



LE VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

**RAPPORT
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE
POUR L'ANNÉE 2001-2002
TOME I**

Chapitre



***Services d'hébergement
offerts aux personnes
en perte d'autonomie***

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



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	2.1
VUE D'ENSEMBLE	2.18
Rôles et responsabilités	2.27
Types d'hébergement	2.30
OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	2.35
RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION	2.40
Planification des services	2.41
Orientations et objectifs	2.43
Allocation des ressources et planification des lits	2.53
Accessibilité aux services	2.64
Gestion de l'accès aux ressources	2.65
État de situation de l'accessibilité	2.70
Fiabilité des données	2.80
Services offerts en hébergement public	2.88
Évaluation des besoins et plan d'intervention	2.91
Services offerts aux usagers	2.101
Formation et évaluation du personnel	2.116
Ressources intermédiaires et ressources de type familial	2.122
Hébergement privé	2.133
Résidences privées	2.135
CHSLD privés non conventionnés	2.149
Information de gestion et reddition de comptes	2.155
Suivi des recommandations formulées au ministère en 1993-1994	2.160
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

Benoît Bussières
Chantale Garneau
Michel Lambert
Nathalie Lavoie
Sylvie Ste-Croix
Jean Villeneuve

Sigles utilisés dans ce chapitre

CHSGS Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CLSC Centre local de services communautaires

COA Comité d'orientation et d'admission
ETC Équivalent temps complet
MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux



FAITS SAILLANTS

- 2.1** Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) consacre annuellement 2,5 milliards de dollars aux services offerts aux personnes en perte d'autonomie, répartis principalement entre l'hébergement et le maintien à domicile. Les services d'hébergement ont pour but de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible. Les établissements offrent principalement des soins infirmiers et des services d'assistance, médicaux, de réadaptation et d'adaptation, psychosociaux, de pharmacie et de nutrition en plus du gîte et du couvert.
- 2.2** Notre vérification visait à nous assurer que le ministère s'est doté d'un cadre de gestion qui permet de répondre aux besoins en hébergement des personnes en perte d'autonomie. Elle avait également pour but d'évaluer dans quelle mesure le processus d'allocation des ressources et l'organisation des services favorisent leur accessibilité et leur continuité, et à quel point les moyens mis en place permettent la qualité des services. Aussi, nous avons examiné l'information de gestion qui soutient la prise de décision et le processus de reddition de comptes.
- 2.3** Enfin, nous avons procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet « hébergement permanent » du mandat de vérification de l'optimisation des ressources, effectué en 1993-1994, qui portait sur les services de maintien à domicile et d'hébergement permanent offerts aux personnes âgées.
- 2.4** Nos travaux de vérification ont été menés auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, de 4 régions régionales et de 11 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces travaux se sont déroulés d'août 2001 à février 2002; toutefois, certains commentaires portent sur des situations antérieures à cette période.
- 2.5** Nos travaux font ressortir des lacunes au niveau de l'accessibilité, de la disponibilité et de l'intensité des services offerts par les établissements ainsi qu'à l'égard des contrôles exercés sur la qualité des services et sur les différents types de ressources d'hébergement. Ces lacunes occasionnent des difficultés à satisfaire les besoins de la population en matière d'hébergement.
- 2.6** Bien que les orientations ministérielles précisent les conditions d'évolution des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, elles comportent certaines faiblesses dont l'absence quasi totale d'objectifs mesurables et d'indicateurs de résultats. À l'heure actuelle, le ministère n'a pas déterminé d'échéancier précis pour actualiser ses orientations, notamment pour l'implantation des réseaux intégrés de services en région. Il existe une norme quant au nombre de lits d'hébergement par région, mais aucune à l'égard des services minimums à offrir aux usagers pour l'ensemble des soins prodigués. De plus, le budget est alloué par reconduction et non en fonction des clientèles et des besoins.
- 2.7** Nous observons que le nombre de personnes en attente par lit et les délais correspondants varient parfois de façon marquée d'une région à l'autre ou d'un territoire à l'autre dans une même région. Ainsi, une personne peut attendre deux mois avant d'être hébergée dans une région alors que dans une autre, c'est plus de six mois qu'il lui faudrait attendre.



- 2.8** Le ministère et certaines régies régionales ne disposent pas d'une information fiable et comparable à l'égard de l'accessibilité aux services d'hébergement des personnes en perte d'autonomie. Le nombre de personnes en attente apparaissant sur les rapports transmis au ministère par quatre régies régionales n'est pas toujours établi selon les critères qu'il a définis. Ainsi, les noms de personnes décédées ou déjà hébergées se retrouvent sur les listes d'attente, ce qui surévalue de 20 p. cent le nombre de personnes en attente pour l'ensemble du Québec.
- 2.9** L'analyse de 143 dossiers sélectionnés au hasard dans les 11 établissements visités révèle des lacunes relatives à l'évaluation des besoins des personnes hébergées, ainsi qu'à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'intervention interdisciplinaires qui devraient découler de cette évaluation. Parmi les dossiers analysés, 57 p. cent des usagers n'avaient pas fait l'objet d'un plan d'intervention dans les deux mois suivant leur admission, alors que dans 13 p. cent des cas, aucun plan d'intervention n'a été élaboré même si certains usagers étaient hébergés depuis plusieurs années. Ainsi, la concertation sur les services à offrir peut être déficiente, les actions des différents intervenants peuvent être divergentes et les objectifs du plan peuvent être inappropriés à la situation de l'utilisateur ou être désuets.
- 2.10** Dans le réseau, l'indicateur le plus utilisé, soit le taux de réponse aux besoins, ne tient pas compte des besoins liés aux problèmes cognitifs des usagers de même qu'à la physiothérapie, à l'ergothérapie et aux services psychosociaux; il ne permet donc qu'une vision partielle de la réponse aux besoins de la personne. De plus, même si les établissements peuvent adhérer volontairement à des programmes d'agrément, nous n'avons retracé, au cours de nos travaux, aucun indicateur permettant de mesurer la qualité du milieu de vie, la qualité des services ou la satisfaction des usagers, éléments sur lesquels le ministère est d'ailleurs peu informé. Selon les dernières données disponibles, le taux de réponse moyen aux besoins des personnes hébergées serait de 76 p. cent.
- 2.11** Au regard de certains services professionnels – physiothérapie, ergothérapie et services psychosociaux – force est de constater que les gens n'ont pas accès aux mêmes services d'un établissement à l'autre, tant au niveau de leur disponibilité que de leur intensité. Ainsi, sur les 135 CHSLD qui ont comme unique mission d'offrir des services d'hébergement de longue durée, 27 p. cent n'ont pas d'ergothérapeute, 15 p. cent n'ont pas de physiothérapeute tandis que 44 p. cent n'auraient pas de services psychosociaux.
- 2.12** Malgré l'exigence de la loi, 8 des 11 établissements visités n'ont pas été en mesure de nous fournir un plan d'action pour le développement de leur personnel. Par ailleurs, seuls 3 établissements effectuaient une évaluation de leur personnel.
- 2.13** En ce qui concerne les ressources intermédiaires et de type familial, même si la loi modifiée est entrée en vigueur en avril 2001 pour définir leurs rôles, nos travaux font ressortir que beaucoup de travail reste à accomplir pour bien les



encadrer. Par exemple, sept régies régionales n'ont pu nous fournir leurs critères de reconnaissance pour ces types de ressources et les CHSLD publics ne font pas tous une évaluation périodique des ressources sous leur responsabilité. De plus, le ministère ne dispose pas d'un inventaire des ressources de type familial.

- 2.14** Quant aux résidences privées sans permis, il est étonnant que l'inventaire ministériel n'ait jamais été remis à jour depuis 1994, et qu'au niveau régional, il date souvent de plusieurs années. Ainsi, le ministère et les régies régionales ne sont pas en mesure d'identifier toutes les résidences privées qui dispensent des services professionnels aux personnes en perte d'autonomie sans détenir le permis requis. En outre, plusieurs régies régionales n'ont pas mis en place tous les mécanismes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie hébergées en résidence privée reçoivent les services requis par leur condition.
- 2.15** Pour ce qui est des CHSLD privés non conventionnés, nous avons constaté que les contrôles effectués par le ministère et par les régies régionales n'assurent pas que les permis sont émis à des résidences respectant les conditions requises. De plus, une fois le permis obtenu, les contrôles sont variables et parfois inexistantes.
- 2.16** Par ailleurs, la reddition de comptes effectuée par certaines régies régionales et le ministère est incomplète et ne permet pas de déterminer si le réseau répond aux besoins des personnes hébergées ni d'informer sur l'atteinte des objectifs et la performance des différents intervenants.
- 2.17** Au regard du suivi des recommandations formulées dans le volet « services d'hébergement permanent » du mandat de vérification de l'optimisation des ressources effectué en 1993-1994, nos travaux révèlent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à remédier aux problèmes soulevés. Le ministère poursuit actuellement des travaux à cet effet. Des neuf recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, trois ont été appliquées, quatre l'ont été partiellement (progrès insatisfaisants), alors que deux ne l'ont pas encore été.

VUE D'ENSEMBLE

- 2.18** Au cours du siècle dernier, l'amélioration marquée de l'ensemble des conditions de vie a amené une augmentation importante du nombre de personnes âgées. Bien que les répercussions de ce vieillissement démographique sur notre système de santé aient déjà commencé à se faire sentir, elles seront encore plus palpables dans une dizaine d'années lorsque les « baby-boomers » atteindront l'âge de 65 ans. Une étude du ministère de la Santé et des Services sociaux notait qu'en 1998, 27 p. cent des personnes de 65 ans et plus étaient atteintes d'au moins une incapacité suffisamment importante pour entraîner une demande de services, soit à domicile ou en établissement.



2.19 Il importe également de considérer l'augmentation significative du nombre de personnes de 85 ans et plus puisqu'il est clairement démontré que, plus une personne avance en âge, plus la perte d'autonomie s'accroît, plus les besoins augmentent et plus les coûts liés aux soins et services sont élevés. Le tableau 1 présente l'évolution du nombre de personnes âgées au Québec au cours des 30 dernières années et une projection de la situation en 2031.

TABLEAU 1**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES ENTRE 1971 ET 2031**

	Population totale	65 ans et plus	85 ans et plus
1971	6 137 368	418 500	25 000
2001	7 407 800	957 800	96 200
2031	7 768 100	2 086 700	267 600

Sources : MSSS et Institut de la statistique du Québec.

- 2.20** Bien que les CHSLD aient comme principale clientèle les personnes de 65 ans et plus, d'autres clientèles recourent également à leurs services. Ainsi, en 2000-2001, près de 14 p. cent de la clientèle hébergée avait moins de 65 ans. Parmi celle-ci se retrouvent notamment les personnes atteintes de maladies dégénératives telles la sclérose en plaques ou la paralysie cérébrale.
- 2.21** Actuellement, le ministère consacre annuellement 2,5 milliards de dollars aux services offerts aux personnes en perte d'autonomie, répartis principalement entre l'hébergement et le maintien à domicile. Ce budget est connu sous le vocable de « personnes âgées en perte d'autonomie » bien qu'il inclue également les services d'hébergement offerts aux personnes de 64 ans et moins.
- 2.22** Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit la notion de perte d'autonomie comme suit : « Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou à plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Ce n'est pas tant la nature des incapacités qui détermine la perte d'autonomie que leur simultanéité, leur intensité, leur durée et leurs répercussions fonctionnelles ainsi que la perception qu'a une personne de ses capacités d'adaptation. »
- 2.23** Au cours des dernières années, l'autonomie des personnes hébergées a considérablement diminué. Cette situation s'explique principalement par le maintien des personnes dans leur milieu de vie le plus longtemps possible : elles sont alors moins autonomes à leur arrivée en établissement.
- 2.24** Les services d'hébergement ont pour but de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible. Selon des intervenants du milieu, l'alourdissement et la diversité de la clientèle appellent une nouvelle conception de l'hébergement qui va au-delà des soins infirmiers et des services médicaux. Cette approche vise à maintenir les capacités



des personnes hébergées en adaptant les interventions à leurs besoins, d'une part, en favorisant la stimulation intellectuelle, affective et sociale et, d'autre part, en créant un milieu de vie qui se rapproche de celui du foyer familial.

- 2.25** Les services offerts par les établissements se composent principalement de soins infirmiers et des services d'assistance, médicaux, de réadaptation et d'adaptation, psychosociaux, de pharmacie et de nutrition en plus du gîte et du couvert.
- 2.26** Au Québec, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu. Elle vise à favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes de même qu'à diminuer l'effet des problèmes qui compromettent leur autonomie. De plus, elle définit, entre autres, les rôles et les responsabilités du ministère, des régies régionales et des établissements.

Rôles et responsabilités

- 2.27** Le ministère fixe les orientations et les objectifs en matière de santé et de services sociaux. Il élabore les politiques et les programmes, approuve les priorités, répartit les ressources entre les régions et évalue les résultats. À cet effet, en 2001, il a publié des orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie qui énoncent les grandes lignes de l'organisation future de ces services.
- 2.28** Quant aux régies régionales, elles ont pour mission de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les orientations et politiques élaborées par le ministère. Elles doivent notamment établir des plans d'organisation de services, évaluer l'efficacité de ces services et allouer le budget destiné aux établissements.
- 2.29** Par ailleurs, les établissements qui ont une mission de CHSLD doivent veiller à ce que les besoins des personnes en perte d'autonomie soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de leurs installations.

Types d'hébergement

- 2.30** Le tableau 2 présente une description des différents types d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie. Nous retrouvons d'une part, les CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés qui accueillent les clientèles présentant, selon les orientations du ministère, les pertes d'autonomie les plus importantes. D'autre part, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, liées par contrat avec un CHSLD public, offrent un milieu substitut adapté à des clientèles ayant généralement des pertes d'autonomie moins importantes qu'en CHSLD. Les ressources de type familial accueillent jusqu'à un maximum de neuf personnes qui ont une perte d'autonomie moins importante que celle des personnes hébergées en ressources intermédiaires. Finalement, les résidences privées accueillent des clientèles autonomes et semi-autonomes.



2.31 Le lecteur notera que, dans le présent rapport, l'expression « hébergement public » englobe les CHSLD publics et privés conventionnés de même que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

TABLEAU 2

CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS TYPES D'HÉBERGEMENT

Type de ressources	Nombre	Financement		Permis requis du MSSS ¹	Nombre de places	Clientèle type ²
		Public	Contribution de l'utilisateur (maximum mensuel)			
Hébergement public						
CHSLD publics	176	Budget annuel du MSSS	Selon la situation financière de l'utilisateur (1 420 \$)	Oui	33 489 ³	Lourde perte d'autonomie
CHSLD privés conventionnés	57	Subsides du MSSS selon une convention	Selon la situation financière de l'utilisateur (1 420 \$)	Oui	6 634	Lourde perte d'autonomie
Ressources intermédiaires	193	Prix de journée selon la perte d'autonomie/lit sous contrat avec un CHSLD public	Selon la situation financière de l'utilisateur (940 \$)	Non ⁴	3 642	Perte d'autonomie moindre qu'en CHSLD
Ressources de type familial	n. d.	Prix de journée selon la perte d'autonomie/lit sous contrat avec un CHSLD public	Selon la situation financière de l'utilisateur (704 \$)	Non ⁴	n. d.	Légère perte d'autonomie
Hébergement privé						
Résidences privées	2 349 ⁵	Non (autofinancement)	Variable selon le bail signé entre l'utilisateur et la résidence	Non	78 141 ⁵	Autonome et semi-autonome
CHSLD privés non conventionnés	54	Non (autofinancement)	Variable selon le bail signé entre l'utilisateur et l'établissement	Oui	2 874	Lourde perte d'autonomie

1. Le permis délivré par le ministère autorise l'établissement à dispenser des services professionnels à une clientèle en perte d'autonomie.

2. La clientèle type présentée est celle généralement admise par type de ressources d'hébergement.

3. Inclut les lits d'hébergement en unité de soins de longue durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

4. Reconnaissance de la régie régionale et contrat avec un CHSLD public.

5. Selon un recensement ministériel effectué en 1994 en collaboration avec les régies régionales.

Source : MSSS.

2.32 Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ne sont pas autorisées à dispenser des services professionnels (infirmiers, de réadaptation, psychosociaux, etc.) aux usagers qui y sont hébergés. Il incombe plutôt au CHSLD public de s'assurer qu'ils le soient.



- 2.33** En résidence privée, si l'autonomie d'une personne hébergée commence à diminuer, le réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité de s'assurer qu'elle reçoit les services professionnels dont elle a besoin. Généralement, ces services sont dispensés par le CLSC. Seule une résidence privée qui détient un permis de CHSLD privé non conventionné délivré par le ministre peut offrir des services professionnels aux personnes en perte d'autonomie.
- 2.34** Un comité d'orientation et d'admission (COA) qui relève de chacune des régions régionales dirige les personnes en perte d'autonomie vers le type d'hébergement public approprié. Quant aux CHSLD privés non conventionnés et aux résidences privées, ils doivent généralement recruter eux-mêmes leur clientèle.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION

- 2.35** Notre vérification visait à nous assurer que le ministère s'est doté d'un cadre de gestion qui permet de répondre aux besoins en hébergement des personnes en perte d'autonomie. Elle avait également pour but d'évaluer dans quelle mesure le processus d'allocation des ressources et l'organisation des services favorisent leur accessibilité et leur continuité, et à quel point les moyens mis en place permettent la qualité des services. Aussi, nous avons examiné l'information de gestion qui soutient la prise de décision et le processus de reddition de comptes. Enfin, nous avons procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet « hébergement permanent » du mandat de vérification de l'optimisation des ressources, effectué en 1993-1994, qui portait sur les services de maintien à domicile et d'hébergement permanent offerts aux personnes âgées.
- 2.36** Le présent rapport ne remet pas en cause la pertinence ni la qualité des actes professionnels, qui n'ont d'ailleurs pas fait l'objet de nos travaux.
- 2.37** Nous avons mené nos travaux de vérification auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et de 4 régions régionales qui reflètent la situation des régions universitaires, périphériques et éloignées et qui représentent 55 p. cent des dépenses québécoises en matière d'hébergement des personnes en perte d'autonomie. Dans chacune de ces régions, les activités d'au moins 2 CHSLD – public ou privé conventionné – ont été scrutées en fonction de nos objectifs de vérification. Au total, nous avons évalué les pratiques de 11 établissements, dont un privé conventionné, qui, ensemble, engagent 8 p. cent des dépenses de fonctionnement du ministère à ce chapitre. Nous avons également analysé 143 dossiers de personnes hébergées dans ces établissements pour nous assurer qu'elles font l'objet d'une évaluation de leurs besoins et d'un plan d'intervention. De plus, un sondage auprès de toutes les autres régions régionales nous a permis de recueillir de l'information notamment sur l'organisation des services à l'égard des établissements du réseau, sur le secteur privé et les délais d'attente relatifs à l'hébergement.



- 2.38** Pour ce qui est des CHSLD privés non conventionnés et des résidences privées, nos travaux ont consisté à examiner dans quelle mesure le ministère et les régies régionales s'assurent que les dispositions de la loi s'y appliquant sont bien respectées. Nous avons effectué un travail similaire pour les ressources intermédiaires et de type familial en plus d'examiner le rôle joué à leur égard par les CHSLD publics concernés.
- 2.39** 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 fédérations et d'associations liées aux professionnels ou aux établissements du réseau. Au total, nous avons rencontré plus de 150 personnes impliquées soit dans la gestion ou directement dans la prestation de services. Ces travaux se sont déroulés d'août 2001 à février 2002, mais certains commentaires portent sur des situations antérieures à cette période.

RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION

- 2.40** Au regard des sujets examinés, nos travaux font ressortir des lacunes au niveau de l'accessibilité, de la disponibilité et de l'intensité des services offerts par les établissements ainsi qu'à l'égard des contrôles exercés sur la qualité des services et sur les différents types de ressources d'hébergement. Ces lacunes occasionnent des difficultés à satisfaire les besoins de la population en matière d'hébergement.

Planification des services

- 2.41** Dans le réseau, l'objectif recherché à l'égard de la personne en perte d'autonomie est de l'orienter au bon endroit et au bon moment dans l'optique où elle préfère demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie. Notons que seulement 3,6 p. cent des gens âgés de 65 ans et plus sont actuellement hébergés dans les CHSLD publics et privés conventionnés. Dans le cas où le maintien à domicile s'avère impossible, les orientations du ministère préconisent que la personne soit dirigée par le réseau vers la ressource d'hébergement la plus appropriée. À tout moment dans le processus, selon la loi, cette personne est en droit de recevoir les services adaptés à ses besoins en tenant compte de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières des établissements.
- 2.42** Le ministère doit, conformément aux responsabilités qui lui sont confiées, fixer les grandes lignes de l'organisation des services d'hébergement. Plus précisément, il doit énoncer les grandes orientations, fixer des objectifs de gestion mesurables axés sur les résultats, établir un plan d'action définissant les moyens à prendre pour atteindre les objectifs, répartir équitablement les ressources et déterminer des indicateurs de performance fiables pour mesurer l'atteinte des objectifs.



Orientations et objectifs

- 2.43** Les orientations ministérielles de février 2001 sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie énoncent trois grandes lignes directrices, soit l'intégration des services, l'accès à une gamme de services ainsi que la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux.
- 2.44** L'intégration des services prévoit la mise en place d'un réseau intégré qui constitue un continuum de services reliés et complémentaires visant à apporter une réponse rapide et adaptée aux besoins des personnes. Ce réseau implique la présence d'une gamme complète de services dans chacun des territoires ainsi que l'implantation de mécanismes de coordination entre tous les collaborateurs. Parmi les éléments qui composent un tel réseau, nous retrouvons entre autres la présence d'un guichet unique pour simplifier l'accès aux services et l'utilisation d'un seul outil d'évaluation qui fournira des données uniformisées de la condition de l'utilisateur.
- 2.45** Par accès à une gamme de services, les orientations précisent que les services de prévention et d'aide à la personne et aux proches, les services professionnels de base (infirmiers, de réadaptation, psychosociaux, etc.), les services spécialisés (services gériatriques, psychogériatriques, etc.) et les soins palliatifs doivent être disponibles quels que soient le milieu de vie de la personne âgée ou la région où elle habite.
- 2.46** Finalement, le ministère invite les intervenants du réseau à mettre en place les moyens nécessaires pour assurer la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux. Il prône une évaluation des milieux de vie substitués de même qu'une appréciation de la qualité et de la complémentarité des secteurs public et privé.
- 2.47** Bien que les orientations précisent les conditions d'évolution des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, les gestes nécessaires pour en assurer l'implantation et les travaux qui doivent être poursuivis, elles comportent certaines faiblesses dont l'absence quasi totale d'objectifs mesurables et d'indicateurs de résultats.
- 2.48** À l'heure actuelle, le ministère n'a pas déterminé d'échéancier précis quant à l'implantation des réseaux intégrés de services en région et il n'existe aucune norme à l'égard des services minimums à offrir aux usagers pour l'ensemble des soins prodigués. Bien qu'une norme ait été définie quant au nombre de lits d'hébergement par région – de 3,5 à 4,2 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus –, les services devant y être associés ne sont pas spécifiés. Pourtant, la décision d'héberger une personne ne se limite pas au lieu physique, elle repose d'abord sur un besoin de recevoir des services. De plus, le ministère n'a pas fait connaître ses attentes concernant leur accessibilité.
- 2.49** Notre rapport de vérification de 1993-1994 démontrait déjà la nécessité de mieux planifier les activités relatives aux services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Toutefois, aucun plan d'action avec échéancier de réalisation n'a encore été adopté par le ministère pour actualiser ses orientations produites en février 2001.



- 2.50** Bien que plusieurs concepts contenus dans les orientations soient abordés dans les plans d'organisation de services des régions vérifiées depuis plusieurs années, ces plans sont peu concrétisés. Ainsi, à quelques exceptions près, le réseau intégré est peu implanté. Toutefois, un tel réseau est en place dans un des territoires d'une région depuis 1997, démontrant ainsi la faisabilité de cette approche.
- 2.51 Nous avons recommandé au ministère**
- **de compléter ses orientations par des objectifs mesurables et des indicateurs de résultats, en déterminant des normes à l'égard des services minimums à offrir et en précisant ses attentes en matière d'accessibilité aux services ;**
 - **de définir et de mettre en place un plan d'action arrimé à ses orientations, de déterminer un échéancier de réalisation et d'en assurer le suivi.**
- 2.52 Nous avons recommandé aux régies régionales de concrétiser les orientations du ministère.**

Allocation des ressources et planification des lits

- 2.53** Au début des années 1990, dans un document intitulé « Un financement équitable à la mesure de nos moyens », le ministère constatait que les indexations uniformisées pour la reconduction du budget des établissements sur une base historique ne permettaient pas de tenir compte de l'évolution des clientèles et des besoins, accentuant ainsi le problème de l'équité interrégionale. Il préconisait plutôt une allocation des enveloppes régionales en fonction des caractéristiques de la population. D'ailleurs, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les ressources doivent être réparties équitablement entre les régions.
- 2.54** Or, tout comme en 1993-1994, nous constatons que les ressources financières servant à répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie sont allouées, par le ministère, par reconduction et non en fonction des clientèles et des besoins. L'octroi de nouveaux budgets tient cependant compte de la richesse relative des régions et vise à combler les écarts. Toutefois, ces enveloppes ne représentent qu'environ 4 p. cent du budget global (2 p. cent en 1994).
- 2.55** Au moment de notre vérification, des travaux étaient en cours au ministère pour, notamment, examiner les modes actuels d'allocation des ressources et établir les critères qui permettraient de mieux tenir compte des besoins de la clientèle et de la performance des établissements dans le processus d'allocation budgétaire. À la fin de nos travaux, les résultats n'étaient pas encore disponibles.
- 2.56** Nous présentons au tableau 3, à titre d'exemple, certaines données comparatives entre les régions du Québec qui, sans être exhaustives, font ressortir des écarts quant à la disponibilité de ressources financières pour répondre aux besoins de leur population. D'ailleurs, les critères utilisés par le ministère pour octroyer les nouveaux budgets tiennent compte de ces écarts.

***Les budgets
ne sont pas tous alloués
en fonction
des clientèles et des besoins.***

**TABLEAU 3**
**RÉPARTITION DES DÉPENSES POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS
EN PERTE D'AUTONOMIE POUR L'ANNÉE 2000-2001**

Régions	Dépenses totales (en dollars)*	Nombre de personnes âgées	Dépenses par personne âgée (en dollars)
Bas-Saint-Laurent (01)	91 684 446	31 000	2 958
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	81 746 720	35 314	2 315
Québec (03)	241 376 281	90 242	2 675
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	177 401 092	72 625	2 443
Estrie (05)	105 688 267	40 694	2 597
Montréal-Centre (06)	860 444 691	273 616	3 145
Outaouais (07)	77 040 389	32 628	2 361
Abitibi-Témiscamingue (08)	44 134 479	16 789	2 629
Côte-Nord (09)	25 462 910	9 548	2 667
Baie-James (Nord-du-Québec) (10)	5 303 087	799	6 637
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	46 928 909	15 114	3 105
Chaudière-Appalaches (12)	119 584 047	49 767	2 403
Laval (13)	85 359 300	46 243	1 846
Lanaudière (14)	90 967 713	42 879	2 121
Laurentides (15)	109 037 718	52 170	2 090
Montérégie (16)	323 113 886	150 564	2 146
Nunavik (17)	3 167 553	282	11 232
Conseil cri (18)	1 659 319	593	2 798
Total	2 490 100 807	960 867	2 592

* Y compris les dépenses relatives aux personnes hébergées de moins de 65 ans.

Sources : MSSS et Institut de la statistique du Québec.

- 2.57** Il incombe ensuite aux régies régionales d'organiser les services offerts aux personnes en perte d'autonomie de leur territoire à même le budget reçu et de répartir les ressources en fonction de leurs choix. Cette répartition se fera en complémentarité, principalement entre les services de maintien à domicile et les services d'hébergement. Pour ce faire, les régies devront déterminer le nombre de places nécessaires, par type de ressources d'hébergement, pour répondre aux besoins de la population.
- 2.58** La détermination, par les régies régionales, du nombre de lits d'hébergement doit respecter une norme provenant des récentes orientations ministérielles. Cette norme prévoit que, selon les régions et en fonction des choix d'organisation de services qui y auront été faits, le nombre de lits d'hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés devra se situer dans un intervalle de 3,5 à 4,2 par



Certaines clientèles ne sont pas considérées dans la planification des besoins en lits d'hébergement.

100 personnes âgées de 65 ans et plus. Actuellement, en considérant le nombre de lits occupés par cette clientèle, une région se situe au-dessus de cet intervalle à 4,7, alors que cinq autres sont en dessous, soit entre 3,1 et 3,4.

- 2.59** Par ailleurs, les personnes de moins de 65 ans ne sont pas considérées dans la planification des besoins en lits d'hébergement bien qu'elles aient un impact non négligeable sur l'offre réelle de lits. En effet, elles occupent actuellement environ 14 p. cent des lits d'hébergement de longue durée dans les CHSLD publics et privés conventionnés, soit plus de 5 000 lits.
- 2.60** Dans la définition de telles balises, il est souhaitable que le ministère considère toutes les ressources d'hébergement public – CHSLD publics, CHSLD privés conventionnés, ressources intermédiaires et ressources de type familial – pouvant faire partie des choix d'organisation de services régionaux. Or, bien que les ressources intermédiaires et de type familial fassent partie intégrante de ces choix, elles ne sont pas considérées dans la norme que le ministère a établie. Pourtant, dans certaines régions, les lits en ressources intermédiaires représentent plus de 15 p. cent des lits disponibles et accueillent parfois des clientèles aussi lourdes que certains CHSLD publics.
- 2.61** Par conséquent, la façon d'évaluer les besoins en lits d'hébergement amène le risque que l'offre de services dans les régions du Québec ne soit pas alignée sur les besoins réels de l'ensemble de la population.
- 2.62** L'impact des faiblesses relevées à l'égard des orientations et objectifs, de l'allocation des ressources et de la planification du nombre de lits se répercute sur l'accessibilité, les services offerts aux usagers du réseau, le secteur privé, l'information de gestion et la reddition de comptes. Ces répercussions sont exposées dans les sections qui suivent.
- 2.63** **Nous avons recommandé au ministère**
- **de s'assurer que l'enveloppe budgétaire allouée aux personnes en perte d'autonomie est répartie en fonction des clientèles et des besoins de la population;**
 - **de s'assurer également que la planification du nombre de lits en hébergement tient compte de tous les types de clientèles susceptibles de recourir à l'hébergement et de toutes les ressources disponibles.**

Accessibilité aux services

- 2.64** Pour certaines personnes, l'intensité des besoins en soins et services ainsi que le degré des incapacités physiques, psychiques ou sociales ne permettent plus le maintien à domicile et il devient plus approprié d'offrir des services en milieu d'hébergement. Il est donc nécessaire que le réseau leur fournisse des milieux adaptés à leurs besoins, et ce, dans un délai acceptable de façon à éviter une détérioration de leur condition.



Gestion de l'accès aux ressources

- 2.65** La réglementation désigne les régies régionales pour élaborer et coordonner, avec la collaboration des établissements, un système d'admission et de transferts des bénéficiaires dans les établissements offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement. Ce système doit tenir compte de l'ensemble des ressources du territoire et des services de maintien à domicile et doit notamment prévoir la formation d'un comité d'orientation et d'admission. Le rôle de ce comité est d'évaluer les demandes d'hébergement qui lui sont transmises et de déterminer si la personne est admissible à un hébergement permanent, vers quel type de ressource elle doit être orientée et, eu égard à ses besoins, le degré de priorité de la demande. L'établissement désigné par le COA doit admettre l'utilisateur dès qu'un lit se libère. D'ailleurs, en 1993-1994, nous avons recommandé au ministère de s'assurer que les COA gèrent l'admission dans tous les établissements publics y compris les lits de longue durée des centres hospitaliers.
- 2.66** Nos travaux démontrent que, de façon générale, les COA gèrent maintenant l'ensemble des lits d'hébergement public de leur territoire. Nous notons toutefois que des COA excluent de leur gestion certains lits en ressources intermédiaires et en ressources de type familial. Ces situations demeurent cependant marginales.
- 2.67** Par ailleurs, dans une région visitée, un CHSLD privé conventionné refusait l'admission de certaines personnes orientées par le COA sous prétexte que le coût de leur médication excédait 1,50 dollar par jour. Pour 2001 seulement, une vingtaine de personnes ont été refusées par cet établissement. En dépit du fait que la régie ait octroyé un budget supplémentaire pour couvrir les frais des médicaments, il persiste à refuser l'accès à certaines personnes. Cependant, nos travaux ne nous ont pas permis de constater si cette situation se produisait ailleurs.
- 2.68** Bien que nous ayons noté une amélioration dans la gestion des mécanismes d'accès depuis notre vérification de 1993-1994, ces situations soulèvent des préoccupations quant à l'accès à toutes les ressources pour certaines personnes.
- 2.69** **Nous avons recommandé aux régies régionales concernées de s'assurer que les usagers ont accès à l'ensemble des ressources de leur territoire.**

État de situation de l'accessibilité

- 2.70** Selon les principes de l'universalité et de l'accessibilité, les personnes en perte d'autonomie qui nécessitent des services d'hébergement doivent avoir accès à des ressources adaptées à leur condition et disponibles en temps opportun. L'accessibilité aux services dépend d'une multitude de facteurs: budget, choix régionaux d'organisation des services, ressources d'hébergement disponibles et critères d'admissibilité.



- 2.71** Or, nos travaux nous ont permis de constater que, selon la région ou le territoire où elles résident, des personnes en attente présentant un profil comparable n’ont pas une chance égale d’accès aux services d’hébergement. Pour ce faire, nous avons analysé l’accessibilité aux lits d’hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés, car ils représentent la majeure partie des ressources et ils accueillent les clientèles présentant les pertes d’autonomie les plus importantes. Nous n’avons pu effectuer le même exercice pour les ressources intermédiaires et de type familial, l’information sur l’accessibilité n’étant pas toujours disponible.
- 2.72** Rappelons que les personnes sont en attente parce que le COA a déterminé que l’hébergement est le meilleur moyen de répondre à leurs besoins. Il convient de mentionner également que les cas les plus urgents sont admis en priorité et qu’il est rare qu’ils attendent longtemps. Le tableau 4 présente, au moment de notre vérification (octobre 2001 à janvier 2002), la situation des gens en attente d’une place en CHSLD, de même que la durée moyenne d’attente depuis la demande.

TABLEAU 4

PORTRAIT RÉGIONAL DE L’ATTENTE D’UNE PLACE EN CHSLD (publics et privés conventionnés)*

Régions	Nombre de lits en CHSLD	Nombre de personnes en attente par 100 lits	Moyenne de jours en attente
Bas-Saint-Laurent (01)	1 358	2,8	74
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	1 278	3,4	113
Québec (03)	4 102	**	**
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	2 783	1,4	100
Estrie (05)	1 676	6,9	130
Montréal-Centre (06)	13 482	9,9	153
Outaouais (07)	1 283	8,9	144
Abitibi-Témiscamingue (08)	686	9,6	133
Côte-Nord (09)	390	2,3	99
Baie-James (Nord-du-Québec) (10)	38	0,0	0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (11)	668	2,5	62
Chaudière-Appalaches (12)	2 149	7,5	190
Laval (13)	1 447	5,2	128
Lanaudière (14)	1 567	9,1	160
Laurentides (15)	1 871	5,7	181
Montérégie (16)	5 317	10,9	172
Total	40 095		
Moyenne		7,9	155

* Les données obtenues des régies régionales, entre octobre 2001 et janvier 2002, ont été ajustées pour remédier à certains problèmes de comparabilité. L’information n’était pas disponible pour les régions du Nunavik (17) et du Conseil cri (18).

** Les données de cette région n’ont pas été présentées en raison de problèmes de fiabilité qui ont été décelés lors de nos travaux et qui n’ont pu être corrigés par la régie avant la publication de ce rapport.

Sources : MSSS et régies régionales.



Les délais d'attente varient parfois de façon marquée d'une région à l'autre.

- 2.73** Nous observons que le nombre de personnes en attente par lit et les délais correspondants varient parfois de façon marquée d'une région à l'autre. Ainsi, une personne peut attendre deux mois avant d'être hébergée dans une région alors que dans une autre, c'est plus de six mois qu'il lui faudrait attendre.
- 2.74** Par ailleurs, le même constat s'applique lorsque nous comparons les territoires d'une même région. En effet, dans certains territoires, il existe des problèmes d'accessibilité aux lits d'hébergement alors que dans d'autres, l'attente est presque nulle ou encore des lits sont vacants. Le tableau 5 présente pour deux régions les écarts entre certains territoires au moment de notre vérification dans les régions (octobre 2001 à janvier 2002).

TABLEAU 5

ÉCART DANS L'ACCESSIBILITÉ À L'INTÉRIEUR D'UNE MÊME RÉGION
(CHSLD publics et privés conventionnés)

Régions	Territoires choisis	Nombre de personnes en attente par 100 lits	Nombre de personnes en attente	Moyenne de jours en attente
Région A	Territoire 1	3,6	21	118
	Territoire 2	10,2	34	125
	Territoire 3	22,2	349	208
Région B	Territoire 1	3,8	13	95
	Territoire 2	9,4	20	220
	Territoire 3	17,7	38	336

Sources : MSSS et régies régionales.

Certaines personnes doivent attendre de longues périodes à domicile.

- 2.75** Outre la disponibilité des ressources financières, d'autres raisons expliquent les écarts relatifs à l'accessibilité aux services en CHSLD : la répartition des ressources d'hébergement entre les territoires d'une même région, l'intensité des services de maintien à domicile, l'insuffisance de places spécialisées pour certaines clientèles (troubles du comportement, problèmes cognitifs, jeunes adultes), l'incapacité physique de certains CHSLD d'accueillir des clientèles lourdes et, dans certains cas, l'insuffisance de ressources intermédiaires et de type familial pour héberger une clientèle plus légère.
- 2.76** En conséquence, pour obtenir une place pouvant répondre à leurs besoins, certaines personnes en perte d'autonomie peuvent devoir attendre de longues périodes à domicile.
- 2.77** Le CLSC est responsable d'assurer les services requis par les personnes à domicile ou en résidence privée en attente d'une place d'hébergement en raison de leur perte d'autonomie. Or, le rapport 2000-2001 (tome II) du Vérificateur général sur les services à domicile indique que le nombre élevé de demandes amène les CLSC à ajuster les services qu'ils offrent en fonction de leurs ressources. Ainsi, ils ne peuvent répondre à toutes les demandes formulées ou encore aux besoins réels



de la clientèle. Notre rapport mentionne également que les personnes âgées en perte d'autonomie sont les principales personnes visées par les plafonds d'heures de services. En plus d'amener un risque d'épuisement des proches, cette situation peut faire en sorte que la condition de la personne se détériore plus rapidement et, jumelée au manque de lits dans certaines régions ou certains territoires, elle peut entraîner un achalandage accru dans les urgences des hôpitaux et même dans l'occupation de lits de courte durée.

- 2.78** À titre d'exemple, dans une région vérifiée, une soixantaine de personnes en attente d'hébergement occupaient un lit de courte durée d'un CHSGS, ce qui avait des conséquences sur l'engorgement de son urgence. Afin de pallier cette situation, l'établissement a recours actuellement à 45 places achetées dans le secteur privé.
- 2.79** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de s'assurer que les personnes en attente ont une chance égale d'accès aux ressources d'hébergement.**

Fiabilité des données

- 2.80** Certaines données sont essentielles pour être en mesure d'apprécier la capacité du réseau à répondre à la demande d'hébergement et à prendre les décisions qui s'imposent en temps opportun. À cette fin, les régies régionales transmettent trimestriellement au ministère des données sur l'accessibilité dans leur région.
- 2.81** Le ministère et certaines régies régionales ne disposent pas d'une information fiable et comparable à l'égard de l'accessibilité aux services d'hébergement des personnes en perte d'autonomie.
- 2.82** En effet, le nombre de personnes en attente apparaissant sur les rapports transmis au ministère par quatre régies régionales n'est pas toujours établi selon les critères définis par le ministère. Par exemple, pour plusieurs régions, une personne déjà admise dans une ressource d'hébergement est considérée comme n'étant pas en attente même si cette ressource ne correspond pas à son premier choix alors que d'autres régies considèrent ce type de personne comme étant en attente. Ainsi, c'est plus de 800 personnes qu'il faut soustraire des rapports obtenus par le ministère pour que l'information soit comparable.
- 2.83** Parfois, la fiabilité de l'information peut également être remise en question. Par exemple, dans deux régions, des gens inscrits sur les listes d'attente étaient décédés ou déjà hébergés depuis plus d'un an. Pour une de ces régions, ces problèmes de fiabilité étaient tels qu'ils nous ont empêchés de présenter l'information à notre tableau 4, la régie étant incapable de corriger sa liste avant la publication de notre rapport. Pour l'autre région visitée, une analyse plus approfondie des listes d'attente a permis de ramener le nombre de personnes en attente de 34 à 5 pour un des territoires. Sept d'entre elles étaient décédées, dont une depuis plus de trois ans.



- 2.84** Pour obtenir un portrait fiable et comparable, pour l'ensemble du Québec, c'est au moins 20 p. cent du nombre de gens en attente qui ne devraient pas apparaître sur les rapports reçus par le ministère.
- 2.85** En outre, même si les données sont transmises trimestriellement au ministère par les régies régionales, les dernières données qu'il a validées en janvier 2002 dataient du 30 septembre 2000, soit plus d'un an. Le délai d'attente moyen pour un hébergement en CHSLD étant de 155 jours, il est probable que, au moment où le ministère traite l'information reçue, la quasi-totalité des personnes apparaissant sur les listes soient déjà hébergées. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la pertinence de traiter ces données.
- 2.86** Par conséquent, le portrait de la situation des régions ou des territoires dont dispose le ministère est difficilement comparable et s'en trouve erroné. Son information sur l'accessibilité ne suffit donc pas pour effectuer une analyse en profondeur de la problématique, ce qui lui permettrait pourtant d'apporter les correctifs nécessaires au bon endroit et surtout en temps voulu.
- 2.87** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales d'exiger et de recueillir une information comparable et fiable pour déceler en temps opportun les situations problématiques à l'égard de l'accessibilité aux services d'hébergement.**

Services offerts en hébergement public

- 2.88** Comme nous le disions précédemment, l'alourdissement des clientèles a un effet important sur le fonctionnement des CHSLD. Le tableau 6 démontre l'évolution du profil des clientèles hébergées dans une unité type de CHSLD, basée sur l'ensemble des centres d'hébergement d'une région.

TABLEAU 6

COMPARAISON SUR 15 ANS DES SERVICES REQUIS PAR LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE DANS UNE UNITÉ TYPE EN CHSLD (public et privé conventionné)

Unité typique d'un CHSLD – 32 lits	1985 (%)	2000 (%)
Personnes hébergées pour une perte d'autonomie physique	88	32
Personnes hébergées pour une perte d'autonomie cognitive (Alzheimer, autres démences)	12	68
Personnes qui sont alitées	25	44
Personnes qui ne peuvent plus communiquer précisément leurs besoins	25	62
Personnes qui ont besoin d'aide complète pour s'alimenter	6	38
Personnes qui ont besoin d'aide pour leurs soins d'hygiène	50	94
Personnes qui sont incontinentes	32	62

Source: Regroupement des centres d'hébergement et de soins de longue durée – région de Montréal-Centre, mars 2000.



- 2.89 Cette évolution illustre bien l'importance d'adapter les services et de former le personnel pour faire face à la nouvelle réalité des CHSLD.
- 2.90 Nous avons porté notre analyse sur les différents moyens pouvant être mis en place par le réseau public pour favoriser la qualité des services. Parmi eux se retrouvent l'évaluation des besoins de l'utilisateur, l'élaboration d'un plan d'intervention, les services offerts par les établissements, la formation et l'évaluation du personnel de même que les contrôles mis en place à l'égard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

Évaluation des besoins et plan d'intervention

- 2.91 En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, un CHSLD doit voir à ce que les besoins des usagers soient évalués et que les services requis leur soient offerts. En outre, le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit qu'un plan d'intervention doit être établi pour chaque bénéficiaire. En effet, il est de première importance pour un établissement de connaître les besoins et de déterminer les services à donner ainsi que les ressources requises pour y répondre.
- 2.92 À cette fin, une équipe interdisciplinaire doit se réunir périodiquement pour évaluer les besoins de l'utilisateur et pour établir un plan d'intervention. Déjà en 1994, la Fédération québécoise des CHSLD recommandait le fonctionnement en interdisciplinarité dans son guide d'élaboration des politiques et procédures en CHSLD. Le plan d'intervention contient les objectifs permettant de répondre aux besoins de l'utilisateur ainsi que les actions, réparties entre les différents intervenants, nécessaires pour les atteindre. Il en découle une meilleure coordination et une meilleure continuité des interventions entre les services d'un établissement. Enfin, le plan d'intervention peut être considéré comme la première étape en matière de contrôle de la qualité.
- 2.93 L'analyse de 143 dossiers sélectionnés au hasard dans les 11 établissements visités révèle des lacunes relatives à l'évaluation des besoins des personnes hébergées, ainsi qu'à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'intervention interdisciplinaires qui devraient découler de cette évaluation.
- 2.94 Pourtant, des experts, dont la Fédération québécoise des CHSLD, recommandent qu'une rencontre d'équipe concernant l'utilisateur soit effectuée dans le mois suivant son admission afin de procéder à l'évaluation de ses besoins et élaborer le plan d'intervention interdisciplinaire. Plusieurs des établissements vérifiés se sont fixé un délai de six à huit semaines pour tenir cette rencontre. Or, 57 p. cent des dossiers examinés ne répondaient pas à cet objectif.
- 2.95 Aussi, 19 usagers (13 p. cent) n'avaient jamais fait l'objet d'une évaluation ni d'un plan d'intervention interdisciplinaire, et ce, même si 13 d'entre eux étaient hébergés depuis plus d'un an. Cette situation est préoccupante : plusieurs de ces personnes sont en lourde perte d'autonomie et 4 d'entre elles vivent en établissement depuis près de cinq ans.

Certains usagers n'avaient jamais fait l'objet d'un plan d'intervention interdisciplinaire.



- 2.96** Par ailleurs, la réévaluation annuelle des usagers est rarement faite. En effet, parmi les 59 dossiers d'usagers qui sont hébergés depuis plus de trois ans, 80 p. cent n'avaient pas fait l'objet d'une révision annuelle de leur plan d'intervention ou au minimum d'une réévaluation de leur condition. C'est le cas d'une personne de 91 ans atteinte de démence dont la seule évaluation remonte à son admission il y a plus de cinq ans. À cette époque, elle requérait déjà plus de trois heures-soins par jour.
- 2.97** Pourtant, le règlement exige la révision du plan d'intervention tous les trois mois. Or, nous n'avons pas pu trouver de preuve dans les dossiers qu'ils étaient révisés à la fréquence prescrite.
- 2.98** Dans certains établissements, le personnel explique l'absence de révision régulière de l'évaluation des besoins et des plans d'intervention par le manque de temps et de ressources ou par le fait qu'il côtoie quotidiennement les usagers et qu'il peut donc détecter rapidement tout problème.
- 2.99** En l'absence de révision régulière, la concertation sur les services à offrir peut être déficiente, les actions des différents intervenants peuvent être divergentes et les objectifs du plan peuvent être inappropriés à la situation de l'utilisateur ou être désuets. Pourtant, l'évaluation des besoins et le plan d'intervention permettent aux intervenants de se rendre compte de l'aggravation insidieuse des problèmes et de l'apparition de problèmes jusque-là cachés et enfin, d'adapter leurs interventions en conséquence.
- 2.100** **Nous avons recommandé aux établissements**
- **d'évaluer périodiquement les besoins des usagers comme l'exige la Loi sur les services de santé et les services sociaux;**
 - **d'élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire pour chaque usager le plus rapidement possible après son admission et de le réviser périodiquement selon la fréquence prévue par le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.**

Services offerts aux usagers

- 2.101** Les services offerts par les CHSLD publics et privés conventionnés sont très variés : ils vont des services infirmiers et de réadaptation aux services d'hôtellerie en passant par les services d'assistance et psychosociaux. Le ministère précise dans ses orientations que ces services et plusieurs autres doivent être disponibles quels que soient le milieu de vie ou la région où habite la personne. De plus, en vertu du principe de l'universalité, les personnes en perte d'autonomie s'attendent à ce que, pour un même besoin, les services offerts soient comparables.



Le taux de réponse ne tient pas compte de l'ensemble des besoins des usagers.

- 2.102** Dans le réseau, l'indicateur le plus utilisé est le taux de réponse aux besoins. On y a recours notamment pour répartir les nouveaux budgets ou pour établir des comparaisons entre les CHSLD quant à leur capacité à répondre aux besoins de leurs usagers. Il est le résultat du nombre d'heures travaillées par le personnel infirmier et les préposés divisé par le nombre d'heures-soins requises par les résidents.
- 2.103** Bien que le taux de réponse permette de faire ressortir des différences entre les établissements et entre les régions, il comporte des faiblesses. Par exemple, les heures-soins utilisées pour le calcul ne tiennent pas compte, entre autres, des besoins qui sont liés aux problèmes cognitifs des usagers de même qu'à la physiothérapie, à l'ergothérapie et aux services psychosociaux; il ne permet donc qu'une vision partielle de la réponse aux besoins de la personne. De plus, même si les établissements peuvent adhérer volontairement à des programmes d'agrément, nous n'avons retracé, au cours de nos travaux, aucun indicateur permettant de mesurer la qualité du milieu de vie, la qualité des services ou la satisfaction des usagers, éléments sur lesquels le ministère est d'ailleurs peu informé.
- 2.104** Même si l'indicateur utilisé est incomplet, le ministère n'a fixé d'objectif ni aux régions ni aux établissements, en matière de réponse aux besoins de leurs usagers. Alors que la moyenne provinciale se situe à environ 76 p. cent, il existe des différences importantes d'une région à l'autre et parfois même à l'intérieur d'une région, comme l'indique le tableau 7.

TABLEAU 7

RÉPONSE AUX BESOINS EN SOINS INFIRMIERS ET D'ASSISTANCE
PAR LES CHSLD PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS
SELON LES RÉGIONS POUR 1999-2000
(en pourcentage)

Régions	Taux de réponse moyen	Taux maximum	Taux minimum
Région A	84	94	73
Région B	84	107	69
Région C	67	77	55
Région D	69	90	58

Source : MSSS.

- 2.105** Nous avons demandé aux intervenants à quoi correspondait le pourcentage de besoins sans réponse. Les réactions ont été variables: certains répondent à tous les besoins mais plus rapidement; le volet « communication avec l'utilisateur » est négligé; des heures de repas sont écourtées; des résidents sont levés moins fréquemment et un deuxième bain requis n'est pas donné. Enfin, il arrive que des réunions interdisciplinaires n'aient pas lieu.



**Services professionnels :
disponibilité et intensité
variables.**

- 2.106** Au regard des autres services professionnels – physiothérapie, ergothérapie, services psychosociaux –, force est de constater que les gens n'ont pas accès aux mêmes services d'un établissement à l'autre, tant au niveau de leur disponibilité que de leur intensité.
- 2.107** Parmi les 233 CHSLD publics et privés conventionnés, 135 ont comme unique mission l'hébergement de longue durée. Pour fins de comparaison, nous avons compilé pour ces établissements, à partir de leurs rapports financiers, le nombre de minutes hebdomadaires qui pouvaient être consacrées à un usager par chacun de ces services. Il est préoccupant de constater qu'un ou plusieurs de ces services ne sont pas disponibles dans plusieurs établissements. Ainsi, pour l'ensemble des régions, 27 p. cent de ces établissements n'ont pas d'ergothérapeute alors que 15 p. cent n'ont pas de physiothérapeute. La situation est pire au regard des services psychosociaux puisque 44 p. cent de ces établissements n'en ont pas. De plus, ces trois services sont absents de 6 p. cent des établissements.
- 2.108** Le tableau 8 fait ressortir, pour chacune de ces disciplines, des écarts quant à la disponibilité et à l'intensité des services, et ce, pour des établissements de taille équivalente et qui hébergent des clientèles semblables.

TABLEAU 8

DISPONIBILITÉ ET INTENSITÉ DES AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS
EN CHSLD (publics et privés conventionnés) POUR 2000-2001

	Nombre de minutes hebdomadaires par usager		
	Physiothérapie	Ergothérapie	Services psychosociaux
CHSLD A	75	45	21
CHSLD B	43	44	12
CHSLD C	6	13	1
CHSLD D	14	5	3

Source : MSSS (rapports financiers AS-471).

- 2.109** Nous constatons donc qu'il existe des différences notables entre ces établissements et nous retrouvons parmi les principales causes de cette disparité les choix des établissements pour ce type de services, la répartition de leurs ressources humaines et les difficultés de recrutement, surtout pour les services de réadaptation.
- 2.110** À l'heure actuelle, il n'existe pas de norme quant aux ratios de personnel infirmier, d'assistance et spécialisé nécessaire. Dans ce contexte et en l'absence d'indicateur fiable, le ministère et les régies régionales peuvent difficilement savoir si les services offerts sont suffisants pour répondre aux besoins de la clientèle.



- 2.111** L'absence, ou l'insuffisance, des autres services professionnels peut avoir un impact sur la qualité de vie et le maintien de l'autonomie des personnes hébergées. En effet, plusieurs d'entre elles doivent vivre avec des limitations physiques, sont sensibles aux changements d'environnement ou vivent des deuils. Or, ces services leur permettent de préserver leur bien-être mental et ils ont un effet positif sur leur santé physique.
- 2.112** Les installations physiques présentent également des différences importantes. Depuis 1999, il existe un guide ministériel d'aménagement qui établit certains paramètres d'aménagement minimaux, mais il ne s'applique qu'aux nouvelles constructions et aux rénovations. Ainsi, certains établissements vont dans le sens de ce guide en offrant des chambres simples, des toilettes semi-privées et des aires de circulation adaptées aux fauteuils roulants. À l'opposé, d'autres offrent des salles de six personnes, des chambres si petites qu'il faut déplacer des meubles pour prodiguer des soins au patient, une toilette pour 17 personnes et des chambres situées le long d'un corridor en pente.
- 2.113** Les situations présentées ci-dessus nous semblent d'autant plus déplorables que les gens n'ont pas toujours le choix de l'endroit où ils sont hébergés, soit parce qu'il y a une seule ressource d'hébergement près de leur milieu, soit que les délais d'attente pour le centre d'hébergement de leur choix sont trop longs.
- 2.114** **Nous avons recommandé au ministère d'établir des mécanismes pour connaître l'ensemble des besoins des usagers, la qualité du milieu de vie, la qualité des services, la satisfaction de la clientèle et de bien mesurer le taux de réponse aux besoins.**
- 2.115** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de s'assurer que, pour répondre à un même besoin, les services offerts aux usagers sont comparables quant à leur disponibilité et à leur intensité.**

Formation et évaluation du personnel

- 2.116** La diversité des clientèles hébergées, jeunes adultes et personnes âgées, ainsi que la variété et l'intensité de leurs besoins propres et multidimensionnels exigent de nouvelles compétences de la part des intervenants. Outre les critères d'embauche qui assurent une formation de base adéquate, la formation continue est essentielle à la mise à jour des connaissances et des pratiques ainsi qu'à une dispensation de soins et services de qualité.
- 2.117** La loi prévoit que les établissements doivent dresser un plan d'action pour le développement de leur personnel, le réviser annuellement et y inclure des mesures d'évaluation. Or, 8 des 11 établissements visités n'ont pas été en mesure de nous remettre un tel plan, ni d'autres documents à cet effet.

***Des établissements
n'ont pas de plan d'action
pour le développement
de leur personnel.***



- 2.118** Par ailleurs, bien que ce plan doive contenir des mesures relatives à l'évaluation du personnel, seuls 3 des 11 établissements effectuaient une telle démarche. Ce moyen leur permettrait pourtant de recenser les besoins en formation.
- 2.119** Au cours de nos travaux, plusieurs intervenants nous ont fait part de leur préoccupation concernant entre autres l'insuffisance d'activités de formation et surtout, le manque d'adaptation aux nouvelles réalités de la clientèle.
- 2.120** Des gestionnaires ont mentionné la difficulté de remplacer le personnel en formation pour expliquer le fait de ne pas en donner autant qu'ils le voudraient. D'ailleurs, l'intensité de la formation varie énormément d'un établissement à l'autre dans le réseau. Le tableau 9 dresse un portrait du nombre moyen de jours de formation offerts à certains employés (personnel infirmier et préposés), par poste équivalent temps complet (ETC), pour les trois dernières années, pour des établissements de taille et de mission comparables.

TABLEAU 9

MOYENNE ANNUELLE DE JOURS
DE FORMATION PAR ETC POUR LA PÉRIODE
DE 1998-1999 À 2000-2001

	Moyenne par ETC
CHSLD A	4,4
CHSLD B	4,2
CHSLD C	4,1
CHSLD D	1,5
CHSLD E	1,5
CHSLD F	1,2
Moyenne provinciale	2,7

Source : MSSS (rapports financiers AS-471).

- 2.121** **Nous avons recommandé aux établissements de dresser un plan d'action pour le développement de leur personnel qui inclut, entre autres, des mesures relatives à son évaluation et à son perfectionnement et de le réviser chaque année, conformément à ce qui est prévu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.**

Ressources intermédiaires et ressources de type familial

- 2.122** Lorsque la perte d'autonomie d'une personne n'est pas jugée suffisamment importante pour justifier un hébergement en CHSLD, le comité d'orientation et d'admission peut la diriger vers une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial.



- 2.123** Ces ressources, liées par contrat à un CHSLD public, doivent offrir aux personnes qui leur sont confiées un milieu de vie adapté à leurs besoins et, dans le cas des ressources intermédiaires, les services de soutien et d'assistance que nécessite leur condition. Les ressources de type familial accueillent un maximum de neuf personnes et leur fournissent des conditions de vie s'approchant le plus possible de celles d'un milieu familial.
- 2.124** En avril 2001, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifiée pour définir les rôles des ressources intermédiaires et de type familial et préciser les rôles et responsabilités du ministère, des régies régionales et des CHSLD publics à leur égard. Les principaux éléments concernent notamment une définition de critères de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial par les régies régionales ainsi que leur évaluation et leur mode de rétribution. Pour ce qui est des ressources intermédiaires, le ministère est venu expliciter la loi par un cadre de référence. En ce qui concerne les ressources de type familial, un guide d'orientation sur la pratique professionnelle existe déjà depuis 1992.
- 2.125** Le ministère s'est donné un horizon de trois ans pour mettre en place le cadre de référence concernant les ressources intermédiaires. Il est à noter que même si les articles de loi et le cadre de référence ne sont en vigueur que depuis un an, des établissements du réseau recourent à ce type de ressources depuis déjà plusieurs années. Nos travaux de vérification font ressortir que beaucoup de travail reste à accomplir en ce qui a trait à la reconnaissance et à l'évaluation des ressources intermédiaires et des ressources de type familial ainsi qu'à la rétribution des ressources intermédiaires.
- 2.126** En effet, même si les régies régionales doivent définir des critères de reconnaissance des ressources intermédiaires et des ressources de type familial pour préciser le cadre de référence, sept d'entre elles n'ont pu nous les fournir pour l'une ou pour l'autre de ces ressources. Pourtant, ces critères permettraient de fournir une assurance que ces ressources répondent aux mêmes normes de qualité.
- 2.127** Selon la loi, les CHSLD publics doivent évaluer les ressources intermédiaires et de type familial sous leur responsabilité. Nos travaux font ressortir que cette pratique n'est pas encore implantée systématiquement. Ainsi, dans les 26 dossiers examinés, nous avons trouvé peu d'information nous permettant de conclure qu'une évaluation initiale de la ressource avait été effectuée. De plus, peu de réévaluations annuelles avaient eu lieu.
- 2.128** Par suite d'une modification à la loi, une nouvelle échelle des taux de rétribution a été déterminée par les régies régionales et approuvée par le ministre. La loi permet, à compter du 1^{er} avril 2001, un délai de trois ans pour l'ajuster. Pour les ressources existantes à cette date et qui ne reçoivent pas la rétribution prévue, le ministère a déterminé qu'une somme de 30 millions de dollars serait injectée, dont 6,5 millions en 2000-2001 et le solde de 23,5 millions réparti sur la période transitoire de trois ans se terminant le 31 mars 2004, à raison de 30 p. cent la

**Ressources intermédiaires :
beaucoup de travail
reste à accomplir.**



première et la deuxième année et de 40 p. cent la troisième année. Indépendamment des sommes versées au cours de la période transitoire, les ressources intermédiaires doivent être rétribuées selon l'échelle définie au plus tard le 1^{er} avril 2004. Au moment de nos travaux, nous n'avons pu établir si l'écart entre la nouvelle échelle des taux de rétribution et la rétribution payée sera effectivement comblé, faute d'information complète. Cette situation ne prévaut pas pour les ressources intermédiaires reconnues après le 1^{er} avril 2001 puisqu'elles reçoivent la rétribution prévue dès leur accréditation.

- 2.129 Finalement, alors qu'il existe un inventaire pour les ressources intermédiaires, il nous a été impossible d'en obtenir un du ministère pour les ressources de type familial.
- 2.130 **Nous avons recommandé aux régies régionales de définir des critères de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial, comme le prévoit la loi.**
- 2.131 **Nous avons recommandé aux établissements de faire une évaluation périodique des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.**
- 2.132 **Nous avons recommandé au ministère de recueillir et mettre à jour les données sur les ressources de type familial.**

Hébergement privé

- 2.133 Au Québec, depuis une dizaine d'années, on assiste à une prolifération des résidences privées. Selon le dernier recensement effectué en 1994 par les régies régionales, elles étaient au nombre de 2 349 et elles offraient 78 141 places d'hébergement. De plus, selon les dernières données, 54 CHSLD privés non conventionnés offrent 2 874 places.
- 2.134 Seule une résidence privée détentrice d'un permis de CHSLD privé non conventionné peut offrir des services propres à la mission d'un CHSLD aux personnes hébergées en perte d'autonomie. Ainsi, la prestation de services professionnels tels les services infirmiers, de réadaptation, psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux nécessite l'obtention d'un permis. La résidence devient alors un CHSLD privé non conventionné.

Résidences privées

- 2.135 Une résidence privée est une habitation collective de type chambre et pension, appartenant à une personne morale ou physique, qui offre des services d'hébergement.
- 2.136 Si une personne en perte d'autonomie est hébergée en résidence privée sans permis, le réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité de s'assurer qu'elle reçoit les services requis. Conformément au cadre de référence sur les services à domicile, elle peut les recevoir du CLSC au même titre que si elle était à domicile. Le ministère, de concert avec les régies régionales, peut inspecter les



résidences privées pour identifier les personnes en perte d'autonomie, les évaluer et s'assurer qu'elles reçoivent les services dont elles ont besoin, allant même jusqu'à les replacer, le cas échéant, dans des établissements du réseau.

L'inventaire ministériel des résidences privées n'a pas été remis à jour depuis 1994.

- 2.137** Afin de pouvoir identifier les personnes en perte d'autonomie hébergées dans des résidences privées et de connaître les résidences qui n'ont pas de permis, il est important que le ministère et les régies régionales disposent d'une bonne connaissance de ce secteur, encore plus pour les résidences qui offrent des services professionnels.
- 2.138** Au cours des dernières années, la situation des résidences privées offrant des services professionnels aux personnes en perte d'autonomie sans détenir de permis a fait l'objet de plusieurs études dont notre rapport de 1993-1994. Bien au fait de cette problématique, le ministère a réalisé, en 1994, un inventaire de l'ensemble des résidences privées sans permis. L'objectif était de dresser un profil de ce type de ressources en précisant notamment le nombre de places, le profil de la clientèle hébergée de même que les services qui y sont dispensés. La même année, le ministère a déposé un plan d'action afin d'assurer aux personnes en perte d'autonomie demeurant dans les résidences privées non titulaires d'un permis tous les soins et services de qualité que leur état requiert.
- 2.139** Il est étonnant que l'inventaire ministériel des résidences privées sans permis n'ait pas été remis à jour depuis 1994, et qu'au niveau régional, il date souvent de plusieurs années. Cette situation est paradoxale puisque les intervenants s'entendent pour reconnaître la croissance importante de ce secteur et le fait que ces résidences hébergent des personnes en perte d'autonomie en plus de leur offrir des services professionnels sans permis. D'ailleurs, selon deux études, cette clientèle représenterait près de 50 p. cent des personnes hébergées dans ces résidences. Nous avons noté que certaines vont même jusqu'à faire de la publicité pour recruter ce type de clientèle.
- 2.140** Faute d'une connaissance suffisante de l'ensemble des résidences, le ministère et les régies régionales ne sont pas en mesure d'identifier toutes celles qui dispensent des services professionnels aux personnes en perte d'autonomie sans détenir le permis requis.
- 2.141** Au surplus, les régies régionales sont au fait de cette réalité. Dans certaines régions, des personnes en perte d'autonomie ayant besoin de services professionnels sont dirigées par le réseau vers des résidences sans permis.
- 2.142** Ce n'est pas tout d'avoir une bonne connaissance de ces résidences, encore faut-il mettre en place des mécanismes permettant de s'assurer que les personnes en perte d'autonomie qui y sont hébergées reçoivent les services requis par leur condition.
- 2.143** En plus, dans ses orientations de 2001, le ministère mandate les régies régionales pour inventorier régulièrement les résidences privées de leur territoire, établir des normes de qualité des services et les visiter chaque année. Il envisage aussi différentes avenues, tel l'achat de places dans des résidences privées pour assurer une meilleure complémentarité entre les secteurs public et privé.



- 2.144** Or, tandis que deux des quatre régies régionales visitées avaient posé des gestes en vue de mieux connaître les résidences privées et y exercer un certain contrôle de la qualité, les deux autres se limitaient à un suivi des signalements déposés notamment par des résidents insatisfaits, ce qui est nettement insuffisant étant donné que les personnes hébergées, c'est un fait reconnu, hésitent à se plaindre par peur de représailles. En réponse au sondage que nous avons effectué, sept autres régies régionales nous ont également confirmé ne pas avoir mis tous les contrôles en place.
- 2.145** Les lacunes soulevées précédemment seraient moins préoccupantes si les CLSC remplissaient pleinement leur rôle et dispensaient tous les services requis aux personnes en perte d'autonomie hébergées en résidence privée. Or, comme le constatait notre récent rapport sur les services à domicile, l'intensité des services offerts – qui sont parfois plafonnés – ne permet pas de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Nos travaux confirment cette situation et démontrent que les CLSC ne sont pas toujours en mesure d'offrir les services aux personnes hébergées dans les résidences privées sans permis. Par exemple, l'information recueillie concernant 21 dossiers de personnes en attente d'hébergement d'un territoire et logées dans des résidences privées sans permis a révélé que, dans une proportion de 71 p. cent, elles ne recevaient aucun service du CLSC. Dans les autres cas, les services se limitaient à de l'aide au bain une fois par semaine.
- 2.146** Par conséquent, le ministère et les régies régionales n'ont pas l'assurance que les personnes en perte d'autonomie qui habitent dans des résidences privées, et dont le nombre s'accroît, reçoivent les services requis par leur condition.
- 2.147** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales**
- **de connaître les résidences privées de leur territoire;**
 - **de s'assurer que seules les résidences privées qui détiennent un permis dispensent des services professionnels aux personnes en perte d'autonomie.**
- 2.148** **Nous avons recommandé aux régies régionales de s'assurer que les personnes en perte d'autonomie hébergées dans des résidences privées reçoivent les services requis par leur condition.**

CHSLD privés non conventionnés

- 2.149** Le ministère a publié en 1995 un guide d'information précisant les préalables à une demande de permis de CHSLD privé non conventionné pour les résidences désirant dispenser des services professionnels à leur clientèle en perte d'autonomie. Nous y retrouvons l'obligation de fournir des documents attestant, entre autres, de la conformité des installations physiques et détaillant les services offerts ainsi que les besoins en ressources humaines. Il revient à la régie régionale d'analyser les demandes et de transmettre sa recommandation au ministère pour l'émission du permis.



Les contrôles relatifs aux permis sont variables et parfois inexistants.

- 2.150** Nous avons constaté que les contrôles exercés par le ministère et par les régies régionales n'assurent pas que les permis sont émis à des résidences respectant les conditions requises. Une fois le permis obtenu, les contrôles sont variables et parfois inexistants.
- 2.151** Par exemple, pour deux des régies régionales visitées, les dossiers de CHSLD privés non conventionnés contenaient de nombreux documents tels les plans et devis du bâtiment, un plan d'affaires ainsi que de l'information propre aux activités, au personnel et aux propriétaires. De plus, des rapports d'activité et des preuves de correspondance et d'inspection sur place attestaient un certain suivi. Pour les deux autres régies, les dossiers contenaient outre une copie du permis, une information très limitée. Nul doute que le peu d'information ne permet pas une connaissance adéquate des activités de ces CHSLD.
- 2.152** Les contrôles effectués lors de l'émission d'un permis prennent toute leur importance étant donné que de nouvelles dispositions dans la loi prévoient que les permis demeurent maintenant valides tant qu'ils ne sont pas modifiés. Cette situation justifie d'autant plus la mise en place de mesures de suivi de la part des régies régionales concernant la qualité des services.
- 2.153** Étant donné ces lacunes, rien n'assure que tous les établissements privés non conventionnés répondent aux mêmes critères de qualité.
- 2.154** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de s'assurer que les contrôles exercés lors de l'émission du permis et tout au long de la détention du permis garantissent que les établissements répondent aux mêmes critères de qualité.**

Information de gestion et reddition de comptes

- 2.155** Afin de dresser un bilan objectif des services d'hébergement, le ministère et les régies régionales doivent être en mesure d'apprécier la performance des établissements au moyen d'indicateurs fiables et de comparer les résultats de façon à appliquer les mécanismes les plus appropriés.
- 2.156** Nous avons vu que la gestion judicieuse de telles activités nécessite la collecte, l'analyse et le suivi de données pour être en mesure notamment de planifier les services ou de remédier rapidement à des problèmes ponctuels. Or, comme nos constats précédents le démontrent, l'information du ministère relativement au nombre de lits disponibles dans le réseau, à l'accessibilité aux services, aux services offerts par les établissements ainsi qu'au secteur privé est insuffisante, pas toujours fiable, difficilement comparable et n'est pas toujours disponible en temps opportun.
- 2.157** Actuellement, outre les rapports financiers et statistiques qui fournissent certaines informations de gestion, les systèmes en place ne permettent pas de compiler des données pour l'ensemble des services d'hébergement. Il y a environ sept ans, les régions ont commencé à implanter le système SICHELD (Système d'information



clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée) et, jusqu'à maintenant, plus de 10 millions de dollars y ont été investis. Utilisé surtout pour la planification des soins infirmiers, ce système permet d'élaborer des plans d'intervention, parfois interdisciplinaires, et de recueillir des données sur les heures-soins requises. Cependant, il n'est pas implanté dans toutes les régions, et là où il l'est, le niveau d'implantation et d'utilisation varie d'un établissement à l'autre. Par exemple, des établissements l'utilisent seulement pour la saisie des données démographiques alors que d'autres vont jusqu'à l'élaboration de plans d'intervention.

La reddition de comptes est incomplète pour déterminer si le réseau répond aux besoins.

2.158 Par ailleurs, la reddition de comptes effectuée par certaines régies régionales et le ministère est incomplète et ne permet pas de déterminer si le réseau répond aux besoins des personnes hébergées ni d'informer sur l'atteinte des objectifs et la performance des différents intervenants. Les rapports annuels sont d'ailleurs peu explicites à ces égards. En l'absence d'une information assez étoffée, le ministère et les régies peuvent difficilement évaluer la performance des établissements et mettre en place les mesures appropriées pour l'améliorer.

2.159 Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales

- **de s'assurer de la disponibilité et de la fiabilité de l'information servant à évaluer la performance des établissements;**
- **d'améliorer la reddition de comptes sur l'atteinte des objectifs à l'égard des services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie et sur la performance des différents intervenants.**

Suivi des recommandations formulées au ministère en 1993-1994

2.160 Au cours de l'année 1993-1994, nous avons effectué une vérification de l'optimisation des ressources portant sur les services d'hébergement permanent offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Cette vérification avait pour but d'évaluer si l'encadrement exercé par le ministère favorisait l'accessibilité à ces services.

2.161 Dans le présent chapitre, nous reprenons le même objectif en l'appliquant aux services d'hébergement offerts à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie. Nous sommes donc en mesure de constater si les recommandations formulées à l'époque ont été prises en compte par le réseau de la santé et des services sociaux et si des correctifs ont été apportés aux lacunes relevées.

2.162 Notre suivi révèle qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à remédier aux problèmes soulevés et le ministère poursuit actuellement des travaux à cet effet. Le tableau 10 présente le degré d'application de chacune des recommandations et les mesures prises ou à prendre par le ministère pour améliorer les services d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans le réseau de la santé et des services sociaux. Des neuf recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard de ces services, trois ont été appliquées, quatre l'ont été partiellement (de façon insatisfaisante), alors que deux ne l'ont pas encore été. Beaucoup d'actions concrètes restent à accomplir.



TABLEAU 10

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministre	
<p>de revoir la façon d'évaluer les besoins en hébergement (les hypothèses pour déterminer les besoins en ressources d'hébergement de longue durée [norme Désy] ne sont pas réalistes).</p> <p>(recommandation appliquée)</p> <p>Une nouvelle norme en matière de lits d'hébergement a été définie pour les personnes âgées de 65 ans et plus (de 3,5 à 4,2 lits par 100 personnes).</p>	<p>Aucun commentaire</p>
<p>de procéder à des études coûts-bénéfices pour déterminer des modalités qui permettraient, dans le cadre des crédits votés par l'Assemblée nationale, l'accessibilité à des ressources d'hébergement privées autofinancées avec permis quelle que soit la capacité de payer de la personne.</p> <p>(recommandation appliquée)</p> <p>Le ministère, en collaboration avec deux régions, a procédé à un projet pilote d'achat de places d'hébergement dans le secteur privé. Actuellement, des places dans le secteur privé sont achetées par des régies régionales ou des établissements.</p>	<p>Aucun commentaire</p>

**TABLEAU 10 (SUITE)**

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministère	
<p>de s'assurer que les comités d'orientation et d'admission gèrent l'admission dans tous les établissements d'hébergement publics et dans les lits de longue durée des centres hospitaliers.</p> <p>(recommandation appliquée)</p> <p>Nos travaux démontrent que les COA gèrent l'ensemble des lits d'hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que les lits de longue durée des centres hospitaliers de leur territoire.</p>	<p>Aucun commentaire</p>
<p>dans le cadre des crédits votés par l'Assemblée nationale, de répondre, en fonction des normes établies, aux besoins des personnes âgées qui sont hébergées et de s'assurer que les établissements d'hébergement publics se conforment aux paramètres techniques minimaux qu'il a établis.</p> <p>(recommandation partiellement appliquée – progrès insatisfaisants)</p> <p>L'absence d'objectifs de la part du ministère au regard des services fait en sorte que les services offerts sont variables d'un établissement à l'autre tant en disponibilité qu'en intensité. Ainsi, des établissements ne sont toujours pas en mesure d'offrir certains services à leur clientèle. Pour ce qui est des installations physiques, il existe un guide ministériel d'aménagement qui établit certains paramètres d'aménagement minimaux, mais il ne s'applique qu'aux nouvelles constructions et aux rénovations.</p>	<p>« Le cadre de référence concernant l'hébergement en CHSLD intitulé "Pratiques et gestion pour un milieu de vie de qualité" précisera les conditions devant prévaloir dans l'organisation et la dispensation des soins et services aux personnes hébergées afin de répondre adéquatement à leurs besoins.</p> <p>« De plus, la révision du guide d'aménagement en fonction des caractéristiques des clientèles actuelles et futures assurera l'adaptation graduelle du parc immobilier.</p>



TABLEAU 10 (SUITE)

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministre	
<p>de s'assurer du respect de la loi à l'égard de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (hébergement non conforme à la loi – secteur privé).</p> <p>(recommandation non appliquée)</p> <p>La situation qui prévaut actuellement à l'égard des résidences privées est semblable à celle de 1993-1994. Bien que le ministre ait publié un cadre de référence en 1994, la loi n'est toujours pas appliquée.</p>	<p>« La situation a évolué de manière importante depuis 1993-1994, notamment, en ce qui a trait à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure connaissance des résidences ; • Des liens de complémentarité des secteurs public et privé mieux articulés ; • Des programmes de qualification implantés dans plusieurs régions ; • La réalisation d'un ensemble de travaux dont des résultats ont été traduits dans les orientations ministérielles et les engagements et perspectives gouvernementales. <p>« De plus, il a été demandé aux régies régionales de constituer un registre de résidences pour personnes âgées sur leur territoire.</p>
<p>de préciser les services à domicile que les CLSC doivent dispenser dans les résidences pour personnes âgées.</p> <p>(recommandation appliquée partiellement – progrès insatisfaisants)</p> <p>Le ministre a bien précisé les services devant être dispensés par les CLSC dans les résidences privées. Toutefois, nos travaux font ressortir que, dans les faits, la clientèle en perte d'autonomie dans les résidences privées ne reçoit pas toujours les services requis par sa condition. Dans certains cas, le CLSC ne les visite pas.</p>	<p>« Le cadre de référence (1994) sur les services à domicile prévoit la desserte par les CLSC des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en résidences privées. Dans le cadre de la mise en œuvre des orientations ministérielles, un chantier, mis en place en 2001 et portant sur la complémentarité avec le secteur privé, abordera cette question.</p> <p>« Les différentes composantes d'implantation des réseaux de services intégrés à l'intention de toutes les personnes âgées d'un territoire devraient faciliter l'identification des besoins en soutien à domicile de toutes les personnes âgées vulnérables, notamment ceux en ressources privées.</p>



TABLEAU 10 (SUITE)

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministère	
<p data-bbox="285 422 690 590">de répartir les ressources de façon équitable en fonction des besoins des personnes âgées, comme l'exige la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>.</p> <p data-bbox="285 611 690 642">(recommandation non appliquée)</p> <p data-bbox="285 653 690 947">Les nouveaux budgets alloués par le ministère tiennent compte de la richesse relative des régions. Toutefois, ils ne représentent que 4 p. cent de l'enveloppe totale allouée pour ces services. Ainsi, 96 p. cent de l'enveloppe est toujours allouée par reconduction.</p>	<p data-bbox="690 422 1484 600">« Des travaux sont en cours afin d'en arriver progressivement à assurer une répartition équitable des enveloppes disponibles. Les orientations ministérielles prévoient la poursuite des travaux relatifs au développement de profils types de besoins et l'utilisation de tels profils dans l'allocation des ressources, notamment à l'échelle intrarégionale.</p>
<p data-bbox="285 999 690 1094">de s'assurer que les personnes âgées sont informées des services qu'elles sont en droit de recevoir.</p> <p data-bbox="285 1104 690 1167">(recommandation partiellement appliquée – progrès insatisfaisants)</p> <p data-bbox="285 1178 690 1661">Bien que le ministère, certaines régies et certains établissements aient publié de l'information sur les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, la population ne connaît pas toujours les services disponibles. Les renseignements proviennent souvent d'initiatives régionales ou locales. Les démarches entreprises par le ministère ne lui permettent pas de s'assurer que la population est informée des services offerts.</p>	<p data-bbox="690 999 1484 1094">« Dans le plan de mise en œuvre des orientations ministérielles, il est prévu d'examiner les moyens à privilégier pour informer la population sur les changements organisationnels découlant des orientations, et ce, s'il y a lieu.</p> <p data-bbox="690 1104 1484 1335">« L'article 13 de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> (L.R.Q., c. S-4.2) précise : "Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose."</p>



TABLEAU 10 (SUITE)

SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES AU MINISTÈRE EN 1993-1994

Recommandations	Commentaires du MSSS
Nous avons recommandé au ministère	
<p>de réviser le contenu de son rapport annuel afin de fournir une information complète sur ses activités et l'atteinte de ses objectifs.</p> <p>(recommandation partiellement appliquée – progrès insatisfaisants)</p> <p>Le rapport annuel du ministère contient l'information relative aux travaux en cours. Toutefois, il ne fait pas le suivi de l'atteinte de ces objectifs en la matière et ne fait pas état de la situation qui prévaut pour ces services eu égard à l'accessibilité, à la disponibilité des services, au taux de réponse aux besoins et au secteur privé.</p>	<p>« La facture et le contenu du rapport annuel de gestion permettront de tendre vers une information axée sur les résultats. Les rubriques du nouveau rapport seront en lien avec celles du Plan stratégique 2001-2004 du ministère et son contenu fera part de l'atteinte des objectifs à partir des indicateurs globaux et spécifiques retenus. »</p>



2.163 Commentaires du ministère

« **Commentaire général.** Le ministère prend acte des recommandations du Vérificateur général et a l'intention d'y donner suite de façon appropriée. D'ailleurs, plusieurs composantes des *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (2001) vont dans le sens des points abordés par le Vérificateur général. Toutefois, il faut clarifier certains éléments et apporter certains commentaires additionnels.

« **Orientations et objectifs.** Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* présentent la toile de fond qui permettra de situer l'ensemble des actions qui doivent être entreprises au cours des prochaines années pour adapter les services aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. De nombreuses mesures mises de l'avant sont suffisamment précises pour démarrer les travaux que suppose leur mise en œuvre. Des modalités spécifiques d'implantation sont en cours d'élaboration. Elles prennent assise sur un premier bilan d'implantation, réalisé à l'hiver 2002. Les résultats attendus, les travaux à être réalisés, les responsabilités de même que les échéanciers de réalisation y seront précisés.

« **Allocation des ressources et planification des lits.** Des travaux sont en cours afin d'assurer une répartition équitable des enveloppes disponibles. Lors des ajouts de crédit dans ce secteur, les méthodes de l'équité interrégionale ont été prises en considération. Les orientations ministérielles prévoient également la finalisation des travaux relatifs au développement de profils types de besoins et l'utilisation de tels profils dans l'allocation des ressources, notamment à l'échelle intrarégionale.

« Dans le cadre de la mise en œuvre des orientations ministérielles, il a été convenu de distinguer le taux d'hébergement institutionnel de celui applicable aux ressources intermédiaires et de type familial. Il est effectivement important de connaître le taux d'hébergement pour l'ensemble de nos milieux substitués. Par ailleurs, il est essentiel de distinguer chacune de ses composantes.

« Quant aux personnes de moins de 65 ans, cette clientèle doit être distinguée des personnes âgées. Leur nombre doit être connu et leur problématique circonscrite afin d'améliorer la réponse à leurs besoins spécifiques.

« **Gestion de l'accès aux ressources.** La gestion de l'accès aux ressources relève des régies régionales. Par ailleurs, la mise en place des réseaux de services intégrés devrait contribuer à améliorer la planification de l'offre en ressources d'hébergement et dont l'accès est coordonné par les comités d'orientation et d'admission (COA). Le ministère a retenu l'outil d'évaluation Multiclientèle-2002, comme outil unique d'évaluation pour toutes les personnes âgées requérant un suivi, peu importe le type de services requis (soutien à domicile, centre de jour CHSLD, ressources intermédiaires [RI] ou ressources de type familial [RTF], etc.). Le déploiement en version papier devrait être complété partout au Québec au cours de l'année 2003.



« **État de situation de l'accessibilité.** Afin d'assurer une répartition équitable des ressources d'hébergement et de privilégier le développement de ressources alternatives à l'hébergement, les orientations ministérielles déterminent le taux d'hébergement en CHSLD entre 3,5 et 4,2 p. cent pour les personnes de 65 ans et plus.

« Conscients de l'importance d'assurer à l'ensemble des usagers l'accès à des services de qualité dans un environnement physique approprié, le ministère a réalisé, à l'automne 2001, une étude sur les besoins d'hébergement de longue durée de la clientèle actuelle et future en regard des installations physiques existantes. Cette étude a tracé le portrait actuel du parc immobilier, tant en ce qui a trait à la capacité des installations que de la vétusté et de la fonctionnalité des bâtiments. Elle va contribuer à établir une projection des besoins futurs quant au développement des lits en longue durée sur une base régionale et à préciser les orientations ministérielles devant se traduire en priorités immobilières.

« Concernant les services de soutien à domicile et dans la communauté, le ministère est conscient de l'importance de soutenir leur développement afin de limiter les besoins de milieux de vie substituts. Ainsi, les investissements consentis au cours des dernières années dans le soutien à domicile vont dans le sens des travaux du Vérificateur général.

« **Fiabilité des données.** Le ministère prend acte des commentaires du Vérificateur général concernant la fiabilité des données. Aussi, il est prévu d'analyser la validité et la fiabilité des données fournies par les régions concernant le nombre de personnes en attente et d'identifier les mesures à prendre pour s'assurer que les informations reflètent bien la situation réelle.

« Les régions régionales recueillent des données qui devraient être comparables d'une région à l'autre par le ministère puisqu'elles sont balisées par un même cadre de référence. Cette information est analysée par le ministère sur une base périodique afin de circonscrire les problématiques et de planifier des solutions à privilégier. En ce qui a trait au moment opportun de traiter les données, il faut établir une différence entre les besoins du ministère qui doit planifier à long terme et les besoins des régions qui assurent la gestion quotidienne des demandes d'hébergement et des situations d'urgence. Si jamais le ministère avait besoin d'une information immédiate et de façon ponctuelle, il lui serait possible de l'obtenir.

« Il apparaît important de préciser qu'outre le Système d'information pour la coordination régionale des admissions (SICRA), le ministère dispose d'autres sources d'informations concernant les services d'hébergement dont les rapports statistiques et financiers.

« **Évaluation des besoins et plan d'intervention, services offerts aux usagers, formation et évaluation du personnel.** Un cadre de référence ministériel sur les pratiques d'intervention et de gestion devant prévaloir en CHSLD est en cours d'élaboration. Il devrait permettre d'améliorer la qualité des services et d'adapter les milieux d'hébergement aux besoins des personnes hébergées.

« Ce document apportera des précisions sur les principes généraux devant guider les choix organisationnels en matière de gestion, d'intervention et d'aménagement et orienter les modalités de prestation de soins et de services. Une insistance particulière sera mise sur



l'importance des facteurs psychosociaux dans la prestation des soins et services et sur les caractéristiques souhaitées de tout milieu de vie de longue durée où les concepts de qualité de vie et de qualité de soins sont indissociablement liés.

« Les moyens retenus dans le rapport comme garants de la qualité des services offerts en hébergement seront considérés dans le document, notamment l'évaluation globale et continue des besoins des résidents, l'élaboration et la révision d'un plan d'intervention en interdisciplinarité et la formation du personnel. D'autres moyens y seront aussi précisés, tels les modalités d'admission et l'accès à une expertise en matière d'éthique. Enfin, un plan d'action visant à assurer l'appropriation du cadre de référence par les acteurs concernés, sa mise en œuvre et l'évaluation des résultats attendus y sera intégré.

« De plus, le ministère a déjà planifié le déploiement de l'outil Multiclientèle dans toutes les composantes des réseaux de services intégrés, incluant l'hébergement, ce qui contribuera à donner une base commune pour l'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie et la communication entre intervenants des services de soutien à domicile et des divers milieux de vie substitués.

« Enfin, pour ce qui est de la détermination des services requis et l'établissement d'un taux adéquat de réponse aux besoins, les travaux mentionnés dans les orientations ministérielles concernant la définition de profils de besoins types et leur traduction en ressources requises sont en cours. Par ailleurs, les mesures qui seront prises suite aux travaux du comité Bédard visant à assurer l'équité dans le financement des services devraient contribuer à assurer l'accès à des services comparables. Quant aux disparités notées dans notre parc immobilier, des travaux sont en cours afin d'améliorer notre planification en matière de rénovation et de nouvelles constructions. À ce chapitre, le guide d'aménagement en vigueur assure le respect des principes et normes retenus, peu importe le lieu d'hébergement concerné.

« **Ressources intermédiaires et ressources de type familial.** Il faut préciser que les ressources intermédiaires reçoivent une clientèle dont la perte d'autonomie est variable.

« C'est au 1^{er} avril 2004 que le ministère s'assurera que l'ensemble des régions auront établi leurs critères de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial. Présentement, dix régions régionales, sur les seize qui ont ce type de ressources, ont établi leurs critères de reconnaissance. Malgré certaines disparités dans les critères de reconnaissance des RI et RTF, des balises nationales sont établies dans le cadre de référence.

« Pour ce qui est de l'information concernant les RTF, la totalité du déploiement du système d'information sera terminée en mars 2004.

« **Résidences privées.** Les travaux ministériels en cours, réalisés dans le cadre de la mise en œuvre des *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, répondent en grande partie aux attentes spécifiées et, dans certains cas, vont au-delà des recommandations visant les résidences privées pour personnes âgées avec services (sans permis).



« Ainsi, nous avons demandé aux régies régionales de constituer un registre des résidences sur leur territoire. Ce registre national et régional comprendrait trois types d'informations, soit l'identification de la résidence, les caractéristiques de la résidence et les aspects réglementaires et, enfin, l'âge des résidences. De plus, en collaboration avec le Secrétariat aux aînés, le ministère participe à des travaux sur l'appréciation de la qualité des résidences.

« Certains travaux visent également à améliorer la complémentarité entre les secteurs public et privé afin d'assurer aux personnes vivant en résidences privées l'accès à des services de qualité dans le respect des rôles et responsabilités propres à chacun des secteurs. À ce titre, la délivrance d'un permis de CHSLD privé non conventionné aux résidences privées concernées ne constitue qu'une solution parmi d'autres. L'achat de places ou la reconnaissance à titre de ressource intermédiaire pour une partie des places d'une résidence privée font partie des avenues qui semblent plus prometteuses.

« Par ailleurs, l'implantation de l'outil Multiclientèle dans toutes les composantes des réseaux de services intégrés, en contribuant à uniformiser l'appréciation du degré de perte d'autonomie des personnes âgées, servira aussi, éventuellement, à mieux orienter les personnes en perte d'autonomie vers les ressources appropriées.

« Il est important de préciser que le cadre de référence (1994) sur les services à domicile prévoit la desserte par les CLSC des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en résidences privées pour ce qui est des services non inclus au bail. Le ministère demeure préoccupé de la complémentarité des services du CLSC et des services des résidences privées dans l'offre de services à une fraction croissante des personnes âgées en perte d'autonomie.

« **CHSLD privés non conventionnés.** Tel que le stipule l'article 441 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), c'est la régie qui reçoit la demande de permis d'un établissement privé qui doit donner son approbation. Elle transmet ensuite cette demande au ministre qui, lui, délivre le permis s'il estime que l'intérêt public le justifie.

« Concernant l'exercice de contrôles subséquents, le ministère est d'avis qu'il doit être intensifié. La formalisation de ce processus de suivi pourrait se faire, notamment, par le biais d'une démarche d'appréciation de la qualité de leurs services ou de conformité à un certain nombre d'indicateurs applicables tant dans les établissements d'hébergement publics que privés.

« **Information de gestion et reddition de comptes.** La nouvelle loi sur la gouverne de même que celle sur la modernisation de la fonction publique devraient faciliter la mise en place progressive d'une série de mesures aptes à permettre la comparaison des performances des établissements et à clarifier le processus de reddition de comptes. À cet égard, nous sommes à bonifier nos indicateurs et nos systèmes d'information, et ce, en continuité avec la mise en œuvre des orientations ministérielles. »

2.164 Résumé des commentaires des régies régionales

Les quatre régies régionales visitées considèrent que, dans l'ensemble, le rapport reflète bien la réalité à l'égard des services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie. Elles ont en plus apporté des commentaires particuliers sur certains sujets qui y sont traités.



En ce qui concerne la concrétisation des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie par des objectifs mesurables et des indicateurs de résultats, les régies régionales souscrivent à nos commentaires à leur sujet. Elles précisent de plus que les efforts déployés jusqu'à maintenant combinés aux mesures qu'elles entendent mettre en place permettront de répondre aux préoccupations du Vérificateur général.

Pour l'allocation des ressources, une régie régionale nous fait part de ses préoccupations relativement aux méthodes et données utilisées par le ministère pour répartir entre les régions les budgets de développement rattachés au programme visant les personnes âgées en perte d'autonomie. Elle mentionne également qu'elle ne se limite pas à reconduire les budgets mais que des travaux de réallocation ont été effectués entre les CHSLD dans le but de rééquilibrer le budget nécessaire pour répondre le plus possible aux besoins des bénéficiaires.

Quant à l'accessibilité aux services, plus particulièrement à l'égard de l'établissement qui refusait l'admission de certaines personnes, une régie régionale confirme que « des démarches sont présentement en cours (16 avril 2002) pour solutionner cette question et faire en sorte que les choix des personnes soient respectés sans discrimination basée sur des questions financières ». En outre, cette même régie mentionne qu'elle a « récemment examiné le fonctionnement de l'alimentation des systèmes et procédé à quelques ajustements. Les données sur les listes d'attente et les délais qui y sont reliés ont maintenant une meilleure validité et reflètent bien la situation réelle. »

Une autre mentionne être d'accord avec l'objectif de fournir des données fiables et comparables. Elle aimerait avoir la possibilité d'illustrer la situation des gens admis de façon transitoire sans qu'ils ne soient inclus dans le calcul des personnes en attente d'hébergement.

Les deux régies régionales concernées par nos recommandations sur les résidences privées prennent bonne note des constatations du Vérificateur général en rapport avec l'absence d'inventaire à jour et avec le manque de contrôle à l'égard des résidences et des CHSLD privés non conventionnés. Une régie régionale admet ceci : « Il n'y a pas eu d'évaluation systématique en milieu privé [...] Nous n'avons donc pas de portrait exact de la perte d'autonomie des personnes âgées en milieu privé. » Elle précise toutefois : « Présentement, l'opérationnalisation des orientations ministérielles en matière de services aux personnes âgées se prépare. Un inventaire systématique des résidences privées y est prévu et se fera à l'automne. »

2.165 Résumé des commentaires des établissements

Les établissements publics vérifiés sont concernés particulièrement par quatre sujets, soit l'évaluation des besoins des usagers et l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire, la disponibilité des services, le plan d'action pour le développement du personnel ainsi que l'évaluation des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.



Ils considèrent que le rapport traduit bien la situation qui prévaut à l'égard des services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie. Ils souscrivent à nos recommandations et ont, dans l'ensemble, formulé des commentaires sur chacun des sujets les touchant.

Un établissement croit qu'il y aurait lieu de reconnaître le manque de ressources pour rencontrer toutes les normes ministérielles. D'ailleurs, plusieurs nous ont fait part de leur difficulté à réviser les plans d'intervention interdisciplinaires tous les trois mois en raison du manque de ressources, particulièrement de ressources spécialisées.

De plus, deux établissements nous indiquent, comme bien d'autres, qu'ils ne disposent pas d'un plan d'action pour le développement de leur personnel conformément à l'article 231 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, mais que plusieurs pratiques de gestion faisant partie d'un tel plan sont en place. L'un d'eux reconnaît l'importance de cet outil dans une réorganisation. L'autre reconnaît par ailleurs la pertinence de procéder à une évaluation annuelle du personnel.

Les établissements nous ont également fait part de certaines observations relatives à des sujets pour lesquels ils n'étaient pas touchés par nos recommandations. L'un mentionne l'importance d'établir une norme pour le nombre de lits consacrés aux personnes en perte d'autonomie de moins de 65 ans, puisqu'à l'heure actuelle 14 p. cent des lits ne sont pas disponibles pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

D'après un autre, il serait important que les personnes qui occupent un lit de courte durée avant d'obtenir un lit en hébergement soient admises dans les plus brefs délais pour éviter de réduire l'accès en courte durée pour les personnes qui ont effectivement besoin de ce type de services. Finalement, un établissement fait ressortir qu'il existe effectivement des déséquilibres importants dans l'allocation des ressources par régions et à l'intérieur même des régions entre établissements de même nature.



ANNEXE – OBJECTIFS DE VÉRIFICATION ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs présentés dans ce mandat de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et adéquats pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. 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 sont inspirés principalement des principes reconnus de saine gestion. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes de travail respectent les normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectif

S'assurer que le ministère s'est doté d'un cadre de gestion qui permet de répondre aux besoins en hébergement des personnes en perte d'autonomie.

Critères

- Le ministère doit connaître les besoins en hébergement des personnes en perte d'autonomie.
- Le ministère doit préciser et faire connaître ses orientations en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.
- Le ministère doit fixer des objectifs précis et mesurables en accord avec ses orientations et les communiquer aux différents paliers du réseau.
- Le ministère doit définir et mettre en place un plan d'action pour assurer la mise en œuvre de ses orientations et faciliter l'atteinte des objectifs.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure l'allocation des ressources ainsi que l'organisation des services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie favorisent l'accessibilité et la continuité des services.

Critères

- Le ministère doit allouer les ressources en fonction des besoins de la population.
- Les régions régionales doivent organiser les services d'hébergement offerts dans leur région et allouer les ressources aux établissements en tenant compte des orientations, des objectifs et des directives du ministère.
- Les régions régionales doivent fixer des objectifs précis et mesurables aux établissements de leur région et en mesurer l'atteinte.

- Les établissements doivent tenir compte des orientations, des objectifs et des recommandations de leur région régionale et du ministère au regard des services d'hébergement, notamment en matière :
 - d'accessibilité et de continuité des services;
 - d'adéquation entre les services offerts et les besoins recensés.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure les moyens mis en place par le ministère, les régions régionales et les établissements favorisent la qualité des services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie.

Critères

- Le ministère doit définir clairement les rôles et les responsabilités des différents acteurs ainsi que l'étendue des champs d'application en matière de qualité des services.
- Le ministère et les régions régionales doivent définir et mettre en place des mesures de contrôle de la qualité des services.
- Les établissements doivent mettre en place des mesures qui favorisent la qualité des services. Ces mesures doivent permettre, entre autres :
 - de répondre de manière satisfaisante aux besoins des personnes en perte d'autonomie;
 - d'assurer la sécurité et le bien-être des personnes hébergées;
 - de former adéquatement le personnel.

Objectif

Déterminer si l'information de gestion et la reddition de comptes émanant des différents paliers du réseau permettent d'obtenir une information continue concernant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie.

Critères

- L'information de gestion obtenue par les différents paliers du réseau doit appuyer la prise de décision et permettre le suivi périodique des indicateurs retenus.
- La reddition de comptes entre les différents paliers du réseau doit informer sur l'atteinte des objectifs et la performance des différents intervenants.

