



LE VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE
POUR L'ANNÉE 2000-2001
TOME II

Chapitre

***Services à domicile
relevant du réseau de la santé
et des services sociaux***

***Vérification menée auprès
du ministère de la Santé et des Services sociaux,
de régies régionales et d'établissements***



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	6.1
VUE D'ENSEMBLE	6.16
OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	6.24
RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION	6.27
Énoncés de politique et orientations	6.32
Accessibilité	
Accueil, évaluation et orientation	6.38
Nature et intensité des services	6.52
Délais d'attente	6.64
Continuité et complémentarité	
Plan d'organisation des services	6.71
Aides techniques	6.84
Suivi médical à domicile	6.87
Besoins des proches aidants	6.95
Planification et suivi	
Gestion de cas et plan d'intervention	6.101
Contrôle de la qualité des services	6.109
Allocation des ressources	
Financement des services	6.116
Tarification des services	6.128
Système d'information	
Information de gestion et reddition de comptes	6.132
Soutien à la prestation de services	6.143
Suivi des recommandations formulées au ministère en 1993-1994	6.149
Annexe – Objectifs de vérification et critères d'évaluation	

Les commentaires des entités apparaissent à la fin de ce chapitre.

Vérification menée par

Laurent Lapointe
Directeur de vérification

Francine Asselin
Michel Dompierre
Nathalie Lavoie
Normand Ouellet
Danielle Tremblay

Sigles utilisés dans ce chapitre

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC Centre local de services communautaires
CTMSP Classification par types en milieu de soins et services prolongés
MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

PEFSAD Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec
SIC Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
SISMAD Système d'information pour les services de maintien à domicile



FAITS SAILLANTS

- 6.1** L'investissement annuel en ce qui concerne les services à domicile totalise 547 millions de dollars et représente 3,7 p. cent des dépenses du gouvernement du Québec pour la santé et les services sociaux. Les services à domicile se divisent en cinq grands secteurs d'intervention, soit les soins médicaux et infirmiers, les services de réadaptation et d'adaptation, les services psychosociaux, l'aide à domicile pour de l'assistance personnelle, domestique ou civique et le soutien aux aidants naturels, communément appelés « proches aidants ». Ils sont proposés aux clients afin de régler un ensemble de problèmes nécessitant des interventions dans une perspective à court ou à long terme.
- 6.2** Notre vérification visait à nous assurer que les énoncés de politique et les orientations des services à domicile permettent de répondre aux besoins de la population. Elle avait pour but également d'évaluer dans quelle mesure l'organisation des services favorise leur accès ainsi que leur continuité et leur complémentarité. De même, nous avons évalué le processus d'allocation des ressources au regard des services à domicile. De plus, nous avons examiné l'information de gestion disponible pour la prise de décision qui permet d'évaluer la performance. Enfin, nous avons procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet « maintien à domicile » du mandat de vérification d'optimisation des ressources, effectué en 1993-1994, qui portait sur les services de maintien à domicile et d'hébergement permanent offerts aux personnes âgées.
- 6.3** Nous avons mené nos travaux de vérification auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de trois régions sociosanitaires. Ces travaux se sont déroulés d'août 2000 à juin 2001, mais certains commentaires portent sur des situations antérieures à cette période.
- 6.4** En dépit des analyses effectuées et des orientations mises de l'avant au cours des années, nous constatons que l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services doivent faire l'objet d'un meilleur encadrement et d'un meilleur suivi. En outre, faute d'objectifs concernant les résultats, le ministère ne peut mesurer l'efficacité de ses énoncés de politique et de ses orientations.
- 6.5** En raison des demandes de services sans cesse croissantes et des délais d'attente qui en découlent, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ne répondent qu'aux demandes qui leur ont été formulées. Plusieurs estiment qu'il est inutile d'offrir un service à un client qui ne signale pas son besoin. Bien souvent, le personnel du CLSC se fie au client lui-même pour l'appeler en cas de difficultés. Pourtant, la loi précise que les CLSC ont comme mission de s'assurer que les services requis par la clientèle de leur territoire lui soient offerts et que les personnes qui en ont besoin soient rejointes.
- 6.6** Ni les CLSC, ni les régies régionales, ni le ministère ne sont en mesure de savoir si la clientèle est bien desservie. Le fait que les services requis ne soient pas documentés au moyen d'un outil d'évaluation standard à l'échelle provinciale ne facilite pas une prise de décision éclairée en vue d'améliorer les services à la clientèle.



- 6.7** Nous avons constaté que les CLSC visités se sont fixé des plafonds maximaux variant de 4,5 à 45 heures. Pour maintenir les personnes le plus longtemps possible dans leur milieu de vie, les plafonds d'heures devraient être établis en fonction du coût de l'hébergement d'un patient en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Toutefois, en vertu d'un régime public à caractère universel, la population s'attend à ce que, pour un problème relié à la santé ou à des phénomènes sociaux, la nature et l'intensité des services offerts reposent sur des normes uniformes, l'intensité se caractérisant par le nombre d'heures ou par la fréquence des visites à domicile.
- 6.8** De plus, bien que l'existence de délais d'attente soit reconnue pour les différents types de services à domicile, aucun des CLSC visités ne documente uniformément ces délais. Nous avons remarqué qu'il n'existe aucune norme sur les plans tant régional que provincial, afin de colliger et de gérer uniformément les données sur l'attente. Ni le ministère ni les régies régionales n'ont une description de la situation relative aux délais d'attente des services offerts à domicile par type de clientèle.
- 6.9** Aucune des régies régionales visitées n'a établi de plan régional d'organisation visant à coordonner les services à domicile. Nous avons constaté un manque de coordination entre les acteurs, ce qui rend difficile l'orientation interétablissements de la clientèle, les suivis médicaux à domicile et la circulation de l'information.
- 6.10** Le suivi médical se fait principalement dans les cliniques externes des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou les cliniques privées. En fait, depuis 1996, le taux de visites à domicile réalisées par les omnipraticiens diminue constamment dans la quasi-totalité des régions du Québec. Par conséquent, des patients sont obligés de se déplacer, même s'ils ont des incapacités.
- 6.11** Par ailleurs, l'engagement des proches aidants reste à préciser en ce qui concerne les services de santé ou les services sociaux offerts à domicile, bien que ces aidants pourvoient aux services d'aide à domicile dans une large mesure. Ceux-ci sont considérés comme du personnel d'appoint non rémunéré du réseau de la santé et des services sociaux, alors qu'ils désirent en être des partenaires sur une base volontaire ou du moins qu'on reconnaisse leurs besoins.
- 6.12** En tant que responsables de l'organisation des services dans leur région, les régies régionales ont un rôle à jouer en matière de qualité des services. En l'absence de mécanismes régionaux de contrôle de la qualité, les suivis actuels des CLSC ne permettent pas à ces derniers de contrôler suffisamment la qualité de leurs services ou de ceux des ressources externes auxquelles ils ont recours.
- 6.13** Le mode d'allocation des ressources, basé sur une reconduction et une indexation du budget de l'année précédente, n'incite pas les établissements à améliorer leur performance ou à offrir plus de services, car la manière dont sont déterminés les budgets annuels n'est pas en lien direct avec les clients desservis. Les budgets de l'année financière 2001-2002 ont été attribués aux CLSC sans que soit connu le nombre de clients qui ont eu recours à ceux-ci au cours des deux dernières années financières.



- 6.14** Malgré des investissements substantiels en informatique, le ministère et les régies régionales manquent d'informations pertinentes et fiables quant à la gestion des services à domicile. Pour l'année financière 1999-2000, aucun résultat n'a pu être dégagé afin d'évaluer l'atteinte de l'objectif, fixé par le MSSS, de rejoindre 38 usagers âgés de plus de 65 ans par 1000 habitants. Pour ce qui est de l'année financière 2000-2001, les données ne sont pas disponibles.
- 6.15** Au regard du suivi des recommandations formulées dans le volet « maintien à domicile » du mandat de vérification d'optimisation des ressources effectué en 1993-1994, nous constatons que la plupart de celles-ci sont toujours d'actualité. En effet, le MSSS poursuit actuellement des travaux en vue de remédier aux lacunes concernant les activités de soutien à domicile offertes aux personnes âgées en perte d'autonomie, qui avaient été relevées à l'époque. Des 11 recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard des services à domicile offerts aux personnes âgées, 2 ont été appliquées, 2 l'ont été partiellement, alors que 7 ne le sont pas encore.

VUE D'ENSEMBLE

- 6.16** L'investissement annuel dans le réseau de la santé et des services sociaux représente plus du tiers des dépenses de l'État québécois, soit près de 14,8 milliards de dollars en 1999-2000 selon les dernières données disponibles. Le gouvernement du Québec a investi près de 487 millions de dollars dans les établissements ayant une mission de CLSC pour qu'ils dispensent des services à domicile. À cette somme, il faut ajouter la rémunération à l'acte des médecins qui ont effectué des visites médicales à domicile, soit 23 millions de dollars, ainsi que les subventions, évaluées à 37 millions de dollars, accordées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale pour soutenir les personnes en leur offrant de l'aide à domicile. Les dépenses pour l'année 1999-2000 en ce qui concerne les services à domicile totalisent donc 547 millions de dollars et représentent 3,7 p. cent des dépenses du gouvernement pour la santé et les services sociaux. D'autres ressources du milieu jouent un rôle actif dans ces services. Les amis et les parents, entre autres, y contribuent activement. Une étude estime leur participation à plus de 75 p. cent des services dispensés à domicile. Sans l'implication des proches aidants, le maintien des personnes dans leur milieu de vie serait souvent impossible. Dans un contexte où les ressources sont limitées et considérant le vieillissement de la population, le réseau de la santé et des services sociaux a le défi de s'adapter continuellement.
- 6.17** Pour les personnes nécessitant des services, l'une des avenues de l'adaptation consiste à les maintenir le plus longtemps possible à leur domicile. Elle suppose un changement du lieu de prestation des services : des CHSGS et des CHSLD à des dispensateurs de services plus près du milieu de vie et présents dans la communauté. D'une part, la clientèle va dans les cabinets ou cliniques privés



ainsi que dans les CLSC pour obtenir des services et, d'autre part, les professionnels de la santé vont au domicile des personnes lorsque leur capacité à se déplacer se restreint. Les services à domicile constituent, dès lors, un élément crucial du réseau.

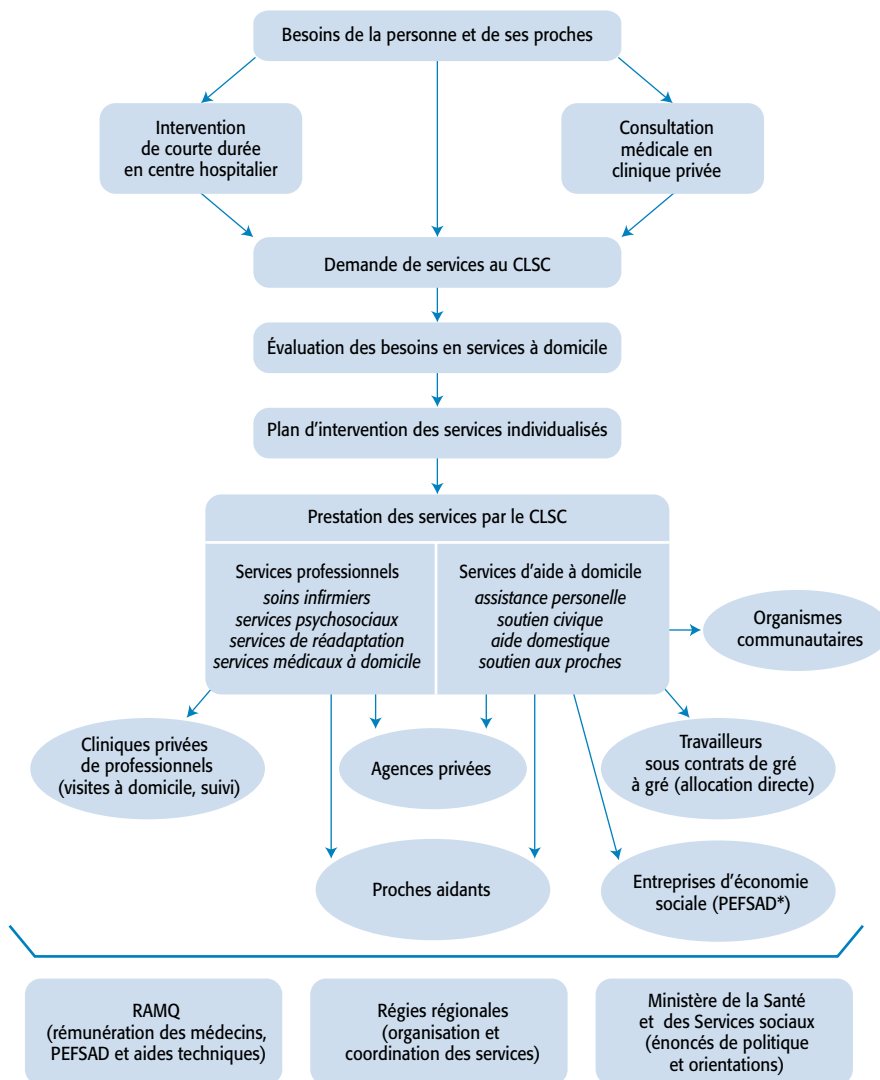
- 6.18** À cet effet, le cadre de référence du MSSS, publié en 1994, définit les services à domicile comme un soutien de nature préventive, curative ou palliative. Ces services visent à maintenir ou à améliorer la qualité de vie des personnes et celle de leurs proches en apportant une réponse appropriée aux besoins particuliers de chacun.
- 6.19** Ils se divisent en cinq grands secteurs d'intervention, soit les soins médicaux et infirmiers, les services de réadaptation et d'adaptation, les services psychosociaux, l'aide à domicile pour de l'assistance personnelle, domestique ou civique et le soutien aux proches aidants. Ces services sont proposés aux clients afin de régler un ensemble de problèmes nécessitant des interventions dans une perspective à court ou à long terme. De plus, compte tenu du fait que les services sont dispensés à domicile, les professionnels doivent s'adapter au milieu de vie des personnes, ce qui exige une grande flexibilité et une bonne organisation du travail.
- 6.20** La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) définit les responsabilités des établissements, des régies régionales et du MSSS. Toutefois, cette loi ne spécifie pas les responsabilités des autres acteurs, soit celles des cabinets et cliniques privés de professionnels de la santé, des entreprises d'économie sociale offrant de l'aide domestique, des organismes communautaires ou des agences privées de services.
- 6.21** Le MSSS fixe les orientations et les objectifs en matière de santé et de services sociaux, y compris pour les services à domicile. Il élabore les politiques et les programmes, approuve les priorités, répartit les ressources entre les régions et évalue les résultats.
- 6.22** Les régies régionales, eu égard aux orientations et aux énoncés de politique élaborés par le MSSS, ont principalement pour but de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les activités de leur région. Ainsi, elles doivent organiser les services à domicile en s'assurant de l'application du cadre de référence du MSSS sur les services à domicile ainsi que des programmes dédiés aux personnes handicapées. Pour ce faire, elles doivent, entre autres, établir des plans d'organisation des services à domicile, évaluer l'efficacité de ces services et accorder le budget destiné aux établissements.
- 6.23** Les CLSC s'assurent que les personnes qui requièrent des services de santé et des services sociaux de base sont rejointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts à l'intérieur de leurs installations ou dans leur milieu de vie – que ce soit à l'école, au travail ou à domicile. Si cela est nécessaire, ils veillent à ce que ces personnes soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide : proches aidants, organismes



communautaires, entreprises d'économie sociale, agences privées, travailleurs sous contrats de gré à gré, cliniques privées et Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les CLSC jouent donc un rôle essentiel dans la coordination des services à domicile. La figure 1 schématise le cheminement d'une demande de services à domicile auprès des CLSC.

FIGURE 1

CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SERVICES À DOMICILE



* PEFSAD : Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.



OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION

- 6.24** Notre vérification visait à nous assurer que les énoncés de politique et les orientations des services à domicile permettent de répondre aux besoins de la population. Elle avait pour but également d'évaluer dans quelle mesure l'organisation des services favorise leur accès ainsi que leur continuité et leur complémentarité. De même, nous avons évalué le processus d'allocation des ressources au regard des services à domicile. De plus, nous avons examiné l'information de gestion disponible pour la prise de décision qui permet d'évaluer la performance. Enfin, nous avons procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet « maintien à domicile » du mandat de vérification d'optimisation des ressources, effectué en 1993-1994, qui portait sur les services de maintien à domicile et d'hébergement permanent offerts aux personnes âgées.
- 6.25** Ce rapport ne remet pas en cause la pertinence ni la qualité des actes professionnels. Les services à domicile dispensés par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale ou tout autre dispensateur privé de services à domicile n'ont pas fait l'objet de nos travaux. Il en est de même pour les services spécialisés offerts à domicile par les CHSGS.
- 6.26** Nous avons mené nos travaux de vérification auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, de 3 régies régionales (une en région universitaire, une en région périphérique et une en région éloignée), de 15 CLSC (9 dans la première région, 4 dans la deuxième et 2 dans la troisième) et de 6 CHSGS (3 dans la première, 2 dans la deuxième et un dans la troisième). Aux fins de notre mandat, nous avons déterminé six cas types, susceptibles de survenir fréquemment dans la pratique et nous avons demandé aux équipes de services à domicile des CLSC visités de nous décrire sommairement les services qu'ils proposeraient en pareilles circonstances. Nous avons également sélectionné 178 dossiers de personnes ayant bénéficié de services à domicile pour des problèmes de santé s'apparentant à ceux des cas types. De plus, nous avons rencontré des gestionnaires et des professionnels de la santé œuvrant au ministère, dans les régies régionales et dans les établissements. Enfin, nous avons recueilli de l'information auprès de la RAMQ et de fédérations ou d'associations liées aux professionnels ou aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Au total, nous avons rencontré 250 personnes impliquées soit dans la gestion ou, directement, dans la prestation de services. Ces travaux se sont déroulés d'août 2000 à juin 2001, mais certains commentaires portent sur des situations antérieures à cette période.



RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION

- 6.27** Nos travaux nous permettent de conclure que la population ne sait pas toujours vers qui se diriger pour obtenir des services à domicile et que les CLSC ne répondent qu'aux demandes formulées. Le manque de démarches de dépistage ou de prévention de problèmes peut mettre en péril la capacité des personnes de se maintenir dans leur milieu de vie. De plus, les besoins de la clientèle ne sont pas tous connus; ils ne sont ni documentés ni comparés aux services offerts.
- 6.28** Il y a une disparité marquée de l'intensité des services offerts entre les différents territoires des CLSC visités, plus particulièrement en ce qui concerne les services d'aide à domicile. En outre, les CLSC modulent leurs services en fonction des ressources dont ils disposent plutôt qu'en fonction des services requis et, faute de normes du ministère, ils établissent localement des plafonds d'intensité des services et des critères de priorité au regard de l'accessibilité aux services. Il est également reconnu que les délais avant d'obtenir certains services à domicile sont importants et, pourtant, aucun CLSC visité ne documente uniformément ces délais.
- 6.29** L'organisation et la coordination des services sont déficientes, notamment au regard du suivi médical à domicile, des plans d'organisation des services et des mécanismes de contrôle de la qualité de ces services. Les rôles et les responsabilités des établissements ne sont pas clairs, bien qu'ils aient une incidence majeure sur l'accessibilité des services.
- 6.30** L'information de gestion est insuffisante et permet peu d'appuyer la prise de décision ou encore la prestation des services. En conséquence, ni le ministère ni les régies régionales visitées ne sont en mesure de s'assurer que leurs orientations sont respectées ou que leurs objectifs sont atteints. Qui plus est, l'allocation des ressources ne peut se faire en fonction des besoins de la population, étant donné l'absence d'information de qualité, de mesures visant à apprécier l'efficacité des services et d'indicateurs de résultats.
- 6.31** Au regard du suivi des recommandations formulées dans le volet « maintien à domicile » du mandat de vérification d'optimisation des ressources effectué en 1993-1994, nous constatons que la plupart de celles-ci sont toujours d'actualité. En effet, le MSSS poursuit actuellement des travaux en vue de remédier aux lacunes concernant les activités de soutien à domicile offertes aux personnes âgées en perte d'autonomie, qui avaient été relevées à l'époque. Des 11 recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard des services à domicile offerts aux personnes âgées, 2 ont été appliquées, 2 l'ont été partiellement, alors que 7 ne le sont pas encore.

Énoncés de politiques et orientations

- 6.32** En 1979, le ministère des Affaires sociales instaure sa Politique sur les services à domicile. Cette politique énumère déjà, à l'époque, plusieurs des grands paramètres du maintien à domicile, notamment la détermination des clientèles à desservir et de leurs besoins, et la définition des critères d'admissibilité, en plus de faire état de la prise en charge par les collectivités des services d'aide à domicile.



- 6.33** En 1994, le MSSS présente un cadre de référence sur les services à domicile, lequel module et précise la teneur de la politique de 1979 de même qu'il confirme le caractère universel des services à domicile. Depuis ce temps, le virage ambulatoire a modifié largement les services offerts, en particulier ceux relatifs à la prise en charge à domicile des personnes posthospitalisées.
- 6.34** Les enjeux suivants ont fait l'objet de nombreux commentaires et de propositions ou d'énoncés de politique dans les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (2001) et par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), appelée la commission Clair :
- La croissance exponentielle de la demande de services d'aide à domicile, notamment l'aide domestique et l'assistance personnelle ;
 - Le partage des responsabilités liées à la prise en charge des services à domicile entre le réseau de la santé et des services sociaux et la communauté (organismes communautaires et proches aidants) ;
 - La disparité des services à domicile offerts par les CLSC ;
 - L'importance des interventions précoces de dépistage et de prévention ;
 - L'amélioration de la continuité des services, en particulier par la mise en place de réseaux de services intégrés.
- 6.35** Au cours de la dernière année, un comité ministériel a révisé le cadre de référence de 1994 et a, de nouveau, pris en compte les enjeux énumérés ci-dessus. Toutefois, au moment de notre vérification, le ministère n'avait pas statué sur les recommandations de ce comité.
- 6.36** En dépit des analyses effectuées et des orientations mises de l'avant au cours des années, nous constatons, comme nous l'expliquons dans les pages suivantes de notre rapport, que l'accessibilité ainsi que la continuité et la complémentarité des services doivent faire l'objet d'un meilleur encadrement et d'un meilleur suivi. En outre, faute d'objectifs concernant les résultats, le ministère ne peut mesurer l'efficacité de ses énoncés de politique et de ses orientations.
- 6.37** **Nous avons recommandé au ministère d'actualiser le cadre de référence sur les services à domicile et de se doter d'indicateurs de résultats permettant d'évaluer l'atteinte de ses objectifs.**

*L'accessibilité,
la continuité
et la complémentarité
des services
doivent faire l'objet
d'un meilleur encadrement
et d'un meilleur suivi.*

Accessibilité

Accueil, évaluation et orientation

- 6.38** Selon le cadre de référence de 1994, les CLSC sont responsables de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des personnes qui s'adressent à eux. En tant que premiers responsables des services à domicile, ils reçoivent les demandes de services. Ces demandes font l'objet d'une évaluation des besoins en collaboration avec les personnes et leur entourage. Ensuite, le CLSC détermine les dispensateurs de services, que les services soient rendus par le personnel du CLSC ou par des ressources externes. Le CLSC garde le rôle de coordonnateur de l'ensemble des services offerts.



La population connaît peu les services offerts par les CLSC.

- 6.39** Avant de faire une demande, une personne doit forcément connaître les services offerts par son CLSC. Nos travaux indiquent que les moyens actuels utilisés en vue d'informer la population sont insuffisants. Bien qu'il existe des dépliants décrivant les services offerts, ils sont assez succincts en ce qui a trait aux services à domicile. Ils décrivent peu les types de services qui peuvent être offerts et les rôles des différents acteurs sont peu détaillés. En outre, il n'est pas démontré que ces dépliants soient un outil vraiment efficace pour rejoindre la clientèle.
- 6.40** Or, la population ne sait pas toujours vers qui se diriger pour obtenir des services et risque souvent de s'adresser à la mauvaise ressource ou, tout simplement, s'expose à ne pas obtenir les services auxquels elle a droit. En outre, des CLSC ne sont pas portés à publiciser les services de leur centre, et ce, en raison des demandes de services sans cesse croissantes et des délais d'attente qui en découlent. Ainsi, les CLSC ne répondent qu'aux demandes qui leur ont été formulées. Plusieurs estiment qu'il est inutile d'offrir un service à un client qui ne signale pas son besoin. Bien souvent, le personnel du CLSC se fie au client pour l'appeler en cas de difficultés. Pourtant, la loi précise que les CLSC ont comme mission de s'assurer que les services requis par la clientèle de leur territoire lui soient offerts et que les personnes qui en ont besoin soient rejointes.
- 6.41** Au surplus, les personnes présentant des incapacités légères sont souvent directement dirigées vers le réseau communautaire, qui fournit des services complémentaires au système public, ou vers les entreprises d'économie sociale créées à la suite du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996 en vue d'offrir des services dans des créneaux déterminés, dont celui de l'aide domestique. Ce n'est que lorsque leur cas s'alourdit que les CLSC leur proposent des services. Il est donc difficile d'affirmer que le réseau de la santé et des services sociaux joue son rôle de prévention et de soutien, puisque les CLSC ont tendance à attendre que la condition des gens se détériore. Notons qu'il y a au Québec 700 000 personnes touchées par une perte d'autonomie légère et près de 400 000 individus ayant des incapacités modérées ou graves. Comme le constatait récemment la commission Clair, on réduit les activités de prévention lorsque s'accroît la pression pour intensifier celles visant à soigner et à guérir.
- 6.42** Dans le réseau, on considère que l'aide domestique dispensée par les auxiliaires familiales des CLSC constitue une façon simple et efficace d'accéder au domicile des personnes. Elle permet de suivre discrètement l'évolution de leur état de santé et de constater rapidement s'il y a détérioration de même que de déceler l'existence de situations laissant place à de l'abus ou à de la violence. Nous avons noté un désengagement marqué des CLSC dans ce secteur d'activité. Ce risque de non-détection s'accroît lorsque les CLSC transfèrent, sans prévoir de mécanismes de concertation ou d'échange d'information, les services d'aide à domicile aux entreprises d'économie sociale, aux organismes communautaires, aux agences privées ou à des personnes bénéficiant de contrats de gré à gré.



- 6.43** Dans ce contexte, bien des gens peuvent attendre longtemps avant d’obtenir des services à domicile. Leur santé peut se dégrader si leur état n’est pas décelé ainsi qu’évalué et s’ils ne sont pas pris en charge assez tôt.
- 6.44** À cet égard, le ministère indique dans son cadre de référence de 1994 qu’il est crucial de s’assurer que chaque région puisse disposer d’un système d’évaluation unique, standardisé, efficace et efficient. Cette évaluation doit être complète, rapide et concertée. Elle doit aussi comporter les informations servant à la planification des services pour ce qui est de l’adéquation des besoins des clients avec les services disponibles. À l’époque, le ministère s’engageait à proposer, à court terme, un système d’évaluation.
- 6.45** Sept ans plus tard, ce système n’est toujours pas implanté. En l’absence de directives, la régie régionale de la région universitaire visitée a mis en place ses propres instruments d’évaluation. Ceux-ci comprennent un formulaire de prise de contact, une grille d’évaluation de l’autonomie, communément appelée « outil multicientèle », servant à évaluer les besoins des personnes ayant des incapacités persistantes, une grille d’évaluation de l’autonomie pour les usagers des soins à court terme, un profil évolutif de l’autonomie ainsi qu’un plan d’intervention et d’allocation de services. En s’inspirant des outils de cette régie régionale, le ministère est à élaborer un outil d’évaluation qui sera utilisé à l’échelle provinciale.
- 6.46** Deux CLSC d’une autre régie régionale visitée utilisent tels quels certains des outils mis en place par celle de la région universitaire. Quant à la troisième régie régionale vérifiée, elle n’a implanté aucun outil d’évaluation uniforme : chaque CLSC utilise les instruments de travail qui lui conviennent le mieux. Plusieurs établissements utilisent certaines parties du formulaire de classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP), notamment pour établir les besoins requis en aide à domicile. Soulignons que ce formulaire est utilisé dans toute la province lors d’une demande d’hébergement à long terme.
- 6.47** Lors de notre examen des 178 dossiers de bénéficiaires, nous avons noté la présence ou l’absence d’un outil d’évaluation et le type d’outil utilisé, que ce soit l’outil multicientèle ou un instrument de travail maison. Le tableau 1 présente pour les régions visitées le taux d’utilisation des outils d’évaluation qui servent à déterminer les services à domicile requis.

TABLEAU 1

TAUX D’UTILISATION DES OUTILS D’ÉVALUATION DES BESOINS
(en pourcentage)

	Outil multicientèle	CTMSP	Autres	Aucun outil
Région périphérique	0	46	26	28
Région universitaire	85	2	7	6
Région éloignée	54	0	8	38
Ensemble des dossiers vérifiés	59	13	12	16



- 6.48** Nous constatons que 16 p. cent des dossiers vérifiés ne contiennent aucune évaluation de la situation de la personne. Dans la région universitaire, l'utilisation des outils d'évaluation est une chose acquise puisque seulement 6 p. cent des dossiers vérifiés ne comportent pas d'analyse des besoins. Par contre, la région régionale doit s'assurer de l'utilisation appropriée des outils d'évaluation. À titre d'exemple, deux des neuf CLSC vérifiés dans cette région ont tendance à utiliser l'outil d'évaluation destiné aux usagers des soins à court terme pour des cas nécessitant des services à long terme.
- 6.49** Quant aux deux autres régions, beaucoup de travaux de systématisation des outils d'évaluation doivent être poursuivis. Le dossier piétine, car le ministère n'a toujours pas émis de directives quant à l'implantation d'outils d'évaluation standards à l'échelle provinciale.
- 6.50** Bref, ni les CLSC, ni les régies régionales, ni le ministère ne sont en mesure de savoir si la clientèle est bien desservie. Le fait que les services requis ne soient pas documentés au moyen d'un outil d'évaluation standard a plusieurs conséquences. Ainsi, semblable situation ne facilite pas une prise de décision éclairée en vue d'améliorer les services à la clientèle, notamment sous le rapport de :
- l'établissement, par les régies régionales, de leur plan régional d'organisation des services;
 - le taux des services offerts par rapport à celui des services requis;
 - la détermination de la quantité de ressources nécessaires pour répondre aux besoins;
 - le balisage de l'intensité des services et des délais d'attente.
- 6.51** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales**
- **de se donner des moyens efficaces en vue de s'assurer que la population qui a besoin de services à domicile est informée, rejointe et desservie en temps opportun;**
 - **de mettre en place un processus d'évaluation standard permettant de connaître et de documenter les services requis de la clientèle;**
 - **de s'assurer que ce processus d'évaluation est utilisé par les établissements.**

Nature et intensité des services

- 6.52** Nous avons soumis aux équipes des CLSC visités six cas types, soit un cas d'Alzheimer, un de postopéré diabétique, un cas nécessitant des soins palliatifs, celui d'un postopéré avec prothèse, un cas de maladie pulmonaire et un dernier de sclérose en plaques. À partir de la description des services à domicile fournie par les équipes des CLSC pour ces six cas types, il est possible de dégager les constats suivants :
- Les services infirmiers à domicile sont une composante importante des services offerts par les CLSC. Ils sont offerts dans l'ensemble des cas soumis. Par contre, très peu de CLSC font mention de services médicaux à domicile et les proposent, bien que ceux-ci doivent être disponibles.



- Les services de réadaptation et d’adaptation sont davantage axés sur l’évaluation des besoins en ce qui concerne les aides techniques et leur installation. Lorsqu’on aborde la question des traitements possibles, on le fait uniquement dans une perspective à court terme.
- Les services psychosociaux sont souvent mis à contribution pour l’évaluation menant à l’hébergement en CHSLD ou encore pour la modulation de l’aide à domicile en fonction de l’engagement des proches aidants du client. La fréquence des suivis psychosociaux est très variable d’un CLSC à l’autre.
- L’aide à domicile est offerte dans la plupart des cas, à l’exception de l’aide domestique. Toutefois, la nature et la fréquence de l’aide varient substantiellement d’un CLSC à l’autre et sont adaptées selon l’implication des parents et amis.
- Le soutien aux proches n’est pas proposé systématiquement. Pour diminuer le risque d’épuisement, quelques CLSC offrent surtout des services de gardiennage et d’hébergement temporaire.

Les usagers doivent s’adapter aux services, malgré le fait que ce devrait être l’inverse.

- 6.53** Sur le terrain, le nombre élevé de demandes de services amène les CLSC à ajuster les services qu’ils offrent en fonction de leurs ressources, particulièrement en matière d’aide à domicile et de services de réadaptation et d’adaptation. Les CLSC ne peuvent pas toujours répondre aux demandes qui ont été formulées ni, encore moins, aux besoins réels de la clientèle. Des CLSC parlent de préprogrammation des services: ce sont les usagers qui doivent s’adapter aux services, plutôt que ce ne soit l’inverse. Il est aberrant de prendre plusieurs heures pour faire l’évaluation des besoins d’un usager, alors que les services d’aide à domicile offerts sont déjà déterminés selon des plafonds. En conséquence, ils savent qu’ils ne pourront répondre aux besoins qui ont été établis. Pour ce qui est des services professionnels, 13 des 15 CLSC visités n’ont pas de plafond d’heures.
- 6.54** Nous remarquons au tableau 2 que les CLSC visités se sont fixé des plafonds maximaux variant de 4,5 à 45 heures. Pour maintenir les personnes le plus longtemps possible dans leur milieu de vie, les plafonds d’heures devraient être établis en fonction du coût de l’hébergement d’un patient en CHSLD. Nous sommes donc en présence de deux philosophies en ce qui concerne la détermination des services à domicile: l’une est axée sur le service au plus grand nombre possible de clients au détriment de l’intensité qui en est diminuée, tandis que l’autre privilégie une grande intensité de services, même si le nombre de clients s’en trouve réduit et que les délais d’attente s’accroissent.

**TABLEAU 2****INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS DANS LES CLSC VISITÉS****Nombre d'heures maximum allouées hebdomadairement****Région périphérique**

CLSC 1 et 3	Aucun. Toutefois, lorsque le CLSC a recours à des ressources externes, un coût maximal de 150 dollars par semaine s'applique.
CLSC 2	De 20 à 45 heures selon les types de clientèle, que ce soit pour l'aide à domicile ou pour les services professionnels. Aucun pour les soins palliatifs.
CLSC 4	De 3 à 10 heures pour la physiothérapie ou l'aide à domicile. De 15 à 35 heures lorsqu'on a recours aux ressources externes.

Région universitaire

CLSC 5	10 heures d'aide à domicile, sauf pour les personnes handicapées où il est de 44 heures.
CLSC 6	44 heures d'aide à domicile, quel que soit le type de clientèle.
CLSC 7	35 heures d'aide à domicile, sauf pour les personnes handicapées où il est de 44 heures.
CLSC 8	De 10 à 12 heures d'aide à domicile pour la clientèle posthospitalisée, 18,5 heures pour les personnes âgées en perte d'autonomie et 35 heures pour les autres clientèles (personnes handicapées, personnes recevant des soins palliatifs, sidatiques).
CLSC 9	15 heures d'aide à domicile, sauf pour les personnes handicapées où il est de 44 heures.
CLSC 10	17,5 heures d'aide à domicile, sauf pour les personnes handicapées ou celles en phase terminale où il est de 40 et 44 heures respectivement.
CLSC 11	De 5 à 10,5 heures d'aide à domicile, sauf pour les personnes handicapées où il est de 44 heures.
CLSC 12	4,5 heures d'aide à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, 7 heures pour la clientèle posthospitalisée, 28 heures pour les personnes recevant des soins palliatifs et 35 heures pour les sidatiques.
CLSC 13	De 5 à 35 heures d'aide à domicile, sauf pour les sidatiques où il n'y en a aucun.

Région éloignée

CLSC 14	10 heures d'aide à domicile, sauf pour les personnes handicapées où il est de 40 heures.
CLSC 15	20 heures pour l'aide à domicile ou pour les services professionnels, sauf pour les personnes handicapées et la clientèle posthospitalisée où il n'y en a aucun.

Source : Données fournies par les CLSC visités.



- 6.55** Bien que les personnes âgées en perte d'autonomie requièrent des services à long terme qui sont appelés à augmenter avec le temps et qu'elles forment la majeure partie de la clientèle des CLSC, elles sont les principales personnes visées par les plafonds d'heures de services, particulièrement en ce qui concerne l'aide à domicile.
- 6.56** Par ailleurs, les personnes handicapées bénéficient souvent d'une intensité de services supérieure et ces services leur sont toujours offerts gratuitement, alors que les autres clientèles peuvent avoir à déboursier une somme d'argent pour obtenir des services d'aide à domicile, notamment lorsqu'ils sont orientés vers les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires. Les services les plus fréquemment tarifés sont l'aide domestique, la préparation de repas à domicile et le gardiennage.
- 6.57** En outre, le cas type nécessitant des soins palliatifs fait ressortir que ce type de soins est sujet à une grande variation d'intensité de services d'une région à l'autre. À cet égard, le rapport Lambert, Lecomte, qui dresse un bilan des soins palliatifs au Québec, mentionne l'importance de favoriser la continuité des services offerts à cette clientèle par le réseau de la santé et des services sociaux. Nos travaux nous ont permis de le confirmer auprès des acteurs concernés.
- 6.58** En vertu d'un régime public à caractère universel, la population s'attend à ce que, pour un problème relié à la santé ou à des phénomènes sociaux, la nature et l'intensité des services offerts reposent sur des normes uniformes. Pourtant, la réalité est tout autre. En fait, plusieurs facteurs influencent les services proposés à une personne, notamment :
- les ressources dont dispose le CLSC pour offrir des services à domicile ;
 - les cadres de référence particuliers aux programmes dédiés aux personnes handicapées, qui définissent mieux l'offre de services de cette clientèle, permettant ainsi d'assurer la gratuité des services d'aide à domicile et de bénéficier de l'intensité de service maximale, le cas échéant ;
 - les protocoles d'entente sur le transfert de patients d'un centre hospitalier à un CLSC, lesquels précisent des délais de service et accordent priorité à cette clientèle ;
 - le fait que les CLSC orientent vers le secteur privé les personnes bénéficiant d'une couverture d'assurance de la Société d'assurance automobile du Québec, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou d'une assurance privée ;
 - la présence de projets pilotes sur certains territoires, projets qui viennent augmenter les ressources disponibles pour certaines clientèles, telles que les personnes âgées en perte d'autonomie, les sidatiques ou les personnes requérant des soins palliatifs ;
 - la présence de parents et d'amis qui peuvent appuyer la personne à son domicile.



- 6.59** À titre d'exemple, une personne ayant été opérée pour recevoir une prothèse totale de la hanche bénéficiera de services à domicile d'intensité différente ou n'en obtiendra aucun selon des circonstances et des critères souvent sans lien direct avec son problème. Si son opération est consécutive à un accident de la route ou à un accident de travail, les services qu'elle obtiendra seront couverts par la Société d'assurance automobile du Québec ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail et elle sera orientée vers le secteur privé ainsi que desservie par lui. Toutefois, si le patient, une personne âgée en perte d'autonomie ou une personne reconnue comme handicapée, n'a pas de couverture d'assurance particulière, les services qu'on lui offrira seront d'une intensité différente d'un CLSC à l'autre et seront fonction des critères d'accessibilité de chacun.
- 6.60** De plus, nous avons noté que les demandes de services provenant des médecins ou des centres hospitaliers passent généralement en priorité. D'ailleurs, la commission Clair constate que notre système de santé privilégie les services « médicalement requis ». Ainsi, dans l'ordre des priorités, les services infirmiers à domicile sont offerts avec plus d'intensité que les services psychosociaux ou les services d'assistance personnelle. Pareil état de choses signifie que les besoins des personnes aux prises avec des problèmes sociaux qui peuvent avoir des conséquences dramatiques sur leur qualité de vie ne sont que peu satisfaits. Par exemple, en raison de la forte disparité de l'intensité des services d'aide à domicile, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer recevra des services qui, suivant son lieu de résidence, seront forts différents.
- 6.61** L'intensité des services offerts est aussi influencée par la contribution que peuvent apporter le réseau communautaire et les proches aidants. Ces derniers sont donc un élément clé du maintien à domicile puisque les CLSC agissent comme des organismes offrant des services de dernier recours. S'il y a une présence insuffisante de proches aidants, les plafonds de services peuvent amener les CLSC à recourir à l'hébergement permanent de façon prématurée. En outre, le soutien aux aidants reste encore très peu développé. Pareille situation n'est pas conforme à l'objectif de maintenir les personnes dans leur milieu de vie, qui est préconisé par le ministère.
- 6.62** Somme toute, l'absence de critères de priorité provinciaux amène chacun des CLSC à établir ses propres critères et peut expliquer ainsi la disparité de l'intensité des services offerts entre les différents territoires d'une même région ainsi qu'entre les régions.
- 6.63** **Nous avons recommandé au ministère de prendre les mesures nécessaires en vue de s'assurer que la nature et l'intensité des services offerts par les CLSC répondent équitablement aux besoins de la clientèle.**

Disparités de l'intensité des services offerts entre les différents territoires d'une même région ainsi qu'entre les régions.



Délais d'attente

- 6.64** Lorsqu'une personne a été déclarée admissible à recevoir des services à domicile, il peut s'écouler un certain délai avant qu'elle les reçoive, et ce, sans que l'intensité des services, souvent réduite, n'entre en ligne de compte. En effet, à la suite du virage ambulatoire, nos travaux indiquent que les CLSC ont de la difficulté à répondre aux nouvelles demandes de services. Dans ce contexte, les professionnels sont appelés à établir des priorités d'accès selon le jugement qu'ils portent sur l'urgence de la situation et le degré de soutien des proches aidants, ce qui a des effets sur les délais d'attente pour l'obtention des services.
- 6.65** Par exemple, en physiothérapie, les délais d'attente pour les cas non urgents sont de un mois dans un établissement visité, mais vont jusqu'à 12 mois dans un autre. En ergothérapie, ils varient de un à 24 mois. Par conséquent, la condition des patients concernés peut se détériorer à tel point que ces derniers doivent recourir à l'urgence ou refaire une demande au CLSC. Dans ces deux cas, les dossiers feront l'objet d'une nouvelle évaluation visant à établir leur priorité. D'ailleurs, de longs délais d'attente amènent certains patients à recourir à des services professionnels privés, même s'ils doivent en couvrir les frais.
- 6.66** À cet égard, la régie régionale doit favoriser la mise en place de mécanismes visant à assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers des CLSC. Par ailleurs, il n'existe aucune balise dans le réseau de la santé et des services sociaux qui permettrait de préciser ce qu'est un délai d'attente acceptable, et ce, pour différents profils d'incapacité qui découleraient d'un processus d'évaluation standard.
- 6.67** De plus, bien que l'existence de délais d'attente soit reconnue pour les différents types de services à domicile, aucun des CLSC visités ne documente uniformément ces délais. Nous avons constaté qu'il n'existe aucune norme, sur les plans tant régional que provincial, afin de colliger et de gérer uniformément les données sur l'attente. Certains CLSC utilisent le Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (SIC) pour générer des listes mais, généralement, elles sont plutôt compilées manuellement. Notons que le SIC a, entre autres, pour objet de soutenir les acteurs et les gestionnaires de CLSC par une collecte uniforme de données sur les clientèles et les services offerts et de rendre compte de leurs activités auprès des régies régionales et du ministère. Au surplus, nous détectons un manque de rigueur dans la compilation de ces listes.
- 6.68** En bout de ligne, ni le ministère ni les régies régionales n'ont une description de la situation relative aux délais d'attente des services offerts à domicile par type de clientèle.
- 6.69** **Nous avons recommandé au ministère d'établir des normes selon des profils d'incapacité découlant d'un processus d'évaluation standard quant aux délais d'attente concernant les divers services à domicile et d'en assurer l'application.**

**Aucune norme
pour colliger
et gérer uniformément
les données sur l'attente.**



- 6.70** Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de recueillir et de compiler uniformément les données sur les délais d'attente, par profil d'incapacité et par type de services offerts, en vue d'exercer un suivi plus rigoureux.

Continuité et complémentarité

Plan d'organisation des services

Pas de plan régional pour coordonner les services à domicile.

- 6.71** Le plan stratégique du ministère concernant la période 2001-2004 mise sur les réseaux de services intégrés afin de mieux assurer la continuité des services et leur complémentarité. Le recours à ces réseaux implique cependant que les régies régionales aient des plans d'organisation des services à domicile pour la population d'un territoire desservi par un CLSC ou d'une municipalité régionale de comté. Le nombre important d'acteurs mis à contribution pour rendre les services à domicile nécessite la présence d'orientations bien définies et exige une organisation des services coordonnée, des responsabilités et des rôles clairs, compris et acceptés, de même que des outils et des moyens facilitant leurs échanges. D'ailleurs, dans ses *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, le ministère considère les réseaux intégrés de services comme le fondement organisationnel pour la dispensation de ces services.
- 6.72** Aucune des régies régionales visitées n'a établi de plan régional d'organisation visant à coordonner les services à domicile. Nous avons constaté un manque de coordination entre les acteurs, ce qui rend difficile l'orientation interétablissements de la clientèle, les suivis médicaux à domicile et la circulation de l'information.
- 6.73** De façon générale, le manque d'organisation et de coordination régionale a des conséquences sur la dispensation des services. En ce sens, nous avons observé que les CLSC visités ont dû, pour compenser, établir eux-mêmes des ententes particulières avec les CHSGS que fréquente leur clientèle. En outre, certains services sont offerts en double par les établissements, ce qui n'assure pas la continuité. Effectivement, dans une région, les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique sont suivis à la fois par l'infirmière du CLSC et par celle du centre régional spécialisé pour ce problème de santé. Des professionnels et des gestionnaires nous ont souligné qu'il y a un problème important en ce qui concerne l'uniformisation des pratiques et des équipements utilisés par les établissements, tels que les pompes pour l'oxygénothérapie. En effet, les CHSGS et les CLSC d'une région visitée n'utilisent pas tous le même type de pompe; ainsi, il est possible qu'un patient ayant reçu son congé de l'hôpital ne trouve pas de fournitures appropriées au CLSC pour le fonctionnement de sa pompe. Tous ces éléments entraînent des coûts pour le réseau.



- 6.74** En vue d'arrimer les services entre les CLSC et les CHSGS, les régies régionales et les établissements visités ont entrepris des efforts de coordination en établissant notamment des tables de concertation, des protocoles d'entente ou des modalités pour faciliter le congé de l'hôpital de patients transférés aux CLSC, qui complètent les traitements à domicile.
- 6.75** D'une part, les CLSC visités s'attendent à des services de liaison bien définis, à une planification des congés bien orchestrée et à une disponibilité des médecins traitants. Nos travaux démontrent toutefois que :
- Malgré les efforts pour arrimer les services des CHSGS et ceux des CLSC en vue d'assurer la continuité des soins aux patients, l'information requise, comme la fréquence et le dosage des traitements prescrits pour la prise en charge à domicile d'un patient à la suite de son congé de l'hôpital, n'est pas toujours transmise. Par contre, dans une des régions visitées, l'implantation d'un formulaire de transfert d'information par courrier électronique a amélioré la qualité de l'information transmise aux CLSC. Cependant, ce ne sont pas tous les CHSGS qui ont mis sur pied des services de liaison centralisés pour planifier les congés des patients.
 - Les intervenants travaillant dans les CHSGS manquent parfois de connaissances au sujet du rôle des CLSC. Ainsi, des patients sont hébergés prématurément à la suite d'indications fournies par l'hôpital. Ces derniers et leurs proches, ayant amorcé une réflexion à propos de l'hébergement, acceptent difficilement de changer d'optique, même si les CLSC les informent de la possibilité, pour le patient, de demeurer à domicile.
 - Il y a un manque d'information pour assurer le suivi systématique des clientèles. En effet, des CLSC ne reçoivent pas d'information sur leurs clients après que ces derniers se sont présentés à l'urgence d'un CHSGS, et ce, bien qu'une des régions visitées ait instauré un protocole d'entente pour certaines clientèles, qui engage les CHSGS à informer les CLSC quand le patient consulte leur établissement. Pareille lacune empêche les CLSC d'accomplir un suivi adéquat de leurs patients et d'agir de manière préventive.
- 6.76** D'autre part, les représentants des CHSGS visités, eux, comptent sur un service d'accueil accessible et fonctionnel, une prise en charge rapide de la clientèle qui a été dirigée vers les CLSC et une rétroaction de la part des professionnels œuvrant dans ces CLSC. D'ailleurs, les CHSGS ont la responsabilité d'offrir des services dans leur établissement et ils doivent s'assurer qu'il n'y a pas de rupture entre ces services et ceux offerts dans la communauté. Il leur faut donc de bons moyens de communication les assurant que l'information pertinente sur les patients traités dans leur établissement circule et que leurs activités s'articulent bien avec celles des autres acteurs du réseau. Plusieurs CHSGS ont centralisé leur fonction de liaison, ce qui facilite le travail de l'infirmier ou de l'infirmière ayant comme rôle de faire le lien avec les CLSC lors du transfert d'un patient.



- 6.77** En ce qui concerne les CHSGS, nous constatons que :
- Pour les infirmiers ou infirmières de liaison, la planification du congé de l'hôpital du patient et le transfert d'information sont exigeants. Un de leurs rôles est d'adapter le moment de la sortie du patient à la capacité des CLSC de le prendre en charge, laquelle est variable d'un territoire à l'autre; dans certains cas, le personnel de liaison doit négocier avec près de 45 CLSC différents. En ce sens, il devient essentiel que l'accueil aux CLSC soit centralisé, ce qui n'est pas le cas de tous ces établissements.
 - Des CLSC ne peuvent pas offrir une prise en charge rapide, tandis que d'autres fixent, pour ce qui est des soins infirmiers, un nombre maximal de visites, lequel varie de un à quatre par jour. Ainsi, le congé de l'hôpital d'un patient est compromis, voire même impossible, sur certains territoires lorsque son cas requiert l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse quatre fois par jour.
- 6.78** Somme toute, malgré les efforts déployés, les régions régionales visitées reconnaissent qu'il y a lieu de mieux arrimer les services offerts à la population entre les CHSGS et les CLSC. Il s'avère donc nécessaire d'entreprendre des travaux d'évaluation ainsi que de mise à jour des protocoles d'entente entre les établissements.
- 6.79** De surcroît, comme il n'y a pas de plan régional d'organisation des services à domicile, les rôles et les responsabilités des multiples acteurs offrant ces services, notamment le rôle des centres de réadaptation, ne sont pas clairement définis. De même, la relation de complémentarité entre les centres de réadaptation et les CLSC n'est pas claire. Les centres de réadaptation fournissent, entre autres, des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation afin que les personnes puissent récupérer. Ces services peuvent être rendus à l'intérieur du centre ou à domicile. Quant aux services à domicile offerts par les CLSC, ils doivent inclure des services généraux de réadaptation dans le but de maintenir les capacités physiques ou mentales des clients.
- 6.80** De fait, la démarcation entre les services des centres de réadaptation et ceux des CLSC n'est pas du tout évidente. À part l'enseignement des exercices aux patients et à leurs proches par les techniciens ou les techniciennes en réadaptation ou les physiothérapeutes, peu de services de physiothérapie sont offerts à domicile. Les proches aidants ou les auxiliaires familiales sont souvent les seules personnes qui peuvent aider les patients à faire leurs exercices à domicile.
- 6.81** De plus, dans une des régions visitées, le CLSC ne peut diriger un patient vers un centre de réadaptation que dans la mesure où son cas requiert un ensemble de services. En effet, le transfert d'un patient dont le cas nécessite uniquement des services de réadaptation et d'adaptation est souvent refusé dans les centres. Une telle fragmentation des services de réadaptation et d'adaptation est loin d'une vision intégrée des services.



- 6.82** Nous avons recommandé aux régies régionales d'établir des plans d'organisation pour les services à domicile en conformité avec les énoncés de politique du ministère, qui prévoient des mécanismes de coordination favorisant une plus grande intégration des services, et d'en faire le suivi.
- 6.83** Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de définir les rôles et les responsabilités de tous les acteurs impliqués dans la prestation des services à domicile, notamment en ce qui concerne les centres de réadaptation.

Aides techniques

- 6.84** La gestion des aides techniques, qui permettent de compenser diverses pertes d'autonomie et, ainsi, de maintenir les personnes dans leur milieu de vie, constitue un bel exemple illustrant les conséquences d'un manque de coordination. Nous avons recensé plus de 20 programmes d'aides techniques différents, qui s'adressent aux personnes en perte d'autonomie. Ces programmes sont principalement financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la RAMQ, la Société d'habitation du Québec, l'Office municipal d'habitation et la Société d'assurance automobile du Québec. De plus, ces ministères et organismes ont plusieurs mandataires pour la gestion des programmes.
- 6.85** Il en résulte une lourdeur administrative qui rend problématique l'accès à ces programmes. Les ergothérapeutes œuvrant dans les CLSC peuvent consacrer jusqu'à 80 p. cent de leur temps à des démarches administratives et n'allouer qu'une journée par semaine à leur rôle auprès de la clientèle. Certains ergothérapeutes renoncent à documenter les demandes lorsqu'ils jugent que le coût des démarches administratives est supérieur au coût de l'équipement et suggèrent à leurs patients de payer cet équipement. De plus, en règle générale, ces programmes ne permettent pas le remboursement des équipements aux personnes jugées admissibles qui ont décidé de les acheter pour éviter des délais, et ce, même si ces derniers peuvent atteindre plus de deux ans.
- 6.86** Nous avons recommandé au ministère de simplifier, en concertation avec les autres acteurs, les démarches administratives des programmes d'aides techniques.

Suivi médical à domicile

- 6.87** Depuis 1998, la *Loi sur la santé et les services sociaux* précise que l'organisation médicale d'un territoire est sous la responsabilité du Département régional de médecine générale. Ce dernier a le mandat régional de s'assurer que les services médicaux nécessaires sur un territoire donné sont organisés de façon à servir toutes les clientèles. Lors de nos visites dans les régies régionales, nous avons noté que les départements régionaux de médecine générale n'en sont encore qu'à leurs balbutiements; en effet, ils n'ont tout au plus que six mois d'existence.



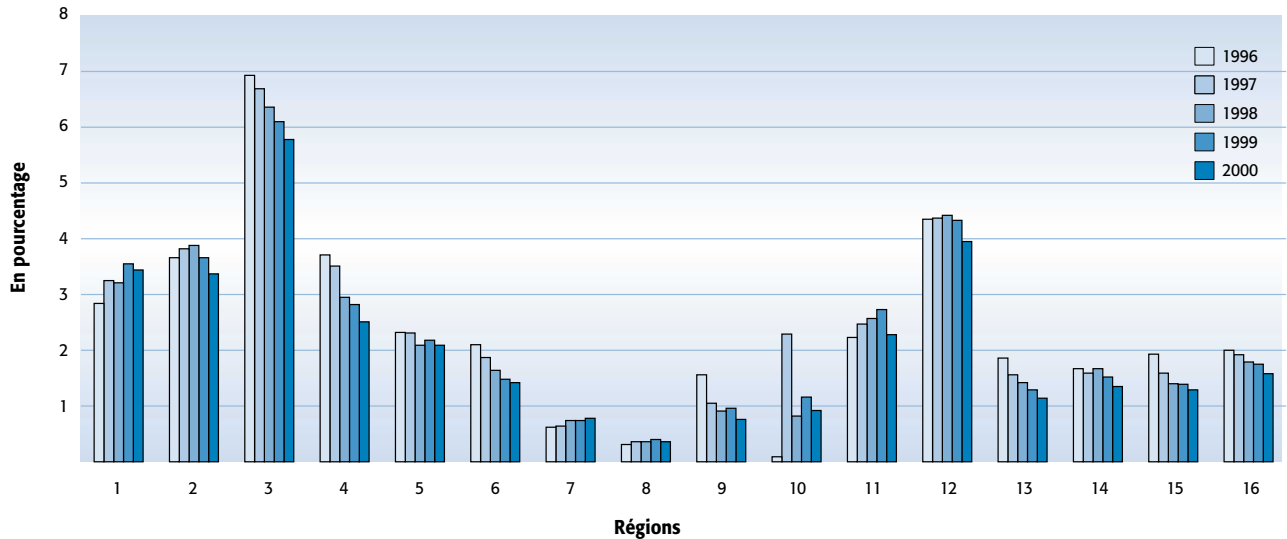
Le suivi médical est un des points faibles des services à domicile.

- 6.88** D'après nos observations, le suivi médical est un des points faibles des services à domicile. L'insuffisance d'effectifs médicaux dans les CLSC, la difficulté à trouver un médecin traitant ainsi que la diminution du taux de visites à domicile des omnipraticiens depuis quelques années dénotent un manque flagrant de prise en charge médicale. D'ailleurs, dans une des régions visitées, un projet pilote sur un réseau intégré de services à domicile pour les personnes âgées a été mis sur pied depuis quelques années. La présentation du bilan de ce projet a permis de faire ressortir certains constats, dont un est particulièrement lourd de conséquences: l'implication des médecins auprès de la clientèle est presque inexistante. Un des problèmes engendrés par cette quasi-absence est la difficulté, pour les professionnels des CLSC, à régler certaines situations de crise qui se présentent lors de visites à domicile, ce qui les oblige à recourir à l'urgence. De plus, ils ont des difficultés à se procurer les documents médicaux nécessaires pour l'acquisition d'aides techniques, à faire réviser par les médecins les ordonnances de médicaments, particulièrement pour les personnes dont le cas nécessite des soins palliatifs, et à obtenir des précisions sur les problèmes de santé des patients transférés des CHSGS.
- 6.89** Pourtant, en 1997, le Collège des médecins précisait les responsabilités dévolues au médecin traitant. Ce dernier est celui qui est reconnu comme le responsable de la période de traitement, jusqu'à ce qu'il indique au patient que son traitement est complété ou encore qu'il le dirige vers un autre médecin qui accepte de le prendre en charge. Le Collège rappelait aussi que le fait de donner à un patient son congé de l'hôpital ne signifie pas que les traitements sont terminés. En effet, le médecin traitant demeure toujours responsable de son patient, et ce, même si celui-ci est suivi à domicile, tant qu'il n'est pas pris en charge par un nouveau médecin. Il est important de souligner que cette notion de médecin traitant vaut également pour la pratique médicale en clinique privée.
- 6.90** Le suivi médical se fait principalement dans les cliniques externes d'un CHSGS ou les cliniques privées. De fait, pour l'année 2000, 22 p. cent des omnipraticiens rémunérés à l'acte ont fait de une à 15 visites à domicile, alors que 49 p. cent n'en ont fait aucune. Notons qu'aucune information concernant la pratique à domicile des médecins rémunérés à salaire en CLSC n'est disponible à l'échelle provinciale ou régionale. Pourtant, le virage ambulatoire nécessite une grande implication des médecins à domicile.
- 6.91** Comme on peut le voir par le graphique 1, les médecins sont de moins en moins présents à domicile. En fait, depuis 1996, le taux de visites à domicile réalisées par les omnipraticiens diminue constamment dans la presque totalité des régions du Québec. Par conséquent, des patients sont obligés de se déplacer, même s'ils ont des incapacités. En outre, ce graphique fait clairement ressortir les disparités régionales relativement aux visites à domicile des médecins rémunérés à l'acte.



GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DU TAUX DE VISITES À DOMICILE DES MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE



Source : Données de la RAMQ.

- 6.92** Les médecins, quant à eux, pointent les obstacles qui les empêchent d'exercer un suivi adéquat à domicile : une mauvaise hiérarchisation des soins entre les spécialistes et les omnipraticiens, un manque de soutien technique, comme l'absence de services de prélèvements de base et de laboratoire disponibles à tout moment, l'insécurité vécue par la pratique non structurée lors des visites à domicile ainsi qu'un mode de rémunération non approprié.
- 6.93** Au surplus, dans la région éloignée visitée, le manque d'effectifs médicaux et l'étendue du territoire sont d'autres éléments qui permettent d'expliquer l'insuffisance du suivi médical à domicile. Ainsi, on estime que les patients qui se présentent aux CLSC passent en priorité. Étant donné qu'on ne peut répondre à la demande, il apparaît difficile de consacrer du temps aux services à domicile.
- 6.94** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de prendre des mesures concrètes en vue d'améliorer le suivi médical auprès des clientèles à domicile.**

Besoins des proches aidants

Les proches aidants fournissent environ 75 p. cent de l'aide requise.

- 6.95** L'engagement des proches aidants reste à préciser en ce qui concerne les services de santé ou les services sociaux offerts à domicile, bien que ces aidants pourvoient aux services d'aide à domicile dans une large mesure. Des études ont établi que les proches aidants fournissent environ 75 p. cent de l'aide requise. Leur apport, pour ce qui est de l'aide à domicile, est évalué au Québec à 4 milliards de dollars par année. Près de 70 p. cent des proches aidants sont des femmes dont plus de



la moitié dépassent la soixantaine. Impliquées en moyenne neuf ans auprès d'un patient, ces personnes assument les tâches d'aide domestique et d'assistance personnelle. Elles sont aussi sollicitées pour aider le patient à faire ses exercices de réadaptation ou pour accomplir des soins infirmiers. D'autre part, les proches aidants sont souvent réticents à demander de l'aide au CLSC pour les soutenir. Puisque les CLSC ne répondent qu'aux demandes qui ont été formulées, ils bénéficient de peu d'appui. Plusieurs s'épuisent et deviennent, eux aussi, des clients du système de santé.

- 6.96** En outre, nous avons constaté que l'offre et la durée des services de soutien aux proches aidants varient d'une région à l'autre et même d'un territoire à l'autre. Dans un CLSC, le gardiennage était assuré par les auxiliaires familiales et sociales; dans un autre, le CLSC accordait un montant aux proches aidants qui devaient engager quelqu'un à 5 dollars l'heure; dans un troisième, l'aidant devait organiser ce service par lui-même et à ses frais.
- 6.97** Compte tenu du fait que les CLSC se placent en dernier recours, plusieurs proches aidants sont amenés à poser des gestes de soins de santé qui peuvent être une source de stress pour eux. Leur collaboration est tenue pour acquise. À titre d'exemple, une proche aidante nous a indiqué que le CLSC avait considéré que, parce que c'était la période des fêtes, elle serait plus souvent présente et pourrait accomplir davantage de tâches. Semblable situation va à l'encontre des orientations du ministère, qui précisent que la participation des proches aidants doit se faire sur une base volontaire.
- 6.98** Les proches aidants sont donc considérés comme du personnel d'appoint non rémunéré du réseau de la santé et des services sociaux, alors qu'ils désirent en être des partenaires sur une base volontaire ou du moins qu'on reconnaisse leurs besoins. C'est pourquoi, lorsqu'ils désirent aider leur proche, ils souhaitent prendre part à l'évaluation de ses besoins, participer à l'élaboration du plan d'intervention et obtenir une évaluation de leurs propres besoins. À cet effet, notre examen des dossiers montre que, dans seulement 17 p. cent des cas examinés, le CLSC a tenu compte des besoins des proches aidants. De surcroît, il n'existe aucun outil provincial ou régional permettant une telle évaluation.
- 6.99** Le cadre de référence ministériel de 1994 sur les services à domicile spécifie que l'on doit accorder de l'importance à la capacité de l'entourage et du milieu à répondre aux besoins de services tout en considérant la disponibilité réelle et le fardeau des proches aidants. L'estimation du soutien disponible doit se faire en ayant à l'esprit les préoccupations suivantes : prévenir l'épuisement des proches, intervenir précocement et susciter la collaboration. En pratique, il n'existe aucune balise précisant le type de soutien qui peut être demandé aux proches aidants ni les limites à cette demande.
- 6.100** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de s'assurer que les besoins des proches aidants sont évalués et qu'on leur apporte le soutien nécessaire.**



Planification et suivi

Gestion de cas et plan d'intervention

Le rôle de coordonnateur des services à domicile du CLSC est peu reconnu par les autres acteurs du réseau.

- 6.101** Les CLSC doivent entre autres s'assurer que les services requis sont offerts. Une façon d'y arriver est le suivi systématique des clientèles. La grande diversité des services offerts a amené des régies régionales et certains CLSC à désigner des gestionnaires de cas et à implanter des systèmes de suivi systématique pour des clientèles ciblées. Ce gestionnaire est chargé de coordonner les services reçus par l'utilisateur et de favoriser le maintien de l'autonomie de la personne. Dans son rapport, la commission Clair décrit la gestion de cas comme un outil essentiel pour coordonner et intégrer les services. En effet, la présence d'un gestionnaire de cas facilite la coordination des services puisque cette personne devient le principal interlocuteur de l'utilisateur.
- 6.102** Nos travaux démontrent que le rôle de coordonnateur des services à domicile du CLSC est peu reconnu par les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. D'ailleurs, nous avons été étonnés de l'absence d'information relative à cette fonction. Le SIC ne compile aucune donnée à cet égard ni au sujet du temps consacré à la gestion de cas.
- 6.103** Pour ce qui est des dossiers à long terme, un plan d'intervention permet d'assurer la coordination multidisciplinaire des services dispensés à l'utilisateur par un même établissement. Par ce plan, on détermine les besoins, la période prévue de prestation des services, les objectifs poursuivis ainsi que les moyens à prendre pour les atteindre. Lorsque plusieurs établissements ou dispensateurs offrent des services à un même client, on établit alors un plan de services individualisé.
- 6.104** L'analyse des dossiers a révélé que l'utilisation de plans d'intervention n'est pas très répandue : ceux-ci sont absents dans plus de 60 p. cent des dossiers. Au surplus, il y a peu de suivi quant à l'atteinte des objectifs mentionnés dans les plans et plusieurs d'entre eux n'ont pas fait l'objet d'une réévaluation, et ce, même s'ils dataient de plus d'un an.
- 6.105** En ce qui concerne les plans de services individualisés, nous n'en avons retracé aucun lors de l'examen des 178 dossiers. Pourtant, les CLSC ont fréquemment recours à des services externes ou travaillent conjointement avec les autres établissements du réseau. Puisque les CLSC ont peu d'outils d'intégration, il devient difficile pour eux d'exercer le suivi rattaché à leur rôle de coordonnateur.
- 6.106** Sur le terrain, le suivi à long terme des clientèles est souvent laissé pour compte. Les visites sont espacées ou reportées. Par exemple, des suivis de la tension artérielle ou des injections mensuelles de vitamine B12 peuvent être remis de quelques jours ou de quelques semaines. De plus, la fréquence des suivis psychosociaux est inadéquate. Les clientèles requérant des services à long terme pâtissent de l'augmentation des personnes ayant besoin de services à domicile à court terme. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, il y a eu un



accroissement du volume des services à la suite du virage ambulatoire; elle affirme aussi que «les CLSC ont dû répondre en premier aux besoins des personnes convalescentes et posthospitalisées au détriment des besoins à plus long terme des personnes âgées et handicapées».

6.107 Par surcroît, un CLSC visité n'a pas offert de services d'aide à domicile pour les nouvelles demandes en provenance de la communauté, et ce, pendant une période de plus de 10 mois. Un autre CLSC nous a indiqué qu'il a dû annuler des rendez-vous prévus avec un infirmier ou une infirmière entre le 15 juin et le 15 septembre 2000. Lorsque les membres de son équipe ont repris leurs visites, ils ont constaté que leur absence avait eu des conséquences déplorables sur les conditions de vie de leurs clients.

6.108 **Nous avons recommandé aux régies régionales**

- **de mettre en place des mécanismes pour améliorer la gestion de cas et le suivi systématique des clientèles ainsi que d'en mesurer l'efficacité;**
- **d'évaluer de quelle manière les CLSC s'acquittent de leur responsabilité de coordonnateur des services à domicile.**

Contrôle de la qualité des services

6.109 Les personnes qui reçoivent des services à domicile doivent avoir des services de qualité tant de la part des CLSC que de celle des autres ressources du réseau. Pour cela, des mécanismes de contrôle de la qualité doivent être implantés, et ce, dans l'ensemble des territoires des régions. Ces mécanismes doivent s'appliquer aux services rendus, que ce soit par le CLSC lui-même ou par les dispensateurs désignés par celui-ci.

6.110 En tant que responsables de l'organisation des services dans leur région, les régies régionales ont un rôle à jouer en matière de qualité des services. En l'absence de mécanismes régionaux de contrôle de la qualité, les suivis actuels des CLSC ne permettent pas à ces derniers de s'assurer suffisamment de la qualité de leurs services ou de ceux des ressources externes auxquelles ils ont recours.

6.111 De plus, dans les CLSC visités, l'évaluation du personnel n'est pas une pratique répandue. Ainsi, plusieurs professionnels ont dit souhaiter un encadrement accru de la part de la direction. Certains CLSC ne comptent pas parmi leur personnel une infirmière clinicienne responsable de l'apprentissage de nouvelles techniques, de la transmission de l'information aux membres de l'équipe et du suivi des protocoles de soins cliniques.

6.112 Le réseau de la santé et des services sociaux s'est pourvu d'un système régissant la délégation des actes posés par les professionnels; en plus d'assurer l'encadrement du personnel, ce système vise à garantir leur compétence. Toutefois, ce système ne fonctionne qu'à l'intérieur des établissements. En effet, plusieurs actes professionnels réservés aux infirmiers et aux infirmières, tels



**Pas de formation
aux proches aidants
et pas de suivi de leur acte.**

l'injection de médicaments ou le changement de pansements, sont effectués de façon informelle par des proches aidants. De plus en plus, on demande aux proches aidants de devenir des soignants et on les sollicite pour des actes qui, en milieu institutionnel, sont réservés aux infirmières. Pourtant, les auxiliaires familiales et sociales des CLSC, qui possèdent une formation de plusieurs centaines d'heures, ne peuvent être déléguées pour poser ces actes.

- 6.113** Il n'existe pas de balises qui précisent ce qui peut être enseigné aux proches aidants et la façon de faire le suivi des actes posés. Rien n'encadre la manière d'évaluer la capacité de la personne à assumer les tâches; on laisse cela au jugement du professionnel. Plus préoccupant encore, il semble y avoir un vide juridique concernant la responsabilité légale qui incombe au professionnel qui fait l'enseignement et aux proches aidants qui posent les gestes. Une récente étude indique qu'une bonne partie des soins que l'on demande aux proches aidants de prodiguer peuvent entraîner des risques pour la santé du patient s'ils sont donnés incorrectement.
- 6.114** Le recours aux travailleurs sous contrats de gré à gré peut également amener des problèmes quant aux actes réservés. Certains professionnels nous ont confié qu'à l'occasion ils peuvent attribuer une subvention au patient afin que celui-ci engage un travailleur pour la prestation d'actes que les auxiliaires familiales et sociales ne peuvent accomplir.
- 6.115** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales d'établir des mécanismes de contrôle de la qualité des actes posés, notamment par les proches aidants, et de s'assurer que les CLSC, en tant que coordonnateurs des services à domicile, les appliquent.**

Allocation des ressources

Financement des services

- 6.116** L'allocation des ressources vise à répartir équitablement entre les régions ou entre les divers territoires d'une région une enveloppe budgétaire préétablie en fonction de la population et de ses caractéristiques sociosanitaires.
- 6.117** Dans nos rapports de vérification de l'optimisation des ressources précédents, nous avons souligné que, malgré les exigences de la loi quant à une répartition équitable à ce chapitre, les choix budgétaires du ministère ne reposaient pas sur une évaluation rigoureuse des besoins. Ce processus consistait plutôt en la reconduction des budgets d'année en année, une pratique qui ne permet pas d'améliorer l'équité entre les régions. En conséquence, nous avons recommandé au ministère de répartir les fonds en fonction des besoins de la population.
- 6.118** Ainsi, dans le contexte d'une répartition équitable des ressources, il ne devrait pas y avoir de disparités importantes entre les régions en ce qui a trait aux ressources allouées et aux services offerts à domicile (nature et intensité), puisqu'il s'agit de services de base. Soulignons que les services à domicile représentent près de 48 p. cent du budget des CLSC.



6.119 Le tableau 3 présente la richesse relative de chacune des régions quant aux dépenses liées à la prestation de services à domicile, ce qui inclut les subventions accordées aux organismes communautaires pour chaque type de clientèle, et fait ressortir les disparités entre les régions. En règle générale, il y a également des disparités si on compare les territoires de chacun des CLSC d'une même région.

TABLEAU 3

DÉPENSES LIÉES À LA PRESTATION DES SERVICES À DOMICILE PAR HABITANT ET PAR RÉGION
POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE 1999-2000 (en dollars)

Régions	Déficiance physique	Déficiance intellectuelle	Personnes âgées	Santé mentale	Santé physique	Toutes clientèles
01 Bas-Saint-Laurent	25,00	2,24	60,57	0,87	16,75	105,43
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	23,36	3,42	29,14	1,31	18,53	75,76
03 Québec	15,40	1,61	35,25	0,67	19,65	72,58
04 Mauricie et Centre-du-Québec	17,87	1,76	35,90	0,41	15,58	71,52
05 Estrie	24,73	1,74	33,59	1,35	14,54	75,95
06 Montréal-Centre	14,98	3,43	47,90	0,73	14,63	81,67
07 Outaouais	19,57	3,51	34,37	1,52	20,56	79,53
08 Abitibi-Témiscamingue	18,87	5,22	47,71	2,03	12,03	85,86
09 Côte-Nord	24,28	3,77	31,20	1,13	10,97	71,35
10 Baie-James (Nord-du-Québec)	10,17	2,13	39,30	3,01	20,66	75,27
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	38,94	2,74	56,39	1,00	14,78	113,85
12 Chaudière-Appalaches	12,69	2,56	31,97	0,35	17,88	65,45
13 Laval	8,55	2,51	30,93	1,01	10,21	53,21
14 Lanaudière	14,97	1,93	18,35	0,50	8,38	44,13
15 Laurentides	9,96	0,90	23,51	0,19	10,55	45,11
16 Montérégie	14,63	2,04	22,70	0,78	13,25	53,40
17 Nunavik	14,75	1,10	44,44	1,04	11,05	72,38
18 Baie-James (Conseil cri)	20,35	1,51	74,60	2,01	18,86	117,33
Moyenne du Québec	16,15	2,51	35,10	0,79	14,64	69,19

Source : Données du MSSS sur le contour financier des services à domicile.

6.120 Pour expliquer ces disparités, il faut remonter aux budgets initiaux alloués à chacun des CLSC lors de leur création. Le réseau des CLSC a nécessité plusieurs années pour se développer et les ressources disponibles pour implanter les CLSC ont fluctué au cours de cette période.

Reconduire le budget de l'année précédente n'incite pas à améliorer la performance.

6.121 Le mode d'allocation des ressources, basé sur une reconduction et une indexation du budget de l'année précédente, n'incite pas les établissements à améliorer leur performance ou à offrir plus de services, car la manière dont sont déterminés les budgets annuels n'est pas en lien direct avec le nombre de clients desservis. Les budgets de l'année financière 2001-2002 ont été attribués aux CLSC sans



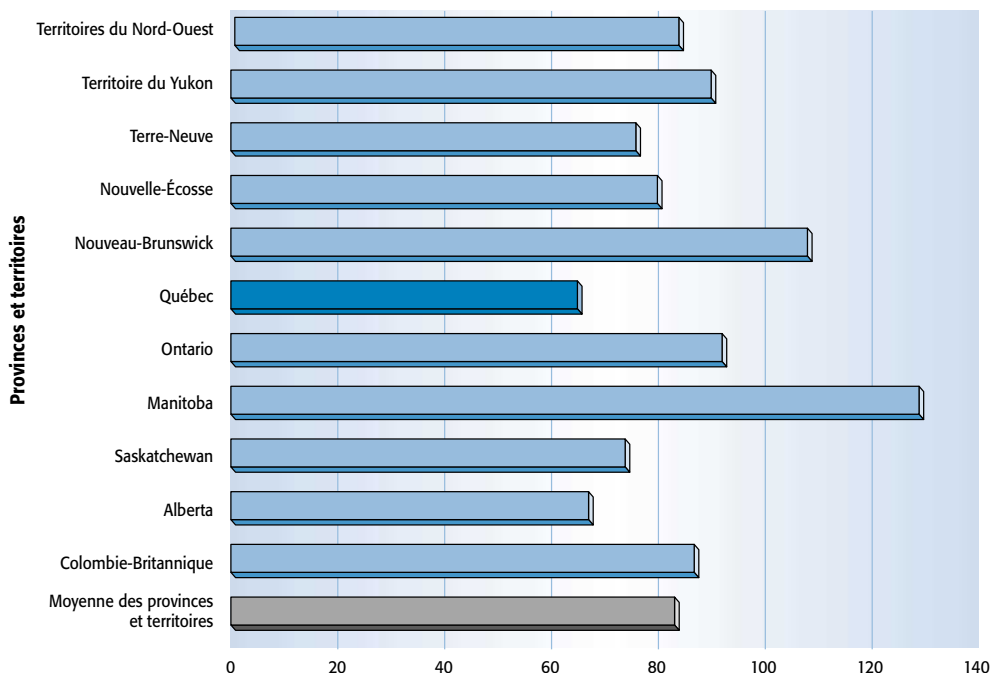
connaître le nombre de clients qui ont eu recours à ceux-ci au cours des deux dernières années financières. Ainsi, il est évident qu'aucune mesure de l'efficacité ou de l'efficacité basée sur des indicateurs de résultats ne permet de soutenir le processus de l'allocation des ressources.

- 6.122** Nous avons constaté qu'il n'y a pas de suivi budgétaire cohérent entre le ministère, les régies régionales et les établissements, notamment en ce qui a trait à l'allocation de ressources à des fins précises ainsi qu'à l'utilisation qui en est faite.   titre d'exemple, le ministère a accord e 30 millions de dollars additionnels pour bonifier les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les régies régionales ont propos e au ministère leur scénario de répartition intrarégionale entre établissements. Faute de suivi appropri e et étant structur es pour desservir tous les types de clientèles, les CLSC pourraient utiliser ce supplément de ressources pour desservir l'ensemble de la clientèle des services à domicile et non exclusivement les personnes âgées en perte d'autonomie.
- 6.123** Les programmes concernant le maintien à domicile, qui ont été transf er es de l'Office des personnes handicapées du Québec au réseau de la santé et des services sociaux, constituent un autre exemple du manque de suivi budgétaire. Le ministère et les régies régionales ne s'assurent pas que les montants accord es en vertu de ces programmes sont utilisés aux fins prévues. Ils reconduisent les budgets d'année en année, sans s'assurer que sont considérées les heures réelles de service, l'assistance financière et les aides techniques requises afin de pouvoir respecter les objectifs poursuivis par le Conseil des ministres.
- 6.124** Par ailleurs, l'indicateur des dépenses par habitant pour l'allocation des ressources ne permet pas à lui seul de savoir si les ressources allouées sont suffisantes, ni de vérifier si on réussit à répondre aux besoins de la population. Lorsque la demande de services est beaucoup plus importante que l'offre et qu'elle s'accroît en même temps que vieillit la population, l'offre détermine les services. Compte tenu du contexte de ressources financières limitées, très peu de gestionnaires ont mentionné qu'il serait utile de faire une collecte de données sur les besoins réels de leur clientèle et de les organiser de façon à motiver une demande budgétaire. En conséquence, l'information sur les besoins en ressources financières des CLSC ne se rend pas jusqu'aux instances gouvernementales. Bref, il devient hasardeux de chercher à quantifier le nombre de ressources nécessaires pour offrir les services.
- 6.125** Plusieurs personnes du réseau de la santé et des services sociaux s'appuient sur une analyse dans laquelle sont comparées les dépenses de services à domicile par habitant de chaque province canadienne pour conclure que le Québec est sous-financ e à ce sujet. Le comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile, qui a été chapeaut e par le ministère, a établi pour chaque province les dépenses par habitant à partir de données relevées auprès des représentants provinciaux (graphique 2). Au Québec, pour augmenter les dépenses par habitant de un dollar, il faut investir annuellement 7,4 millions de dollars.



GRAPHIQUE 2

TOTAL DES DÉPENSES PROVINCIALES OU TERRITORIALES PAR HABITANT
POUR LES SERVICES À DOMICILE POUR L'ANNÉE 1999-2000 (en dollars)



N.B. : Ce graphique comporte des données relevées auprès de représentants provinciaux et fait actuellement l'objet d'une validation par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données ne sont pas disponibles pour l'Île-du-Prince-Édouard.

Source : Comité ministériel pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile.

6.126 Les ajouts de ressources additionnelles ou les compressions sont établis lors des processus de revue de programmes et d'étude des crédits. Le ministre responsable du réseau de la santé et des services sociaux fait les démarches pour obtenir davantage de ressources du gouvernement. Au cours de la période de 1994-1995 à 1999-2000, la part des ressources affectées aux missions CLSC et CHSLD des établissements est passée de 25,8 à 29,1 p. cent, alors que celle des centres hospitaliers diminuait de 54,4 à 52,4 p. cent. Pour cette période, l'incidence du transfert de ressources des centres hospitaliers vers les CLSC et les CHSLD s'est traduit par un montant de quelque 188 millions de dollars, soit 2 p. cent des dépenses. À ce transfert, il s'est ajouté des nouvelles ressources d'environ 122 millions de dollars, soit 1,3 p. cent des dépenses.

**6.127 Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales**

- de répartir entre les régions l'enveloppe budgétaire allouée aux services à domicile en fonction des besoins de la population;
- de mettre en place des mécanismes de suivis budgétaire et financier permettant de mesurer l'atteinte des objectifs poursuivis en ce qui concerne l'organisation des services.

Tarifification des services

- 6.128** Dans son cadre de référence de 1994 sur les services à domicile de première ligne, le ministère spécifie que les services à domicile sont fournis gratuitement. Il précise cependant qu'au principe de la gratuité s'ajoute celui de la neutralité. Ce principe, en vertu duquel les personnes continuent d'assumer, dans la mesure de leurs moyens, les obligations normales liées à une vie autonome et responsable lorsqu'ils reçoivent des services à domicile, concerne surtout à l'aide à domicile. Cependant, toujours selon ce principe, un usager du réseau de la santé et des services sociaux devrait bénéficier des mêmes services, quel que soit le lieu de dispensation.
- 6.129** Actuellement, la couverture de tous les services d'aide à domicile est largement remise en cause, compte tenu de l'augmentation prévisible de la clientèle au cours des prochaines années et des ressources limitées. Sur le terrain, de multiples modalités d'application compliquent une demande d'aide très simple. La prolifération des dispensateurs s'est traduite par des iniquités pour les clientèles, particulièrement en ce qui a trait aux coûts et à l'intensité des services. Par exemple, pour ce qui est des soins palliatifs, les services sont gratuits s'ils sont dispensés par un CLSC ou un CHSGS. Le bénéficiaire doit en payer une partie en fonction de son revenu si le service est offert par une entreprise d'économie sociale ou il peut choisir de prendre en charge les coûts lorsque l'intensité ou les délais d'attente rendent précaire l'accessibilité aux services.
- 6.130** Rappelons que la *Loi canadienne sur la santé* (L.R. 1985, ch. C-6) définit les soins à domicile comme des services complémentaires de santé. Toutefois, ces services ne sont pas inclus dans un régime public d'assurance. Ainsi, les provinces choisissent si elles offrent ou non les services à domicile et, le cas échéant, si elles les financent. À cet égard, la moitié des provinces canadiennes ont opté pour la tarification de certains services d'aide à domicile et en retirent des recettes. Le Québec fait actuellement face à ce choix.
- 6.131** **Nous avons recommandé au ministère de clarifier le principe de gratuité des services à domicile et de régulariser les pratiques en vigueur, le cas échéant.**



Système d'information

Information de gestion et reddition de comptes

- 6.132** En 1999-2000, le ministère a procédé à l'implantation d'une nouvelle version du SIC. L'investissement ministériel pour cette version a été près de 29 millions de dollars, et ce, sans compter les coûts annuels récurrents pour le remplacement et l'entretien des équipements ainsi que pour la formation du personnel.
- 6.133** Malgré ces investissements substantiels, il n'y a toujours pas d'information de gestion disponible à l'échelle provinciale. En effet, il a été impossible de reconstituer les données pour l'année financière 1999-2000, étant donné que le réseau n'a pas mis en place un système parallèle de transition lors de l'implantation. Pour l'année 2000-2001, la compilation et le traitement des données provinciales et régionales ont été confiés à la RAMQ par souci d'économie. Les coûts de mise en place de cette banque provinciale sont de 188 500 dollars. Annuellement, les frais d'exploitation sont évalués à 242 000 dollars.
- 6.134** Cependant, les représentants de la RAMQ nous ont fait part qu'ils sont aux prises avec des difficultés : des établissements ne fournissent pas leurs données et la qualité de l'information n'est pas uniforme puisque la saisie est décentralisée et qu'il faut améliorer la procédure de validation. En juin 2001, les données régionales ou provinciales n'étaient pas disponibles et aucune échéance n'avait été fixée. Les régies régionales prévoient de longs délais et certaines d'entre elles envisagent de constituer en parallèle leurs propres banques de données.
- 6.135** Il semble que l'évaluation des besoins lors de la conception du système ait été déficiente puisque plusieurs acteurs et gestionnaires rencontrés ont mentionné qu'ils ne l'utilisent pas comme outil de travail. Ils considèrent que le système alourdit leur tâche, étant donné qu'ils doivent y faire la saisie de données.
- 6.136** Par ailleurs, le ministère et les régies régionales manquent d'informations pertinentes et fiables pour encadrer et organiser la prestation des services à domicile. Dans ses ententes de gestion triennales avec les régies régionales pour la période de 1999 à 2002, le ministère a défini un seul objectif voulant que les services à domicile rejoignent 38 usagers âgés de plus de 65 ans par 1 000 habitants. Pour pouvoir mesurer l'atteinte de cet objectif, il a établi les indicateurs suivants : les taux d'usagers et d'interventions pour 1 000 personnes selon l'âge par territoire de CLSC. Pour l'année financière 1999-2000, aucun résultat n'a pu être dégagé afin d'en évaluer l'atteinte. En ce qui concerne l'année 2000-2001, les résultats ne sont pas disponibles, étant donné que les étapes de collecte et de validation des données restent à compléter.
- 6.137** De plus, le cadre de référence de 1994 sur les services à domicile énonce les principes entourant la prestation des services à domicile. Par contre, il ne fait nullement mention de la nécessité de faire un suivi de l'application du cadre aux plans tant local et régional que provincial. Ainsi, le ministère et les régies régionales

Manque d'informations pertinentes et fiables pour encadrer et organiser la prestation des services à domicile.



ignorent si les objectifs précisés dans le cadre de référence sont atteints; par exemple, ils ne savent pas si les services à domicile favorisent l'intégration sociale des personnes et permettent de prévenir ou de réduire leur institutionnalisation ou si on a recours aux solutions les mieux adaptées aux besoins des personnes.

6.138 Il en est de même pour le suivi des cadres de référence relatifs aux programmes transférés de l'Office des personnes handicapées du Québec au réseau de la santé et des services sociaux. Afin de favoriser le maintien des personnes handicapées dans leur milieu naturel, plusieurs programmes, qui s'inspiraient de la Politique d'ensemble: « À part ... égale », ont été élaborés. Ainsi, on retrouve un programme relatif aux aides techniques, un autre à propos du transport et de l'hébergement, un au sujet des services intensifs de maintien à domicile et un dernier concernant le soutien à la famille. À cet égard, le ministère n'est pas informé non plus du fait que l'application de ces programmes n'est pas conforme aux règles concernant l'intensité des services, la protection des enveloppes budgétaires et, plus particulièrement, l'accessibilité.

6.139 À titre d'exemple, l'incapacité fonctionnelle d'une personne âgée de plus de 65 ans peut être reconnue par le programme concernant les aides techniques sans l'être par le programme relatif aux services intensifs de maintien à domicile pour les personnes handicapées. Le réseau de la santé et des services sociaux considère la perte d'autonomie reliée à l'âge comme un handicap qui n'est pas couvert par ce dernier programme, discriminant ainsi la clientèle selon l'âge de la personne. Pourtant, le mémoire approuvé par le Conseil des ministres lors du transfert de ce programme stipule que les critères d'admissibilité ne doivent permettre de faire aucune discrimination quant à l'âge, au type de déficience ou au revenu. Ainsi, un nouveau client handicapé de plus de 65 ans se voit offrir des services en vertu du programme de maintien à domicile régulier, dans lequel l'intensité de services est moindre.

*Peu d'objectifs
et d'indicateurs
pour mesurer l'efficacité
des services à domicile.*

6.140 Il y a également des lacunes concernant les suivis exercés par les régies régionales. Celles-ci ont défini peu d'objectifs et d'indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des services à domicile. En effet, dans deux des régions visitées, les régies régionales ont formulé quelques objectifs à ce sujet, mais elles n'ont pas déterminé d'indicateurs permettant de mesurer leur atteinte; elles se sont limitées à commenter des initiatives concernant certains d'entre eux. Enfin, dans la troisième région, on a fixé plusieurs objectifs, mais la plupart n'ont pas d'indicateurs; ceux qui en possèdent se retrouvent dans un tableau de bord, mais souvent les indicateurs retenus ne permettent de mesurer que partiellement l'atteinte de l'objectif. À titre d'exemple, un des objectifs est d'accroître le nombre d'utilisateurs dont le cas requiert entre 1,5 et 2,5 heures de soins et d'aide par jour, même si aucun système ne permet de compiler cette information.

6.141 Enfin, faute d'information suffisante en matière de services à domicile, les rapports annuels produits par le ministère et les régies régionales informent peu le lecteur en ce qui concerne l'efficacité des services à domicile, leurs coûts et la satisfaction de la clientèle.



6.142 Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales

- de prendre des moyens concertés pour produire en temps opportun une information de gestion utile et uniforme, qui permet de suivre l'application des orientations et de mesurer l'atteinte des objectifs se rapportant à la prestation des services à domicile;
- de s'assurer du respect du cadre de référence de 1994 sur les services à domicile et des décisions du Conseil des ministres relatives aux programmes de l'Office des personnes handicapées du Québec;
- de définir des indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs et d'en rendre compte en temps opportun;
- d'améliorer le contenu de leurs rapports annuels en ce qui concerne les services à domicile.

Soutien à la prestation de services

Un soutien administratif insuffisant pour assurer une organisation efficace du travail.

- 6.143** Le fait de soutenir adéquatement tous les intéressés tant sur le plan administratif qu'au regard des activités sur le terrain a une influence certaine sur la prestation des services à domicile. Un soutien administratif de qualité facilite le travail des acteurs et contribue à une organisation efficace du travail. Cependant, le contexte de la rareté des ressources et la priorité donnée à la prestation de services font en sorte que le soutien administratif aux acteurs est souvent déficient. En effet, les régies régionales ont principalement ajouté des budgets pour les services directs à la population.
- 6.144** Peu de normes destinées à faciliter la gestion des services à domicile, notamment pour évaluer la charge de cas des professionnels ou pour documenter l'attente concernant les divers services, ont été mises en place. En fait, le SIC permet seulement de connaître le nombre de cas se rapportant à chaque professionnel. Certains CLSC ont développé des outils manuels pour pallier ces manques.
- 6.145** Au surplus, peu d'outils facilitent la gestion opérationnelle que les infirmières et les auxiliaires familiales et sociales doivent effectuer; par exemple, elles doivent gérer des dossiers concernant des personnes qui demandent un nombre de visites différent de l'une à l'autre. Malgré tous les progrès technologiques dans le domaine de la gestion, la préparation des tournées se fait encore trop souvent manuellement. En effet, le ministère n'a pas élaboré d'outils de planification des visites, qui permettraient une gestion simple et efficace. Dans ce contexte, des patients, notamment ceux qui sont visités moins fréquemment, peuvent être négligés. Nous avons d'ailleurs observé, lors de l'examen des 178 dossiers, que le suivi mensuel d'un patient de 88 ans avait été oublié.
- 6.146** Par ailleurs, dans la région universitaire visitée, on a expérimenté au début des années 1990 un Système d'information pour les services de maintien à domicile (SISMAD), conçu pour rendre possible l'utilisation de la grille d'évaluation des besoins multicientèle et l'élaboration d'un plan d'intervention. Selon une étude de



1997, ce système aurait donné la possibilité d'économiser 12 p. cent des heures travaillées. L'étude indique aussi que le SISMAD offrait un soutien aux intervenants et aux gestionnaires en permettant, entre autres, de diminuer les actes répétitifs, de réduire le nombre d'erreurs, d'avoir une meilleure connaissance des cas en attente et de produire de nombreux rapports avec des données en temps réel.

- 6.147** Toujours selon cette étude, ce système aurait permis également d'étudier les effets du virage ambulatoire sur la demande de services et, notamment, de connaître la nature et l'issue des demandes, de mesurer l'adéquation entre les services requis et les services reçus et de documenter les délais d'attente. Pourtant, le SISMAD a été abandonné malgré un investissement de 3,3 millions de dollars, sans compter les ressources engagées par les CLSC. Pour plusieurs gestionnaires de la régie régionale et de CLSC visités, les raisons de cet abandon demeurent difficiles à comprendre.
- 6.148** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de mettre en place des outils administratifs et opérationnels de gestion, qui favorisent l'efficacité et soutiennent la prestation des services à domicile.**

Suivi des recommandations formulées au ministère en 1993-1994

- 6.149** Au cours de l'année 1993-1994, nous avons effectué une vérification de l'optimisation des ressources portant sur les services de maintien à domicile concernant les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette vérification avait pour but d'évaluer si l'encadrement exercé par le ministère favorisait l'accessibilité de ces services.
- 6.150** Dans le présent chapitre, nous reprenons l'objectif de la vérification effectuée en 1993-1994 en l'appliquant à toutes les clientèles qui bénéficient de services à domicile. Nous sommes donc en mesure de voir si les recommandations formulées à l'époque, afin d'améliorer l'offre de services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie, ont été prises en compte par le réseau de la santé et des services sociaux.
- 6.151** En ce qui concerne le suivi des recommandations, nous avons constaté que celles-ci sont toujours d'actualité. En effet, le MSSS poursuit actuellement des travaux en vue de remédier aux lacunes relevées à l'époque. Le tableau 4 présente le degré d'application de chacune des recommandations et les mesures prises ou à prendre par le MSSS pour améliorer la prestation des services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie dans le réseau de la santé et des services sociaux. Des 11 recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard des services à domicile offerts aux personnes âgées, 2 ont été appliquées, 2 l'ont été partiellement, alors que 7 ne le sont pas encore. Beaucoup d'actions concrètes restent à poser.
- 6.152** Enfin, les travaux du présent mandat de vérification portent sur toutes les clientèles en perte d'autonomie desservies à domicile et abordent dans une perspective globale les constatations de 1993-1994.



TABLEAU 4

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministre	
<p>de déterminer les soins et les services qu'il est en mesure d'offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>(recommandation appliquée)</p>	<p>« Le ministère a publié en mai 1994 le cadre de référence sur les services à domicile de première ligne. Depuis ont été produites et diffusées les <i>Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie</i> (2001) qui précisent les composantes des services devant être offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>« Dans les travaux actuels sur un projet ministériel en matière de services à domicile, les services de base sont regroupés en cinq catégories telles que les soins et services personnels, l'aide à domicile, les services aux proches, le support technique et les centres de jour.</p> <p>« Ces services peuvent être offerts au domicile de la personne, dans la communauté et au pourtour du domicile à toutes les clientèles nécessitant des services de soutien à domicile de même qu'à leurs familles et à leurs proches.</p>
<p>d'établir un outil permettant l'évaluation des besoins en services à domicile.</p> <p>(recommandation non appliquée, car l'outil multiclientèle bonifié n'est toujours pas implanté dans le réseau)</p>	<p>« Actuellement, pour l'évaluation des besoins en services à domicile, l'outil multiclientèle est utilisé dans sept régions. De plus, le ministère a coordonné les travaux d'un comité aviseur sur l'élaboration d'un outil, ce qui a permis d'arriver à un outil d'évaluation intégré. Le ministère s'apprête à donner suite aux mesures du "Rapport 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 ou à domicile" en confirmant au réseau le choix de "l'outil multiclientèle" bonifié.</p> <p>« Une version 2001 de l'outil sera implantée dans tout le réseau sur support papier ou informatique selon le choix des établissements.</p> <p>« Dans le secteur du soutien à domicile, l'outil multiclientèle est déjà connu et utilisé par plusieurs CLSC.</p> <p>« Les travaux concernant la détermination des interventions requises, selon le milieu de vie de l'utilisateur, sont à compléter.</p>
<p>de s'assurer que les crédits attribués aux programmes de maintien à domicile (MAD) et des services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) sont utilisés aux fins prévues et que les informations de gestion reflètent la réalité.</p> <p>(recommandation non appliquée)</p>	<p>« Les travaux liés au SIC et l'outil multiclientèle favoriseront la standardisation des informations de gestion.</p>



TABLEAU 4 (SUITE)

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministère	
<p>d'établir des critères et de s'assurer de l'application uniforme de ceux-ci pour établir la priorité des demandes de services.</p> <p>(recommandation non appliquée)</p>	<p>« Le cadre de référence sur les services à domicile de première ligne de 1994 a amené certaines précisions à cet effet. L'introduction de l'outil multicientèle bonifié, étendu à toutes les régions, devrait aider les équipes de soutien à domicile à identifier le niveau d'urgence de la situation, à établir la priorité en fonction de ce critère et, en conséquence, à favoriser la standardisation des critères d'admissibilité.</p>
<p>de prendre position quant au versement d'une allocation financière directe et de s'assurer, le cas échéant, de la qualité des services dispensés par les personnes embauchées par les personnes en perte d'autonomie.</p> <p>(recommandation partiellement appliquée)</p>	<p>« Allocation directe. Lors de l'adoption du chèque emploi-service comme mécanisme de gestion financière de l'allocation directe pour les services de soutien à domicile, le ministère a pris position en faveur du maintien de cette modalité de services à laquelle on devrait recourir dans certaines conditions et pour des clientèles qui souhaitent recevoir les services grâce à cette modalité et qui ont la capacité d'en assurer la gestion ou, le cas échéant, qui peuvent être assistées.</p> <p>« Qualité des services dispensés par les personnes embauchées par les personnes en perte d'autonomie. Les <i>Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie</i> abordent la "qualité [...] des interventions", peu importe le milieu où est offert le service. Plusieurs éléments, dont la concertation, les réseaux de services intégrés ou la définition de standards de qualité, devraient contribuer à la prestation de services de qualité.</p>
<p>de préciser les rôles des intervenants du réseau afin de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>(recommandation partiellement appliquée, car les rôles de tous les acteurs ne sont pas précisés afin de répondre aux besoins des personnes âgées)</p>	<p>« Les rôles des intervenants des différents établissements sont clairement définis. Par ailleurs, nous avons identifié des différences en termes de communication, de concertation et de complémentarité entre les intervenants. À cet effet, les <i>Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie</i> préconisent la mise en place de réseaux de services intégrés, dont l'une des composantes est la désignation de gestionnaires de cas qui auront à accompagner la personne âgée et à s'assurer que les rôles des différents intervenants gravitant autour de cette personne soient clairs et compris par toutes les parties concernées.</p>



TABLEAU 4 (SUITE)

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
<p data-bbox="285 447 690 489">Nous avons recommandé au ministère</p> <p data-bbox="285 510 690 720">de doter les CLSC d'un système d'information qui permet de recenser les besoins en matière de services à domicile et d'évaluer l'atteinte des objectifs en ce domaine.</p> <p data-bbox="285 741 690 888">(recommandation non appliquée, car les besoins seront répertoriés lorsque l'outil d'évaluation multi-clientèle sera informatisé)</p>	<p data-bbox="690 510 1484 657">« Le MSSS a travaillé à la mise en place d'un système d'information. De plus, ajoutons que la recension des besoins peut se faire par plusieurs moyens conjugués. Parmi les moyens, le SIC est en opération depuis le 1^{er} avril 2000. Actuellement, le ministère est en période de validation des données.</p> <p data-bbox="690 678 1484 783">« De plus, l'intégration de l'outil multientèle au système d'information clientèle des CLSC devrait faciliter cet arrimage et permettre ainsi de mieux documenter les services requis versus les services offerts.</p>
<p data-bbox="285 930 690 1077">de préciser les services à domicile que les CLSC doivent dispenser dans les résidences pour personnes âgées.</p> <p data-bbox="285 1077 690 1119">(recommandation appliquée)</p>	<p data-bbox="690 930 1484 1119">« Depuis la publication du cadre de référence des services à domicile de 1994, il a été établi que les résidences privées étaient considérées comme le domicile de la personne. " Lorsqu'une personne réside de manière permanente dans une habitation collective qui offre le gîte et le couvert comme services de base, cette résidence doit être considérée comme son domicile ".</p>
<p data-bbox="285 1171 690 1350">de répartir les ressources de façon équitable en fonction des besoins des personnes âgées, comme l'exige la Loi sur les services de santé et les services sociaux.</p> <p data-bbox="285 1350 690 1392">(recommandation non appliquée)</p>	<p data-bbox="690 1171 1484 1287">« Depuis 1994, les budgets de développement consentis aux régions ont été répartis selon une méthode équitable qui tient compte de l'évolution des besoins des personnes âgées et de la richesse relative.</p> <p data-bbox="690 1287 1484 1444">« Les travaux du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CLSC (Comité technique aviseur – Bédard 2) visent précisément le remplacement de la méthode de budgétisation dite "historique" par une approche fondée sur les besoins des populations desservies, selon les principes suivants :</p> <ul data-bbox="730 1455 1133 1581" style="list-style-type: none"> • Un financement comparable ; • Des services comparables ; • Pour des populations comparables. <p data-bbox="690 1581 1484 1665">« Une répartition interrégionale basée sur ces principes est envisagée pour le prochain exercice financier.</p> <p data-bbox="690 1665 1484 1749">« Enfin, lors d'ajouts budgétaires, des ajustements ont été apportés dans le sens de la recommandation.</p>



TABLEAU 4 (SUITE)

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministère	
de s’assurer que les personnes âgées sont informées des services qu’elles sont en droit de recevoir. (recommandation non appliquée)	« Les CLSC ont certains moyens d’informer les personnes âgées des services offerts. « Dans les <i>Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d’autonomie</i> , le ministère envisage diverses mesures visant à informer la population, notamment de la gamme de services envisagée pour tout le Québec.
de réviser le contenu de son rapport annuel afin de fournir une information complète sur ses activités et l’atteinte de ses objectifs. (recommandation non appliquée)	« La <i>Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives</i> , communément appelée “loi sur la gouverne”, introduira de nouvelles façons de faire, notamment eu égard à la reddition de comptes.»

6.153 Commentaires du ministère

« **Commentaire général.** Dans l’ensemble, le ministère partage l’analyse et les recommandations du Vérificateur général. Toutefois, nous aimerions porter à votre attention certains travaux, amorcés au cours des dernières années, eu égard aux services à domicile. En effet, le ministère a coordonné les travaux en vue de réviser le cadre de référence sur les services à domicile de première ligne. Le ministère a aussi mené certains chantiers en lien avec le virage ambulatoire, comme la durée des séjours d’hospitalisation, l’élaboration d’un outil d’évaluation multiclientèle, le développement d’indicateurs de suivi, les efforts d’arrimage entre les divers programmes existants selon les groupes de clientèles, les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d’autonomie*, les personnes handicapées, les familles et les proches, les groupes de médecine de famille, les réseaux de services intégrés, le SIC, le suivi aux travaux de la Commission d’études sur les services de santé et les services sociaux et le comité sur l’allocation budgétaire.

« **Énoncés de politique et orientations.** Les ententes de gestion, liant le ministère et les régies régionales, prévoient certains indicateurs de suivi sur les services à domicile. De plus, le ministère entend former un comité MSSS - Régies régionales - CLSC afin d’établir une grille d’indicateurs qui permettront de suivre l’évolution des services à domicile. Cette opération est liée à l’exploitation des données du nouveau système d’information Intégration CLSC: les premières données extraites du système sont actuellement en



validation. La grille d'indicateurs portera minimalement sur l'adaptation des services à domicile aux besoins (taux de réponse, etc.), l'équité dans l'accès aux services, la continuité des services et l'efficacité.

« **Accessibilité. Accueil, évaluation et orientation.** L'information sur les services doit emprunter deux grandes voies. Premièrement, les CLSC doivent être en mesure d'offrir une gamme standardisée de services : la population doit avoir une idée claire de ce que sont les services à domicile, comme c'est le cas pour les services médicaux. Un processus d'évaluation standardisé sera soutenu par la mise en place d'un outil multiclientèle. Ceci devrait permettre de contribuer à la résolution de certains problèmes existants. Deuxièmement, les CLSC doivent informer la population des services qu'ils offrent. Sur cet aspect, le ministère et les régions régionales doivent soutenir des actions d'information.

« **Nature et intensité des services.** Le ministère convient que les moyens utilisés pour déterminer la nature et l'intensité des services doivent tenir compte de chaque situation. Pour chaque cas, la nature et l'intensité des services seront déterminées à l'aide de l'outil multiclientèle, en fonction de trois éléments : l'état de la personne, son entourage (ses proches), son environnement. Un suivi sur la manière de répondre aux besoins au moyen d'audits de pratique (examens à intervalles réguliers des plans de services réalisés et comparaison) pourra être mis en place. L'instauration d'un tel mécanisme de régulation permettra de suivre de près la réponse aux besoins et d'éviter de trop grands écarts entre les territoires ; bref, c'est là une façon d'harmoniser la réponse aux besoins.

« **Délais d'attente.** La question des délais d'attente est intimement liée à la disponibilité de données en provenance du système d'information Intégration CLSC. Jusqu'à maintenant, la tenue de listes d'attente pouvait varier selon les CLSC. Le ministère entend corriger la situation en demandant de gérer de telles listes selon un certain nombre de critères (par exemple l'urgence de la situation, le degré de support des proches) ; ceci pourra contribuer à mieux adapter l'offre de services. L'implantation de l'outil multiclientèle fournira les informations nécessaires à l'établissement de standards quant aux services à offrir, aux délais d'attente, etc.

« **Continuité et complémentarité. Plan d'organisation des services.** La coordination des services repose sur la mise en place de "réseaux de services intégrés" (ou filières de services). Ces réseaux sont organisés par problématique, clientèle, profil de besoins, etc. Les récentes politiques relatives aux clientèles du ministère appuient la mise en place de tels réseaux comme mode d'organisation de services. Les plans d'organisation de services doivent donc être structurés à la verticale selon les clientèles (services de base, services spécialisés, services ultraspecialisés) plutôt qu'à l'horizontale, par secteur de services de base (par exemple pour les services à domicile). Le ministère consacre actuellement beaucoup d'efforts à la mise en place de réseaux de services intégrés, efforts qu'il compte accentuer au cours des prochaines années. Le développement des services à domicile – et des services de base en général – constitue le pilier de ces réseaux.



« **Rôles et responsabilités.** Le ministère prévoit clarifier les responsabilités des CLSC à titre de responsables, sur leur territoire respectif, de la coordination des services à domicile de base. Par ailleurs, les CLSC partagent la responsabilité de la prestation des services avec plusieurs partenaires. Les CLSC doivent également coordonner leur action avec les services spécialisés. En effet, les centres de réadaptation peuvent offrir, à domicile, des services de réadaptation et d'adaptation pour certaines clientèles. À ce sujet, le ministère devrait éventuellement consulter les établissements quant à leur participation dans un continuum de services tel que présenté à la section "plan d'organisation des services". Ainsi, le plan d'action en déficience physique qui est en élaboration, permettra d'établir plus clairement la complémentarité des services offerts par les différents établissements ou partenaires.

« **Aides techniques.** Les équipements et aides techniques doivent être envisagés selon une perspective globale du soutien à domicile, dont ils constituent un élément important au même titre que les services. L'ensemble des programmes ministériels, ceux de la RAMQ, des régies régionales ou d'autres fiduciaires ont souvent été développés pour répondre à des besoins particuliers. Afin d'améliorer la situation, une table quadripartite (MSSS, régies régionales, RAMQ, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec) se penche notamment sur cette question afin de dégager des orientations portant sur la gestion et les modalités d'accès et d'attribution des équipements et aides techniques. Du côté de la RAMQ, une personne a été désignée pour travailler à simplifier les processus administratifs et à faciliter l'acquisition ou le remplacement des équipements et fournitures aux clientèles. Par ailleurs, le ministère verra, avec les régies et les établissements, à se doter de moyens pour instaurer une gestion régionale intégrée des équipements et aides techniques, exercée par le réseau de la santé et des services sociaux.

« **Suivi médical à domicile.** Le ministère a mis en œuvre différentes mesures visant à améliorer le suivi médical à domicile. Quinze projets ayant le potentiel de devenir des groupes de médecine de famille sont actuellement en phase préparatoire. Leur implantation est prévue au cours de 2002. Cette mesure, issue du rapport Clair, devrait permettre d'améliorer le suivi médical tant à domicile qu'en CLSC ou en clinique privée. Une autre mesure porte sur l'élaboration d'orientations en soins palliatifs qui seront assorties d'un plan d'action comprenant certaines recommandations sur le soutien et le suivi médical à domicile. Ajoutons que l'implantation des départements régionaux de médecine générale est complétée dans 16 régions. Elles devront, en conséquence, prendre les moyens pour "définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins (...) pour le maintien à domicile", conformément à l'article 417.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

« **Besoins des proches aidants.** L'outil multientèle bonifié, auquel le ministère met la dernière main en vue de son implantation dans tous les CLSC, inclura un module qui permettra d'évaluer les besoins spécifiques des proches aidants. Les données colligées avec l'outil seront versées dans le système d'information Intégration CLSC. Elles pourront alors être traitées et exploitées pour fournir un portrait des besoins des proches aidants, du taux de réponse, par région, par territoire, etc. Cette information permettra de mieux adapter les services aux besoins.



« **Contrôle de la qualité des services.** Le ministère prévoit clarifier la situation sur les proches aidants auprès des CLSC qui agissent à titre de responsables de la prestation des services à domicile. En conséquence, ces derniers devront prendre les moyens pour s'assurer du suivi du plan de services. Ceci implique que l'intervenante ou l'intervenant doit :

- obtenir le consentement de la personne ayant des incapacités ;
- obtenir le consentement du proche aidant (lui demander s'il consent à poser tel geste) ;
- transmettre l'information clinique nécessaire sur l'état de santé de la personne ayant des incapacités, les précautions à prendre, etc. ;
- transmettre toutes les connaissances requises et s'assurer que le proche aidant est en mesure de poser tel ou tel geste. Pour ce faire, il prendra le temps de procéder à une expérimentation et à une simulation ;
- assurer le suivi du plan de services ou du plan d'intervention individualisé.

« Ajoutons que le ministère assure un support au Conseil québécois d'agrément visant notamment la promotion d'une démarche de qualité auprès des établissements, à laquelle certains CLSC ont déjà souscrit.

« **Allocation des ressources. Financement des services.** Le budget des services à domicile est constitué de divers éléments de programmes développés pour répondre à des besoins en émergence (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées, etc.) C'est la perspective historique qui prévaut. Le ministère est conscient qu'il faut se donner une approche intégrée, considérant les services à domicile comme une composante des services de base. Ces services doivent toutefois être accessibles en fonction des besoins plutôt que de l'appartenance à telle clientèle. C'est dans cette perspective que l'allocation budgétaire doit être révisée. Un comité évalue actuellement cette question et soumettra ses recommandations au ministère, qui en dégagera des orientations en vue de corriger les écarts actuels et de procéder à l'allocation budgétaire sur la base des besoins de la population. Ajoutons que, depuis les dernières années, les budgets de développement ont été alloués aux régies régionales en tenant compte des besoins des personnes et de la richesse relative de la région.

« **Tarification des services.** Le ministère entend, sous peu, adopter des orientations qui préciseront la couverture publique des services. Ces orientations établiront également le mode de financement des services à domicile ainsi que les modes de prestation les plus appropriés, en fonction des besoins des clientèles.

« **Système d'information. Information de gestion et reddition de comptes.** La disponibilité d'une information de gestion uniforme et l'établissement d'indicateurs sont liés au déploiement du système d'information Intégration CLSC et de l'outil multientèle. Le ministère travaille activement dans ce sens, d'autant plus que la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, communément appelée "loi sur la gouverne", et le nouveau cadre de gestion à établir en vertu de la *Loi sur l'administration publique*, permettront d'accroître les exigences en termes de résultats attendus et de renforcer l'imputabilité de la part des régies régionales et des établissements sur la base de résultats attendus signifiés dans



les ententes de gestion. L'intention du ministère va dans le sens de mettre en place les moyens et les façons de faire pour que les services à domicile disponibles soient en fonction des besoins des différentes clientèles. Le ministère entend, dans ses orientations à venir, intégrer l'ensemble des éléments de programmes pour les clientèles ayant besoin de services à domicile. En ce qui concerne les programmes d'aides techniques, transférés de l'Office des personnes handicapées du Québec au ministère et au réseau, le ministère entend mener une évaluation de cette opération.

« **Soutien à la prestation de services.** Parmi les éléments déjà mentionnés, rappelons que l'implantation de l'outil multiclientèle, le déploiement du système d'information Intégration CLSC, l'instauration de gestionnaires de cas, mise de l'avant dans les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, et l'implantation des réseaux de services intégrés fourniront l'occasion de développer des outils administratifs et de suivi clinique. »

6.154 Résumé des commentaires des régies régionales

Les trois régies régionales visitées estiment que le rapport reflète bien la réalité des services offerts à domicile et qu'il démontre les difficultés liées à la gestion et à la prestation de ces services. En effet, dans l'ensemble, les trois régies régionales partagent notre analyse et elles comptent travailler à résoudre les problèmes qui ont été soulevés.

Pour ce faire, une régie régionale considère que certains outils pourraient mieux soutenir les actions, tels :

- un cadre national englobant toutes les clientèles visées par les services de soutien à domicile ;
- des systèmes d'information de gestion performants, pertinents et fiables ;
- un budget adéquat pour assurer la prestation des services requis par la population.

Par ailleurs, les trois régies régionales nous ont souligné qu'elles ont entrepris plusieurs actions pour organiser les services à domicile de leur région. Mentionnons notamment :

- des études portant sur la satisfaction des usagers en ce qui concerne la qualité des services ;
- la mise en place de cadres de référence pour des clientèles précises ;
- des travaux en cours concernant une politique régionale quant au soutien à domicile.



ANNEXE – OBJECTIFS DE VÉRIFICATION ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion au sujet des éléments abordés au cours de ce mandat de vérification, en fonction des objectifs présentés. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et adéquats pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance élevé. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après. Les critères d'évaluation émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. De plus, ils répondent aux exigences de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA). Nos travaux sont conformes à la *Loi sur le vérificateur général* et aux méthodes de travail en vigueur, lesquelles respectent les normes des missions de certification émises par l'ICCA.

Objectif

S'assurer que les énoncés de politique et les orientations des services à domicile permettent de répondre aux besoins de la population.

Critères

- Le ministère doit établir des orientations claires, des objectifs mesurables et des lignes directrices explicites.
- Le ministère doit préciser clairement les services à offrir afin de s'assurer que le réseau public offre des services comparables d'un territoire desservi par un CLSC ou d'une région à l'autre.
- Le ministère et les régies régionales doivent établir et diffuser les rôles et les responsabilités des différents acteurs (ministère, régies régionales, établissements publics et ressources privées).
- Le ministère et les régies régionales doivent définir des indicateurs permettant de s'assurer sur une base régulière que les services offerts répondent aux besoins.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure l'organisation des services à domicile favorise l'accessibilité ainsi que la continuité et la complémentarité de ces services.

Critères

- Les régies régionales, les départements régionaux de médecine générale et les établissements doivent organiser les services à domicile de façon à en favoriser l'accessibilité.
- Les régies régionales doivent assurer la coordination entre les différents dispensateurs de services et mettre en place des mécanismes en vue de permettre la continuité et la complémentarité des services à domicile.
- Les CLSC doivent planifier, coordonner et dispenser les services à la population et s'assurer de leur suivi.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure le ministère et les régies régionales allouent les ressources, en vue d'offrir des services à domicile en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

Critères

- L'allocation des ressources pour les services à domicile doit s'appuyer sur une méthode d'évaluation structurée des besoins.
- Les mécanismes d'allocation des ressources doivent en permettre la réaffectation lors de réorganisations du réseau, tel le virage ambulatoire.

Objectif

Déterminer si le ministère, les régies régionales et les CLSC détiennent une information de gestion qui facilite la prise de décision et leur permet d'évaluer leur performance en ce qui a trait aux services offerts à domicile.

Critères

- L'information détenue par les différents paliers du réseau doit :
 - être fiable, pertinente, suffisante et disponible en temps opportun;
 - soutenir la prise de décision des gestionnaires;
 - permettre de suivre périodiquement l'évolution des indicateurs précisés dans le cadre de gestion en vue d'évaluer la performance.
- La reddition de comptes doit permettre aux régies, au ministère et à l'Assemblée nationale de mesurer l'atteinte des objectifs, de comparer les performances et de mettre en place les correctifs qui s'imposent.

