
- offrir le soutien nécessaire pour que l'usager apprenne et maîtrise les opérations découlant de la gestion de l'allocation directe ;
- prévoir et inscrire au plan d'intervention les mesures de remplacement (mécanismes, modalités) pour assurer la continuité et la régularité de prestation de services ;
- assurer le suivi et apporter les ajustements requis par la situation de la personne ;
- assurer la qualité des services offerts.

CHAPITRE 7

OFFRE DE SERVICES DE SOUTIEN AUX PROCHES-AIDANTS

7.1 Contexte

La *Politique de soutien à domicile* reconnaît les proches-aidants²⁵ comme une clientèle admissible à des services de soutien à domicile. Le seul cadre normatif existant (Programme de soutien aux familles de personnes handicapées) est vétuste. L'accès et le type de services offerts aux proches-aidants sont très différents d'une région à l'autre et selon les clientèles. Les ressources sont très limitées, particulièrement dans certaines régions.

Les services de soutien aux proches-aidants sont souvent offerts par des organismes communautaires ou bénévoles qui développent leurs services de façon autonome.

Les besoins de cette clientèle sont criants et la situation est très précaire pour beaucoup de personnes. Les pratiques d'évaluation des besoins des proches-aidants sont très inégales et les plans d'intervention sont peu disponibles.

7.2 Précisions

Le ministère rappelle que les services aux proches-aidants s'inscrivent dans la gamme standardisée de services en soutien à domicile déjà établis dans la *Politique de soutien à domicile*. Ces services font partie des trois services prioritaires²⁶ à mettre en place afin de compléter la gamme de services dans tous les territoires locaux.

La *Politique de soutien à domicile* affirme que les proches-aidants doivent être considérés à la fois sous les trois angles suivants :

- client ayant besoin de services,
- partenaire,
- citoyen.

En somme, **l'engagement du proche-aidant est volontaire**, résulte d'un choix libre et éclairé qui doit tenir compte de ses capacités et de ses responsabilités familiales, sociales et professionnelles. Le soutien au proche-aidant est essentiel pour préserver sa contribution et maintenir son équilibre personnel et familial.

²⁵ Le vocable proche-aidant fait référence à une personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne (enfant ou adulte) ayant une incapacité. Il peut s'agir d'un membre de la famille immédiate, d'un membre de la famille élargie ou d'un ami.

²⁶ La *Politique de soutien à domicile* retient parmi les priorités les services d'aide à domicile et les services de réadaptation de base, page 15.

À titre de **personne admissible** à des services de soutien à domicile, le proche-aidant doit, en tout premier lieu, avoir accès à une évaluation de ses besoins à partir desquels est élaboré un plan d'intervention pour répondre à ses besoins en tenant compte de son choix quant à la modalité de services et selon un horaire qui lui convient. D'ici à ce que les travaux de développement de l'outil d'évaluation complémentaire à l'OEMC soient finalisés, on peut utiliser les outils existants dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Certains éléments peuvent servir d'indicateurs pour apprécier la façon de répondre aux besoins des proches-aidants. Ces éléments peuvent varier selon divers facteurs qui interagissent entre eux :

- l'importance d'agir dans un esprit de prévention de l'épuisement et de soutien du proche-aidant ;
- l'importance des responsabilités familiales, sociales et personnelles à assumer ;
- la disponibilité du proche-aidant, l'ampleur et la complexité de l'assistance et des soins à apporter à la personne aidée ;
- le fait de considérer les proches-aidants comme des partenaires.

Les agences et les instances locales ont la responsabilité de planifier les ressources et d'organiser l'offre de services aux proches-aidants de manière à améliorer les services offerts. Cette offre de services doit être planifiée en considérant la gamme standardisée de services de soutien à domicile (présentée à l'annexe I). Ces services constituent une base commune, destinée à tout proche-aidant, quelle que soit la nature de l'incapacité de la personne aidée.

Il importe également de rappeler qu'il est de la responsabilité de l'instance locale de donner toute l'information pertinente au proche-aidant (avec le consentement préalable de la personne qu'il aide), la formation et la supervision nécessaires pour apprendre et maîtriser les tâches qu'il accepte librement d'effectuer. Il doit également connaître les moyens pour compter sur une assistance ou une **aide immédiate, en cas d'urgence**.

Diverses mesures doivent être mises en place dans toutes les régions pour augmenter l'offre de services aux proches-aidants²⁷. Les agences et les instances locales peuvent s'inspirer des projets réalisés avec l'appui financier du *Fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes*. Ce fonds a permis de soutenir l'organisation des services aux proches-aidants sur leur territoire. Elles doivent également prendre les mesures pour assurer une continuité des services aux proches-aidants afin de réduire les écarts entre les besoins réels et les services offerts, et ce, pour toutes les clientèles.

²⁷

Au total, 27 projets de répit, de formation et de soutien ont permis d'expérimenter diverses formules et d'établir certaines conditions pour une offre de services adaptée et de qualité. Le document *Soutenir les proches-aidants : Résumés de vingt-sept expériences de répit, de formation et de soutien. Fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes* peut être téléchargé à l'adresse suivante : <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>.

Annexe 1

Gamme de services de soutien à domicile standardisée

La gamme de services présentée dans la *Politique de soutien à domicile* a été revue pour y apporter certaines précisions. Cette liste n'est pas exhaustive et le fait qu'un service n'y figure pas ne saurait faire en sorte qu'il ne soit pas offert s'il répond à des besoins spécifiques des personnes et des proches-aidants.

A. Les soins et les services professionnels :

- les services médicaux ;
- les soins infirmiers ;
- les services de nutrition ;
- les services de réadaptation de base : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie ;
- les services d'inhalothérapie ;
- les services psychosociaux ;
- les services d'organisation communautaire.

À cette liste s'ajoute l'accès à des services de consultation (psychogériatrie, gériatrie, psychiatrie et pédiatrie) ainsi qu'aux services de réadaptation spécialisés qui constituent souvent des éléments essentiels des services à domicile.

Le pharmacien fait également partie de l'équipe de soutien à domicile bien qu'il ne se déplace pas au domicile, sauf dans de rares cas. L'instance locale devra conclure des ententes avec les pharmaciens lorsque cette expérience est requise pour les personnes ayant des besoins particuliers.

Tous ces services sont offerts par le réseau public, **à domicile ou en ambulatoire.**

B. Les services d'aide à domicile

- Les services d'assistance personnelle** : soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts, etc.
- Les services d'aide domestique** : entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements, lessive, etc.
- Les activités de soutien civique** : aide pour administrer le budget, remplir des formulaires, etc.
- Les services de popote, d'accompagnement, les visites d'amitié, etc.**
- L'assistance à l'apprentissage** : activités d'entraînement et de stimulation aux activités personnelles et domestiques, soutien aux activités occupationnelles, aux activités de réadaptation, etc.
- L'appui aux tâches familiales** : dans le cas d'un parent ou d'un conjoint ayant une incapacité pour réaliser des activités telles que le soutien à l'organisation matérielle, le soin des enfants, l'aide aux devoirs, etc.

Ces services d'aide à domicile peuvent, selon le profil des besoins, être offerts par l'instance locale, les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires, les groupes bénévoles, le personnel embauché par l'allocation directe ou les proches-aidants.

C. Les services aux proches-aidants

- Le gardiennage** (dans le cas d'un enfant) ou "**présence-surveillance**" (dans le cas d'un adulte) : ce service désigne les activités normales de garde lorsqu'un proche qui habite avec une personne ayant une incapacité doit s'absenter occasionnellement de son domicile pour diverses activités de la vie courante. Ces services sont généralement planifiés.
- Le répit** : ce service procure aux proches-aidants un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers d'un enfant ou d'un adulte ayant une incapacité. Le répit peut être offert à domicile : la personne ayant une incapacité est alors prise en charge par une autre personne dans son milieu naturel, cette dernière assurant une relève. Le répit peut aussi être offert à l'extérieur du domicile : il prend alors la forme d'un hébergement temporaire (dans un établissement public, une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire d'hébergement), ou encore d'un séjour dans une ressource de type familial,

une maison de répit ou dans toute autre ressource qui offre ce service. Ces services sont généralement planifiés.

- **Le dépannage** : ce service permet aux proches-aidants de faire face à des situations imprévisibles ou urgentes. Le dépannage est donc temporaire et généralement de courte durée. Il consiste à prévoir les mesures ou le type de ressource la plus appropriée pour répondre aux besoins des personnes et des proches. Il consiste également à prévoir ou à organiser les services pour répondre aux besoins lors d'une situation d'urgence, et ce, afin de diminuer les inquiétudes que peuvent avoir certains proches-aidants. Le cas échéant, les personnes doivent savoir où et à qui s'adresser et les mesures en ce sens doivent être connues par les clientèles lorsque requis.
- **L'appui aux tâches quotidiennes** : ce service comporte diverses mesures qui permettent de relayer les proches-aidants dans leurs activités quotidiennes, lorsqu'ils prennent soin d'une personne ayant une incapacité ou lorsqu'ils vaquent à leurs autres occupations. Ces mesures comprennent les soins des enfants, l'aide aux devoirs, le soutien dans l'organisation de la vie matérielle, l'accompagnement et les services d'interprétation tactile et visuelle.
- **Les services psychosociaux** : ces services permettent aux proches-aidants de faire face à l'adaptation qu'entraîne – que nécessite le fait d'accompagner une personne ayant une incapacité, en perte d'autonomie ou traversant un épisode de soins aigus, à toutes les étapes (diagnostic, traitement, réadaptation, soins palliatifs, etc.). Ces services s'adressent également aux frères et sœurs et à l'entourage.
- **Les services d'organisation communautaire** : offerts par l'instance locale, ces services appuient le développement des services d'aide à la personne et des services aux proches-aidants.

Selon le cas, ces services peuvent être offerts par différents fournisseurs de services dont les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les entreprises d'économie sociale, l'instance locale ou encore les ressources d'hébergement public ou non institutionnelles.

D. Le support technique

Le support technique comprend à la fois les fournitures médicales et spécialisées, les équipements et les aides techniques nécessaires pour qu'une personne puisse demeurer ou retourner à domicile. Il est considéré dès l'étape d'évaluation des besoins de la personne, si possible, avant tout recours aux services, ou encore pour faciliter ou optimiser la prestation de services professionnels ou de services d'aide à domicile. De plus, l'accès au support technique peut contribuer grandement à

protéger des accidents les personnes elles-mêmes, les proches-aidants ou le personnel. Il permet de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne et offre à certaines clientèles un plus grand confort ; ainsi, il serait souhaitable d'étendre l'accès au support technique aux personnes recevant des soins palliatifs.

Le support technique est accessible en vertu des 22 programmes administrés par le ministère et son réseau (agences, instances locales, centres de réadaptation et Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les autres ministères ou organismes (MESSF, MEQ, SHQ, etc.), les organismes du milieu, et ce, pour autant que le support visé ne soit pas déjà couvert par un régime public d'indemnisation des gouvernements provincial ou fédéral (Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), Anciens Combattants, etc.) ou un régime privé d'assurance.

- L'accès au support technique

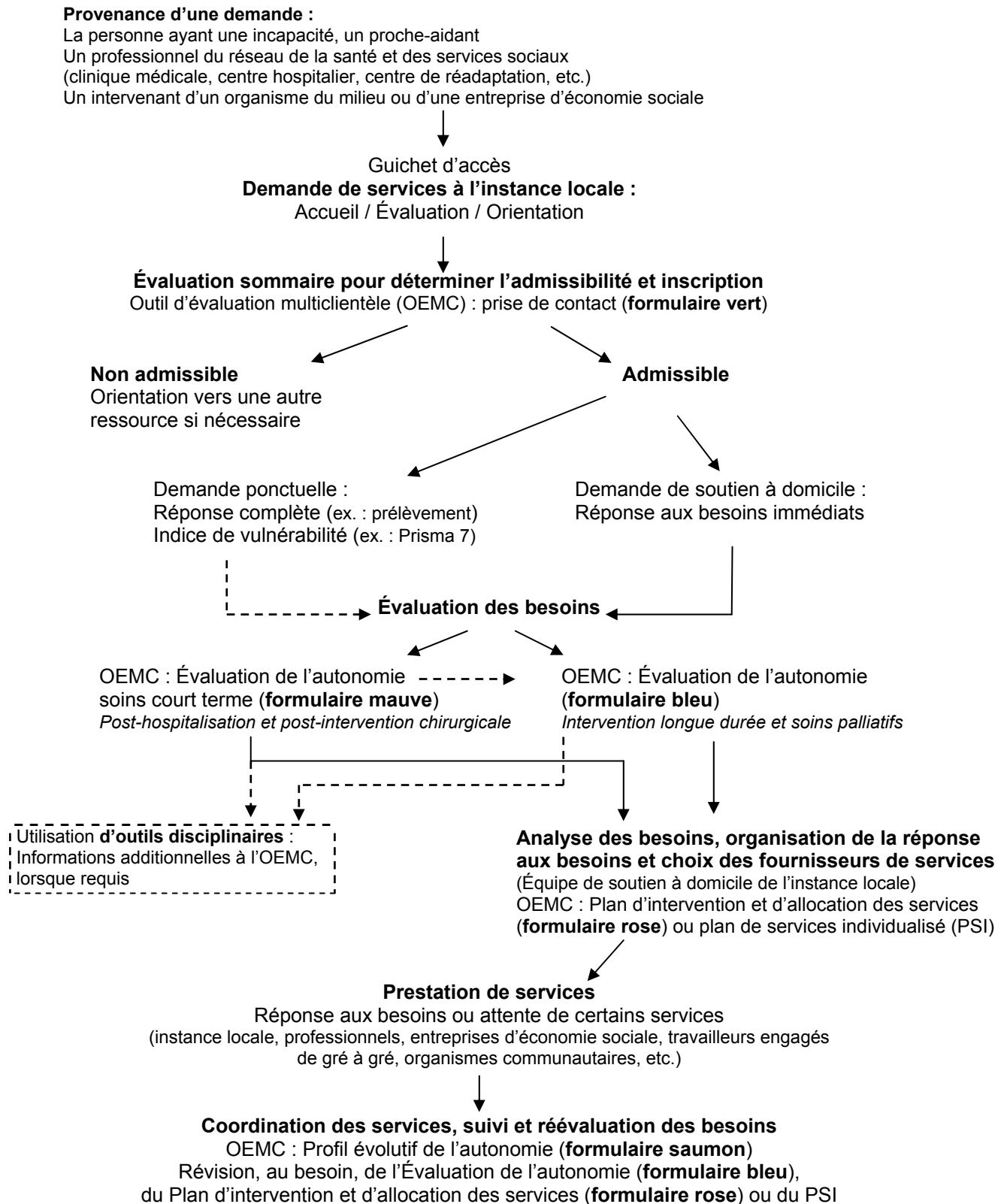
- De façon générale, l'attribution d'une forme ou d'une autre de support technique doit être envisagée pour maintenir l'autonomie de la personne, retarder ou réduire le recours à l'aide humaine.
- Le processus et les règles d'attribution doivent assurer aux personnes à domicile ayant une incapacité un même accès aux fournitures médicales et un accès aussi avantageux aux aides techniques que si elles étaient hospitalisées ou hébergées.
- La responsabilité de l'évaluation des besoins de la personne²⁸ et de l'attribution du support technique est déterminée en fonction du degré d'expertise requis (caractéristiques de la personne, spécificités du support technique, expertise complémentaire disponible, etc.).
- L'utilisation adéquate et sécuritaire du support technique nécessite une information, une familiarisation et une adaptation appropriées devant être fournies par un professionnel compétent. En conséquence, durant la période d'apprentissage et d'adaptation, il est essentiel de soutenir adéquatement la personne et ses proches. Lorsque l'aide technique sera utilisée de manière optimale, les services d'aide à domicile pourront alors être ajustés.

²⁸

De telles évaluations sont généralement faites par l'ergothérapeute ou en son absence par un professionnel de la santé ou de la réadaptation mandaté à cette fin par le ou les établissements responsables.

Annexe 2

Cheminement d'une demande de soutien à domicile et utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle



Note : Les pointillés indiquent l'utilisation selon les besoins

Annexe 3

Liste des sigles utilisés et leur signification

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
EESAD	Entreprises d'économie sociale en aide domestique
I-CLSC	Intégration CLSC
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESSF	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
RAC	Résidence à assistance continue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

www.msss.gouv.qc.ca