VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2012

CHAPITRE

4

Personnes âgées en perte d'autonomie

Services d'hébergement

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Centre de santé et de services sociaux Cavendish
Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle

Faits saillants

Objectifs des travaux

Les services d'hébergement et de soins de longue durée ont pour but de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible. En 2010-2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) y a consacré près de 2,9 milliards de dollars.

Notre vérification s'est articulée autour de trois axes, soit la gestion des ressources d'hébergement, le financement des services et le contrôle de la qualité. Elle a été effectuée auprès du MSSS, de deux agences et de quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS). De plus, nous avons visité 13 ressources d'hébergement de différents types, dont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés.

Le rapport entier est disponible sur le site http://www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant les services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Implantation partielle et avec retard des mesures prévues dans les orientations. Quoique le ministère ait formulé à son réseau des orientations sur les services d'hébergement, certaines mesures prévues depuis au moins sept ans tardent à s'implanter, dont des balises quant à l'offre de services et aux critères d'accès aux ressources.

Information de gestion déficiente. Les entités vérifiées n'ont pas de portrait à jour ni des personnes âgées en perte d'autonomie, qui inclut leur profil d'autonomie et leurs besoins, ni des services offerts par les ressources d'hébergement, ni de l'accès à celles-ci, portrait nécessaire à une gestion efficace des ressources d'hébergement.

Utilisation inadéquate de certaines ressources d'hébergement. Les ressources existantes ne correspondent pas toujours aux besoins de la clientèle, ce qui entraîne parfois une utilisation inadéquate des ressources.

Services d'intensité et de nature variables. Les ressources d'hébergement destinées à des clientèles semblables fournissent des services d'intensité et de nature variables quant au temps moyen quotidien disponible par usager sans que les écarts aient été expliqués. Celles-ci risquent de bénéficier de moins de services comparativement à d'autres.

Modes de financement et d'attribution des contrats perfectibles. Les modes de financement ne tiennent pas suffisamment compte des besoins de la clientèle et des services requis. Quant au processus d'attribution des contrats aux promoteurs privés, il ne respecte pas toujours la réglementation.

Coût des services peu pris en compte. La dimension économique est peu considérée lors du choix du type d'hébergement ou du mode de prestation des services (hébergement ou soins à domicile). De plus, des variations de coûts importantes non expliquées sont observées entre les ressources d'hébergement .

Contribution des usagers à revoir. Outre l'indexation annuelle, la contribution demandée à l'usager hébergé en CHSLD et les règles servant à l'établir n'ont pas été revues depuis plus de 15 ans. Actuellement, cette contribution ne couvre pas le coût du gîte et du couvert. D'autre part, la méthode de calcul crée des iniquités selon les avoirs ou la situation familiale de la personne.

Contrôle de la qualité des ressources d'hébergement variable. Le ministère ne s'assure pas que l'ensemble des mesures permet une surveillance suffisante et adéquate de la qualité de tous les types de ressources. Par exemple, des visites sont parfois peu fréquentes pour certains types de ressources ou encore absentes.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS, des agences et des CSSS vérifiés. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires des entités vérifiées. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère

1. **Mettre à jour ses orientations relatives à l'hébergement des personnes âgées et mettre en œuvre un nouveau plan d'action qui comprend des échéanciers et des indicateurs précis.**
2. **Assurer un suivi rigoureux des mesures à implanter qui découlent des orientations ministérielles et du plan d'action se rapportant à l'hébergement des personnes âgées.**
3. **S'assurer de l'utilisation d'un système unique d'évaluation des besoins de la clientèle pour tous les types d'hébergement.**
12. **Revoir et réévaluer périodiquement la contribution des personnes âgées hébergées ainsi que l'ensemble des frais qu'elles assument.**
13. **Veiller à ce que l'ensemble des mesures de contrôle de la qualité permette une surveillance suffisante et adéquate des ressources d'hébergement en considérant notamment la fréquence et la nature des contrôles effectués ainsi que les indicateurs à suivre.**

Recommandations au ministère et aux agences vérifiées

9. **Mieux encadrer le développement de places en ressources intermédiaires et de type familial ainsi que les achats de places réalisés auprès des promoteurs privés afin notamment que le processus respecte la réglementation en vigueur.**
10. **Analyser la performance de chaque ressource d'hébergement en considérant le coût et les services rendus.**
11. **Favoriser les soins à domicile si cette option est la plus bénéfique et la plus économique.**

Recommandation au ministère, aux agences et aux établissements vérifiés

4. **Disposer de l'information suffisante à l'égard des besoins des usagers, des ressources d'hébergement, des services offerts et de l'accès à celles-ci.**

Recommandations aux agences et aux établissements vérifiés

5. **S'assurer que les établissements adaptent et développent les ressources d'hébergement en fonction des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et voient à ce qu'elles reçoivent les services requis par leur condition.**
6. **Réserver les lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée principalement aux personnes en lourde perte d'autonomie et ajuster l'offre de services pour répondre à leurs besoins.**
7. **Poursuivre la mise en place des mesures afin de diminuer les délais d'accès aux ressources d'hébergement.**
8. **S'assurer que le financement pour les différentes ressources d'hébergement considère davantage les besoins de la clientèle et les services requis.**
14. **S'assurer d'avoir un portrait de la qualité des ressources d'hébergement qui présente entre autres pour chaque installation les recommandations faites par différentes instances lors de contrôles ainsi que l'évolution de l'application des recommandations.**
15. **Diffuser aux citoyens de l'information sur la qualité des ressources d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.**

Table des matières

1 **Mise en contexte** 6

2 **Résultats de la vérification** 9

2.1 **Gestion des ressources d'hébergement** 9

Orientations et balises

Information de gestion

Utilisation des ressources d'hébergement

Offre de services

Accès aux ressources d'hébergement

Recommandations

2.2 **Financement des services d'hébergement** 19

Modes de financement

Coût des services

Contribution demandée à l'usager pour l'hébergement

Autres frais assumés par l'usager

Recommandations

2.3 **Contrôle de la qualité** 30

Mesures de contrôle

Portrait de la qualité et diffusion

Recommandations

Commentaires des entités vérifiées 35

Annexes et sigles 43

Équipe

Carole Bédard
Directrice de vérification

Josée Bellemare
Laurence Harvey
Éric Labbé
Rachel Mathieu
Sonya Pageau

1 Mise en contexte

1 Les services d'hébergement et de soins de longue durée ont pour but de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible. Au Québec, en 2010, 96,6 % des personnes de 65 ans et plus demeuraient dans leur domicile principal ou une résidence privée pour aînés, alors que 3,4 % d'entre elles utilisaient les services d'hébergement financés par le réseau de la santé et des services sociaux. Comme bien d'autres administrations publiques, le gouvernement du Québec doit satisfaire aux besoins d'une clientèle grandissante de personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, de 2010 à 2031, le pourcentage de la population dans la tranche d'âge des 65 ans et plus passera de 15,3 à 26 %.

2 En 2010-2011, le MSSS a consacré près de 2,9 milliards de dollars aux services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette somme a notamment servi à financer la majorité des types d'hébergement. Seuls les CHSLD privés non conventionnés et les résidences privées ne reçoivent aucun financement gouvernemental.

3 Au 31 mars 2011, les personnes âgées disposaient d'au moins 46 390 places, situées dans différents types de ressources d'hébergement. L'information sur la répartition des places disponibles par région se trouve à l'annexe 2.

Ressources d'hébergement[1]	Type de propriété	Financement de l'État	Installations	Places[2]	Perte d'autonomie de l'usager ciblée
CHSLD	Public	✓	395	32 513	Lourde
	Privé conventionné	✓	66	6 554	
	Privé (partenariat public-privé)	✓	1	200	
	Privé non conventionné		47	n.d.[3]	
Ressources intermédiaires	Privé	✓	359	5 570	Modérée
Ressources de type familial	Privé	✓	163	976	Légère
Projets novateurs	Privé[4]	✓	32	577	Modérée et lourde

1. Le secteur privé offrait 123 717 unités locatives (d'une ou de plusieurs places) logeant des personnes âgées au 31 mars 2011. Elles ne sont pas considérées comme des ressources d'hébergement par le ministère, comme il est stipulé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
2. Les places excluent celles de la région du Nunavik et incluent l'hébergement d'adultes ayant un diagnostic psychiatrique.
3. Le ministère n'a pas l'information concernant le nombre de places dans les CHSLD privés non conventionnés.
4. Des organismes des secteurs communautaire et municipal peuvent aussi être propriétaires.

Source : MSSS.

4 Voici les principaux services fournis aux personnes hébergées : gîte et couvert, assistance, soutien, surveillance, réadaptation et soins infirmiers ainsi que services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux. Toutefois, les ressources d'hébergement diffèrent tant par l'étendue des services qui y sont offerts que par leur mode de gestion et de financement.

- Les CHSLD, privés ou publics, sont des milieux d'hébergement de type institutionnel en raison de leurs infrastructures et du type de services cliniques qu'ils assurent. Ils sont généralement réservés à la clientèle en lourde perte d'autonomie, qui a besoin de plus de services en intensité et en complexité.
- Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial sont, quant à elles, de type non institutionnel. Il s'agit de milieux de vie résidentiels adaptés aux personnes hébergées, qui leur permettent de demeurer dans la communauté. En plus du gîte et du couvert, elles offrent des services de soutien et d'assistance. C'est le CSSS qui dispense les soins à domicile.
- Les projets novateurs sont des nouvelles formules d'hébergement (publiques, communautaires, privées ou mixtes) qui assurent à des personnes en perte d'autonomie, traditionnellement orientées vers les CHSLD, une réponse adéquate à leurs besoins.

Rôles et responsabilités

5 La présente vérification a été effectuée auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et de Montréal et de 4 établissements, qui comprennent des installations de type CHSLD, soit les CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, Cavendish et de Dorval-Lachine-LaSalle. De plus, nous avons visité 13 ressources d'hébergement de différents types : des CHSLD publics, lesquels font partie des CSSS vérifiés, des CHSLD privés (conventionnés ou non), des ressources intermédiaires, des projets novateurs et une ressource de type familial. Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

Près de 37 % des places d'hébergement à l'échelle provinciale font partie des deux régions visées par notre vérification.

Les CSSS proviennent de la fusion en 2004 de centres locaux de services communautaires (CLSC), de CHSLD et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier.

6 L'encadrement législatif des services d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie provient principalement de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Voici les principaux rôles et responsabilités de ces acteurs (voir l'annexe 3 pour les rôles et responsabilités détaillés).

MSSS	Le MSSS : ■ détermine les priorités, les objectifs et les orientations ; ■ diffuse les orientations relatives aux standards d'accès, de qualité et d'efficience ; ■ détermine la contribution exigée des usagers hébergés.
Agence	L'agence : ■ alloue les budgets aux établissements, dont les CSSS et les CHSLD publics et privés conventionnés ; ■ assure la cohérence des services offerts dans la région par les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et les résidences privées pour aînés ; ■ établit les modalités d'accès aux ressources intermédiaires et aux ressources de type familial ; ■ délivre la certification à l'exploitant d'une résidence privée pour aînés.
CSSS	Le CSSS : ■ alloue une rétribution aux ressources intermédiaires et aux ressources de type familial, selon les modalités prévues par le ministre ; ■ assure la prestation de services de santé et de services sociaux de qualité ; ■ procède au recrutement et à l'évaluation des ressources intermédiaires et des ressources de type familial ; ■ alloue des sommes aux projets novateurs selon l'entente signée entre les parties.

2 Résultats de la vérification

7 Les travaux se sont articulés autour de trois axes, soit la gestion des ressources d'hébergement, le financement des services et le contrôle de la qualité.

2.1 Gestion des ressources d'hébergement

8 Des orientations et des balises claires ainsi que de l'information de gestion adéquate et suffisante favorisent une gestion efficiente des ressources d'hébergement et la mise en place de ressources adaptées aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Orientations et balises

9 Les soins et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie peuvent être offerts à domicile. Toutefois, l'hébergement est préférable dans certains cas, notamment lorsque la personne a besoin de services d'une grande intensité ou encore lorsqu'elle n'a pas d'aidant naturel ou de réseau social.

10 C'est le ministère qui détermine les lignes directrices de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et qui formule des orientations à cet égard. Il importe donc qu'il se prononce sur l'offre de services, tant en hébergement qu'à domicile, sur les critères d'accès à l'hébergement, sur les types de ressources à favoriser et sur les services dont les coûts seront partagés entre l'État et les usagers. Ces balises influencent directement le type et le nombre de ressources d'hébergement existantes et en développement, les coûts et les services offerts ainsi que l'accès équitable aux ressources et aux services.

Dans les autres provinces canadiennes, l'organisation des services diffère quant à la propriété des ressources d'hébergement : les entreprises privées et les organismes à but non lucratif détiennent la majorité des lits, alors que l'État se concentre sur les soins et les services de santé.

11 Les mesures prévues dans les orientations ministérielles et le plan d'action relatifs aux services d'hébergement tardent à s'implanter.

12 Au moment de notre vérification, deux documents ministériels fournissaient les lignes directrices guidant l'organisation des services aux personnes âgées : les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, publiées en 2001, et la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*, adoptée en 2003. Le ministère a également déposé le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, qui cible les actions à réaliser pour soutenir cette clientèle.

13 Ces documents fournissent des balises sur différents aspects, tels les services à domicile, le soutien aux aidants naturels et l'hébergement. Toutefois, les changements souhaités dans le réseau n'ont été apportés qu'en partie. En effet, bien que certaines normes aient été diffusées, plusieurs mesures prévues dans les orientations ministérielles et le plan d'action 2005-2010 ne sont toujours pas mises en œuvre. Selon notre analyse relative à un bilan provisoire du plan d'action réalisé par le ministère en avril 2011, 29 % des mesures concernant l'hébergement ne sont pas encore instaurées et 36 % ne le sont que partiellement. Voici la situation pour certaines balises importantes.

Balises	Déficiences
Définir l'offre de services par niveaux de perte d'autonomie	■ Aucune balise précisant l'offre de services par profil d'autonomie[1] : services infirmiers, psychosociaux, de réadaptation, d'hôtellerie, d'assistance, etc.
Déterminer des critères d'accès par type d'hébergement selon le profil	■ Critères non déterminés selon les profils d'autonomie
Préciser le taux d'hébergement	■ Balises officielles pour les CHSLD désuètes ■ Aucune balise pour les autres types d'hébergement
Implanter les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées[2]	■ Taux d'implantation provincial des différents mécanismes prévus il y a plus de 10 ans : 52 % (écarts variant de 19 à 84 % d'un CSSS à l'autre)
Définir les services financés par l'État et les usagers	■ Services non précisés, notamment pour l'hôtellerie (ce qui comprend le gîte et le couvert)

1. La description des profils d'autonomie se trouve au paragraphe 17 et à l'annexe 4.
2. Les réseaux intégrés prévoient l'instauration de différents mécanismes, tels un guichet unique d'accès aux services et un système intégré d'évaluation des besoins.

Le taux d'hébergement représente le nombre de lits en fonction de la population de 65 ans et plus sur le territoire. Il sert à déterminer le nombre de places à offrir dans les régions.

Le réseau de services intégrés se définit comme un ensemble de partenaires publics, privés et communautaires offrant un continuum de services coordonnés à la population d'un territoire. Il est financièrement et cliniquement responsable de la santé et du bien-être de la population desservie.

Information de gestion

14 Afin d'effectuer une bonne planification et une gestion efficace des ressources d'hébergement, le réseau de la santé et des services sociaux doit avoir accès à de l'information de gestion pertinente, et les données recensées doivent être complètes et à jour. Ces conditions sont essentielles pour assurer l'adéquation entre les besoins et les services offerts.

15 Le ministère, les agences et les CSSS vérifiés ne disposent pas de toute l'information requise pour effectuer une gestion efficace des ressources d'hébergement.

16 En fait, ils n'ont pas de portrait à jour ni des personnes âgées en perte d'autonomie, qui inclut leur profil d'autonomie et leurs besoins, ni des services offerts par les établissements, ni de l'accès aux ressources d'hébergement. Les paragraphes qui suivent traitent de l'information de gestion requise par les entités vérifiées.

Type d'information de gestion	CHSLD	Autres types d'hébergement
Profil d'autonomie et besoins des personnes hébergées	Information non à jour	Information non recensée
Niveau de services offerts et taux de réponse aux besoins	Information partielle	Information non recensée
Accès aux ressources d'hébergement	Information partielle et non à jour	Information partielle

Profil d'autonomie et besoins des personnes hébergées

17 Le profil d'autonomie de la personne âgée indique le niveau de services dont elle a besoin. Il est déterminé lors de la demande d'hébergement et est mis à jour tant que la personne n'est pas admise. À la suite de son admission en CHSLD, son profil n'est plus actualisé. À moins de consulter le dossier clinique de chacun des usagers, il n'y a aucune information à jour sur le profil d'autonomie de l'ensemble de la clientèle hébergée. Cette information serait notamment utile à des fins d'allocation budgétaire et de planification des ressources. Ainsi, selon les travaux effectués à partir des données ministérielles, 27,7 % des usagers hébergés à Montréal et 25,2 % dans la Capitale-Nationale ont des évaluations qui datent de plus de cinq ans. Pour les autres types d'hébergement, l'information n'est pas recensée.

18 De plus, bien que le ministère ait adopté dès 2003 l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) comme le système unique d'évaluation des besoins servant à déterminer le profil d'autonomie de la personne âgée, cet outil n'est pas toujours utilisé. Par exemple, dans la Capitale-Nationale, il a permis d'évaluer 83 % des personnes inscrites sur la liste d'attente pour une place d'hébergement, soit 795 des 962 personnes. Par contre, à Montréal, il n'a été employé que pour 6 des 2821 personnes y figurant, soit 0,2 %. Par ailleurs, lorsque la personne est admise dans une ressource intermédiaire, elle est réévaluée au moyen d'un autre outil, utilisé précisément dans ce type de ressources. Quand cette situation se produit, des évaluations peuvent être effectuées plusieurs fois, les résultats n'étant pas tous présentés sous la même forme (heures de soins, profil d'autonomie, niveau de services). En outre, il est difficile d'établir des équivalences entre eux.

Niveau de services offerts et taux de réponse aux besoins

19 Le ministère suit le niveau de services offerts dans les CHSLD seulement au moyen de deux indicateurs : les heures travaillées en soins infirmiers par jour-présence des usagers et celles travaillées en soins professionnels. Toutefois, cette information manque de précision pour les agences et les CSSS puisqu'elle est accumulée par établissement (CSSS) et non par installation (un CSSS comprenant souvent plusieurs CHSLD). Elle n'est pas non plus modulée en fonction des périodes de la journée (jour, soir, nuit) et des jours de la semaine, et ne donne pas de renseignements sur la qualification des employés. De plus, l'indicateur concernant les soins professionnels ne distingue pas les différentes professions (physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, etc.).

20 Le MSSS et les agences vérifiées ne disposent pas d'information concernant le taux de réponse aux besoins des usagers hébergés. Nous avons donc comparé le niveau de services offerts dans 25 CHSLD inclus dans les 4 CSSS vérifiés. À partir de l'information transmise par les CSSS vérifiés, nous avons calculé le taux de réponse en fonction des ressources en place et des besoins des personnes hébergées. Ce taux est d'environ 80 % pour 3 d'entre eux, alors qu'il est de moins de 65 % pour le quatrième CSSS. Nous jugeons cette évaluation prudente puisque les besoins considérés peuvent dater de plusieurs années.

Dans son rapport de 2001-2002, le Vérificateur général recommandait au MSSS de bien mesurer le taux de réponse aux besoins. Ce taux correspond au nombre d'heures de services fournis par rapport au nombre d'heures de services requis selon les caractéristiques relatives à l'autonomie fonctionnelle des usagers.

Accès aux ressources d'hébergement

21 Le MSSS manque d'information au sujet de l'accès aux différentes ressources d'hébergement. Les listes d'attente des deux régions visées comportent des lacunes et ne montrent pas le besoin réel de places par type d'hébergement. Les lacunes suivantes y ont été relevées :

- Ces listes contiennent des demandes d'hébergement fragmentaires ou non à jour. Ainsi, 35 % des demandes d'hébergement de personnes en attente depuis plus d'un an à Montréal et 9,6 % dans la Capitale-Nationale comportent soit une évaluation des besoins réalisée depuis plus de deux ans, soit des renseignements incomplets, telle la ressource vers laquelle elle sera dirigée.
- Les listes d'attente contiennent encore des noms ne devant pas y figurer. Le ministère, en collaboration avec les agences, épure actuellement ces listes puisque des dossiers s'y trouvent depuis plusieurs années.
- Les agences n'orientent pas toujours les usagers vers le bon type de ressources. Des personnes ayant fait l'objet d'une évaluation sont en attente d'une place dans un établissement destiné à une clientèle ayant une condition plus lourde que la leur. Par exemple, au 31 octobre 2011, 38,5 % des personnes en attente d'une place en CHSLD dans la région de Montréal et 48,7 % dans la région de la Capitale-Nationale avaient un profil d'autonomie plus léger que ceux associés à ce type d'hébergement. Dans la région de Montréal, les personnes considérées sont celles ayant besoin de moins de trois heures de soins puisque les profils ne sont pas utilisés. Dans la région de la Capitale-Nationale, ces personnes sont

celles ayant un profil inférieur à 10 (annexe 4). Notons que, pour cette même région, si tous les usagers ayant un profil de niveau 9 étaient également orientés vers un CHSLD, le pourcentage serait alors de 38,2 %.

- Les listes d'attente n'incluent pas les projets novateurs.

Utilisation des ressources d'hébergement

22 Le ministère reconnaît l'importance de développer des formules résidentielles adaptées aux besoins de la clientèle puisque c'est une mesure de son plan d'action 2005-2010 et de son plan stratégique 2010-2015. Bien qu'il n'ait pas publié de nouvelles balises officielles pour guider le développement des ressources d'hébergement, il s'est toutefois prononcé officieusement sur les balises relatives aux taux d'hébergement en CHSLD et en ressources intermédiaires, lesquelles sont véhiculées dans le réseau (voir tableau 1).

23 Les ressources d'hébergement existantes ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui entraîne parfois une utilisation inadéquate des ressources.

Les ressources d'hébergement doivent être réservées à des clientèles particulières et adaptées à leurs besoins.

24 Malgré les efforts déployés par les agences pour accroître la proportion de ressources intermédiaires, les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal comportent un pourcentage important de places en CHSLD pour les personnes âgées en perte d'autonomie, mais peu de places en ressources intermédiaires. Le développement de ressources d'hébergement pour une clientèle moins lourde que celle des CHSLD permettrait aux personnes âgées ayant une perte d'autonomie plus légère d'avoir accès à un type d'hébergement plus approprié.

25 Au 31 mars 2011, les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal affichaient des taux d'hébergement bien différents de ceux véhiculés par le ministère pour les CHSLD et les ressources intermédiaires (tableau 1).

Tableau 1 Taux d'hébergement au 31 mars 2011

	Capitale-Nationale		Montréal	
	Cible[1]	Réel	Cible[1]	Réel
CHSLD	2,80 %	3,17 %	3,22 %	4,91 %
Ressources intermédiaires	0,80 %	0,15 %	0,92 %	0,32 %

1. Les cibles provinciales peuvent être ajustées par région pour tenir compte notamment de la défavorisation de certains milieux. C'est le cas dans la région de Montréal, où les cibles ont été ajustées à la hausse. Pour la région de la Capitale-Nationale, la prise en compte du niveau de défavorisation des milieux n'a pas d'impact sur les cibles provinciales.

26 Actuellement, les usagers sont davantage hébergés selon la disponibilité des ressources plutôt qu'en fonction de leurs besoins. De façon générale, lors de l'évaluation, la personne est orientée vers une ressource d'hébergement si cette solution est jugée la plus adéquate pour les services dont elle a besoin. On doit considérer le profil d'autonomie de la personne, mais également d'autres facteurs, tels l'état de santé, le degré de perte d'autonomie, le milieu de vie actuel et le niveau de soutien familial. Lorsque la décision d'héberger la personne est

prise, le type de ressources choisi devrait correspondre à celui qui est considéré comme le plus approprié pour la personne. Concernant les profils d'autonomie, certaines agences, dont celle de Montréal, préconisent dans leurs politiques et procédures, tout en précisant que ce n'est pas le [seul] critère d'orientation à prendre en considération, que les personnes âgées ayant un profil d'autonomie de niveau 10 et plus (annexe 4) soient orientées vers les CHSLD, alors que celles ayant un profil de 6 à 9 le soient vers des ressources intermédiaires.

27 À titre d'illustration, nous avons comparé au cours de la dernière année (d'octobre 2010 à septembre 2011), dans les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal, le nombre de personnes admises dans un CHSLD et celles qui correspondent aux critères d'orientation basés sur les profils d'autonomie. Or, parmi les personnes admises dans un CHSLD dans ces régions, plus du quart ont un profil d'autonomie inférieur à 10. Rappelons que, dans certaines situations, la décision peut être justifiée, mais qu'une analyse plus détaillée permettrait de déterminer les placements requis et ceux qui le sont moins.

28 Dans les cas où l'hébergement de personnes âgées en CHSLD n'était pas nécessaire, celles-ci auraient dû être dirigées vers une ressource plus légère. Comme le CHSLD est la ressource la plus coûteuse, il devrait être réservé aux personnes pour qui tout autre type d'hébergement n'est pas envisageable. Des économies importantes auraient pu être réalisées si les personnes admises en CHSLD, mais n'ayant pas le profil souhaité (10 et plus), avaient été orientées vers une ressource intermédiaire (tableau 2).

Tableau 2 Personnes admises dans un CHSLD sans le profil souhaité d'octobre 2010 à septembre 2011

	Personnes admises		Estimation des coûts supplémentaires[1]
	%	N^bre	M$
Capitale-Nationale	33,1[2]	413	13,3
Montréal	26,4[3]	414	13,4
Deux régions	**29,4**	**827**	**26,7**

1. Les coûts supplémentaires sont basés sur la différence entre le coût moyen d'une place en CHSLD et celui d'une place en ressources intermédiaires pour les installations visitées.
2. Ce taux considère les profils de niveau 9 et moins. Certaines personnes ayant un profil de niveau 9 pourraient être hébergées en CHSLD selon leur état général. Si toutes les personnes ayant ce profil étaient dans cette situation, le taux d'admission sans le profil souhaité serait de 24,8 %. Les coûts supplémentaires seraient alors de près de 10 millions de dollars.
3. Puisque les profils sont peu utilisés dans la région de Montréal, le taux est établi en fonction des personnes admises qui ont besoin de moins de 3 heures de soins par jour.

29 À Montréal, une situation particulière fait en sorte que des personnes n'ayant pas le profil ciblé sont admises dans un CHSLD. Outre le fait que très peu de ressources intermédiaires sont disponibles, pour 29 % des lits en CHSLD (3 731 sur 12 836), les installations n'ont pas le personnel suffisant et les infrastructures nécessaires pour accueillir les usagers ayant un profil lourd, ce qui empêche d'utiliser des lits pour cette clientèle. Depuis 2008, l'agence rehausse le budget de plusieurs installations afin d'améliorer l'offre de services.

30 De plus, les places en ressources intermédiaires ne sont pas toujours utilisées par des personnes ayant le profil désiré. Selon les renseignements fournis par les quatre ressources visitées, 49 % des personnes qui y sont hébergées ont un profil d'autonomie plus léger que celui souhaité, soit de 6 à 9 (annexe 4). Ces résidents pourraient bénéficier de soins à domicile, à condition que ceux-ci soient disponibles dans leur région. En effet, l'accessibilité et l'intensité des soins à domicile de même que le type de services offerts varient d'une région à l'autre et d'un territoire à l'autre.

31 La non-disponibilité de ressources dans certains territoires et régions a un impact non seulement sur le coût payé par l'État, mais aussi sur celui déboursé par l'usager. En effet, des personnes ayant un profil d'autonomie semblable sont hébergées dans des types d'établissements différents, où la contribution demandée n'est pas la même, ce qui ne favorise pas l'équité entre les personnes âgées. À titre d'exemple, la contribution annuelle maximale d'une personne hébergée dans un CHSLD ou un projet novateur est de 19 980 dollars, tandis qu'elle est de 13 223 dollars dans une ressource intermédiaire, soit un écart de 51 %. Cet écart est toutefois modulé par les autres frais assumés par l'usager, qui diffèrent selon la ressource d'hébergement (section Contribution demandée à l'usager pour l'hébergement). Dans les six CHSLD visités, 31 % de la clientèle payait la contribution pour ce type d'hébergement, alors qu'elle avait un profil associé aux ressources intermédiaires. Cette proportion était de 50 % pour les projets novateurs. Les personnes hébergées en CHSLD ayant ce type de profil vivent dans un environnement moins adapté à leur situation.

D'autres administrations publiques, telle la France, ont opté pour un processus permettant aux personnes âgées de recevoir une allocation dont le montant varie en fonction de leur état, ce qui leur permet de choisir le type d'hébergement ou de recevoir des soins à domicile.

Offre de services

32 Les installations destinées à des clientèles semblables assurent des services d'intensité et de nature variables sans que les écarts aient été expliqués.

Centres d'hébergement et de soins de longue durée

33 Le tableau 3 présente, pour les six CHSLD visités, le nombre d'usagers par employé affecté aux soins.

Tableau 3 Usagers par employé dans les six CHSLD (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires)

	Semaine			Fin de semaine		
	Jour	Soir	Nuit	Jour	Soir	Nuit
Nombre	4 ou 5	De 5 à 8	De 13 à 17	De 5 à 11	De 6 à 20	De 13 à 42
Variation	25 %	60 %	31 %	120 %	233 %	223 %

Source : Données fournies par les CSSS et les CHSLD vérifiés.

Le temps moyen disponible par usager est le temps de travail de tous les employés en place divisé par le nombre de résidents.

34 Quant au tableau 4, il montre le temps moyen quotidien par usager en fonction du personnel affecté aux soins dans les six CHSLD visités.

Tableau 4 Temps moyen quotidien[1] pour les soins par usager (intensité des services) dans les six CHSLD (en minutes)

	Infirmières	Infirmières auxiliaires	Préposés aux bénéficiaires	Total par installation	Variation
Semaine					
Jour	De 8 à 29	De 8 à 20	De 50 à 75	**De 78 à 102**	**31 %**
Soir	De 4 à 29	De 0 à 19	De 30 à 49	**De 52 à 85**	**63 %**
Nuit	De 2 à 13	De 0 à 8	De 8 à 30	**De 24 à 32**	**33 %**
Fin de semaine					
Jour	De 4 à 11	De 0 à 20	De 26 à 75	**De 37 à 86**	**132 %**
Soir	De 4 à 11	De 0 à 19	De 16 à 49	**De 21 à 66**	**214 %**
Nuit	De 2 à 5	De 0 à 8	De 3 à 30	**De 10 à 32**	**22[0] %**

1. À des fins de comparaison, le temps moyen quotidien a été calculé en fonction d'un quart de travail de 7 heures. Dans les faits, il peut varier en moyenne de 7 à 8 heures selon le type de personnel.

Source : Données fournies par les CSSS et les CHSLD vérifiés.

Les écarts relatifs aux niveaux de services ne sont pas nouveaux. En 2001-2002, le Vérificateur général recommandait 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.

35 Les écarts entre les installations quant au nombre d'usagers par employé et au temps moyen disponible par usager sont notables. Toutefois, les profils d'autonomie ne peuvent expliquer ces écarts puisqu'ils ne sont pas à jour. Par ailleurs, les installations qui offrent le plus de services la semaine ne sont pas les mêmes que celles qui en fournissent davantage la fin de semaine.

36 Les jours de semaine, le temps moyen disponible par usager atteint 102 minutes dans un CHSLD, alors qu'il est de 37 minutes dans un autre les jours de fin de semaine, soit une variation de 176 %. D'ailleurs, dans 2 des 6 installations, le nombre d'employés est d'au moins 1,5 fois plus élevé les jours de semaine que ceux de fin de semaine. Dans un CHSLD, il y a 112 usagers pour une infirmière les jours de fin de semaine, tandis qu'en semaine le nombre est de 28. Par ailleurs, les nuits de fin de semaine, le nombre d'usagers par employé varie considérablement d'une installation à l'autre, soit de 223 %.

37 D'autre part, la qualification du personnel et les services offerts sont variables dans les 6 CHSLD visités :

- Des différences importantes existent dans la composition des groupes d'employés alors que chacun d'eux exerce des fonctions précises (annexe 5). Le ratio d'infirmières par rapport aux infirmières auxiliaires varie de 25 à 77 % les jours de semaine et de 20 à 100 % le soir. La proportion du personnel infirmier par rapport aux préposés aux bénéficiaires se situe, quant à elle, de 26 à 36 % les jours de semaine et de 5 à 38 % les jours de fin de semaine.
- Par ailleurs, le temps moyen quotidien disponible pour les services professionnels par résident est variable. En moyenne, de 12 à 39 minutes sont consacrées à chaque personne hébergée pour l'ensemble des spécialités (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, etc.).

Autres ressources d'hébergement

38 Le temps disponible par usager et la qualification du personnel sont aussi variables dans les autres types de ressources (ressources intermédiaires et projets novateurs). Le tableau 5 présente le temps moyen quotidien par usager dans les six installations visitées (quatre ressources intermédiaires et deux projets novateurs). Notons que ces deux catégories accueillent des clientèles semblables.

Tableau 5 Temps moyen quotidien pour les soins par usager dans les autres ressources d'hébergement (en minutes)

	Infirmières		Infirmières auxiliaires		Sous-total – personnel infirmier		Préposés aux bénéficiaires		Total	Variation
Semaine										
Jour	De 7 à 20	■	De 3 à 11	◪	De 10 à 21	■	De 33 à 53	■	**De 44 à 73**	**66 %**
Soir	20	□	De 3 à 11	◪	De 3 à 20	◪	De 12 à 53	■	**De 12 à 73**	**508 %**
Nuit	20	□	De 9 à 12	◪	De 9 à 20	◪	De 9 à 19	■	**De 12 à 39**	**225 %**
Fin de semaine										
Jour	De 9 à 20	◪	De 3 à 11	◪	De 3 à 20	◪	De 33 à 47	■	**De 33 à 67**	**103 %**
Soir	20	□	De 3 à 11	◪	De 3 à 20	◪	De 12 à 53	■	**De 12 à 73**	**508 %**
Nuit	20	□	De 9 à 12	◪	De 9 à 20	◪	De 12 à 19	■	**De 12 à 39**	**225 %**

□ Seule une installation a ce type de personnel.

◪ De 2 à 4 installations ont ce type de personnel.

■ Les 6 installations ont ce type de personnel.

Source : Données fournies par les CSSS, les ressources intermédiaires et les projets novateurs visités.

39 Ces données font ressortir que des personnes âgées hébergées dans certaines ressources risquent de bénéficier de moins de services comparativement à d'autres usagers. Le temps disponible influence directement l'intensité des services rendus : accompagnement pour les repas, hygiène personnelle, surveillance de la condition de la personne, etc.

- Le temps moyen disponible par usager varie jusqu'à 66 % les jours de semaine et jusqu'à 103 % les jours de fin de semaine entre les différentes installations visitées.
- Deux des six installations n'ont pas de personnel infirmier la fin de semaine. Le soir et la nuit, aucune infirmière ne travaille dans cinq des six installations.
- Les services professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, etc.) sont parfois peu accessibles. Dans 5 des 6 installations, le temps moyen quotidien par usager varie de 7 à 29 minutes et les services diffèrent. Par exemple, une seule installation a une nutritionniste alors que c'est un service important pour les personnes âgées. Dans une autre installation, il n'y a pas de services professionnels sur une base régulière. Le CSSS peut toutefois les offrir sur demande.

Accès aux ressources d'hébergement

40 Au Québec, la personne orientée vers une ressource d'hébergement choisit son installation. Si aucune place n'est disponible dans celle-ci et que sa condition ne lui permet pas de demeurer à domicile, elle peut être temporairement hébergée dans une autre installation. Elle est alors inscrite sur une liste d'attente pour une place dans la ressource de son choix. Le nombre et le type de ressources disponibles de même que la variabilité de l'offre de services dans les différentes installations ont une influence sur l'accessibilité des ressources d'hébergement. Dans les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal, celle-ci diffère considérablement selon la ressource d'hébergement. Certaines sont très populaires et les personnes optant pour celles-ci doivent attendre plus longtemps. Par exemple, dans la Capitale-Nationale, les délais pour une place en CHSLD varient de 5 à 49 mois selon la ressource visée, alors que le délai moyen d'attente y est de 13 mois. À Montréal, ce dernier est de 7 mois.

41 [La difficulté d'accès des personnes âgées aux ressources d'hébergement est une des causes de l'engorgement des urgences. Cette clientèle occupe des lits de courte durée dans les hôpitaux lorsqu'elle est en attente d'une place d'hébergement.] Depuis les dernières années, bien que les agences et les établissements aient mis en œuvre différentes mesures, telle la création de lits transitoires par l'achat de places dans les résidences privées, la situation ne semble pas se résorber. Le nombre de jours-présence dans les hôpitaux par les personnes âgées en attente d'une place d'hébergement a augmenté de 21 % de 2006-2007 à 2009-2010 pour l'ensemble de la province (tableau 6).

Tableau 6 Jours-présence dans les lits d'hôpitaux des personnes âgées en attente d'une place

	2006-2007	2009-2010
Capitale-Nationale	37 040	67 569
Montréal	110 007	114 184
Province	**335 738**	**406 575**

Source : MSSS.

42 La région de la Capitale-Nationale a vu le nombre de jours-présence dans les lits d'hôpitaux augmenter considérablement (82 %), comparativement à celle de Montréal (4 %). Bien que le ministère ne soit pas en mesure de chiffrer les coûts supplémentaires engendrés par l'utilisation d'un lit de courte durée par une personne en attente d'hébergement, il reconnaît qu'il y a un impact financier.

Recommandations

43 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

1. **Mettre à jour ses orientations relatives à l'hébergement des personnes âgées et mettre en œuvre un nouveau plan d'action qui comprend des échéanciers et des indicateurs précis.**
2. **Assurer un suivi rigoureux des mesures à implanter qui découlent des orientations ministérielles et du plan d'action se rapportant à l'hébergement des personnes âgées.**
3. **S'assurer de l'utilisation d'un système unique d'évaluation des besoins de la clientèle pour tous les types d'hébergement.**

44 La recommandation suivante s'adresse au ministère, aux agences et aux établissements vérifiés.

4. **Disposer de l'information suffisante à l'égard des besoins des usagers, des ressources d'hébergement, des services offerts et de l'accès à celles-ci.**

45 Les recommandations suivantes s'adressent aux agences et aux établissements vérifiés.

5. **S'assurer que les établissements adaptent et développent les ressources d'hébergement en fonction des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et voient à ce qu'elles reçoivent les services requis par leur condition.**
6. **Réserver les lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée principalement aux personnes en lourde perte d'autonomie et ajuster l'offre de services pour répondre à leurs besoins.**
7. **Poursuivre la mise en place des mesures afin de diminuer les délais d'accès aux ressources d'hébergement.**

2.2 Financement des services d'hébergement

46 Depuis l'instauration en 1975 du Programme de contribution financière des adultes hébergés, le coût des services d'hébergement est partagé entre l'État et les usagers.

Plusieurs méthodes relatives au partage des coûts entre l'État et les usagers sont préconisées dans les différentes administrations publiques. Par exemple, notons le paiement variable en fonction des revenus ou des avoirs, avec plafond variable, et le taux unique pour tous.

Modes de financement

47 Les modes de financement des services d'hébergement comportent des disparités et ne tiennent pas suffisamment compte des besoins de la clientèle et des services requis. De plus, le processus d'attribution des contrats pour de tels services ne respecte pas toujours la réglementation.

48 Les types d'hébergement font l'objet de différents modes de financement.

Types d'hébergement	Modes de financement (provenance)
CHSLD publics	Budget historique indexé (établissement)
CHSLD privés conventionnés	Rétribution accordée au promoteur en trois volets : clinique, administratif (inclut le fonctionnement des installations) et immobilier (agence)
Ressources intermédiaires[1]	Rétribution quotidienne calculée en fonction de l'un ou l'autre des paramètres suivants (établissement) : ■ niveau de services associé à la condition de chacun des usagers ; ■ moyenne des niveaux de services de la clientèle hébergée.
Ressources de type familial[1]	Rétribution quotidienne basée sur le niveau de services associé à la condition de chacun des usagers (établissement)
Achats de places et projets novateurs[1]	Financement non encadré (agence ou établissement)

1. En plus des sommes allouées à ces ressources, les CSSS assument les coûts pour l'ensemble des soins et des services professionnels non offerts par celles-ci.

49 Des déficiences soulevées lors de notre vérification sont présentées ci-après pour chaque type d'hébergement.

Centres d'hébergement et de soins de longue durée publics

D'autres administrations publiques, telles [l'Alberta] et [l'Australie], allouent les sommes en fonction des besoins.

50 Comme la clientèle des CHSLD publics tend à s'alourdir, le budget historique indexé ne permet pas de considérer les besoins des usagers. Le ministère n'alloue pas directement les budgets aux établissements. Ce sont plutôt les agences qui distribuent les allocations budgétaires à ceux-ci ainsi qu'aux organismes communautaires. À moins d'une exception, ces budgets sont généralement reconduits de façon historique. Par la suite, les établissements répartissent le budget reçu de l'agence entre leurs installations. Les quatre CSSS vérifiés accordent les budgets à leurs CHSLD sur une base historique.

51 Puisque les agences ne connaissent pas les ressources financières requises pour répondre aux besoins des usagers et le budget alloué à chaque installation, ils ignorent dans quelle mesure les sommes attribuées aux CHSLD permettent de satisfaire aux besoins des personnes hébergées.

Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés

52 Les ententes conclues avec les promoteurs des CHSLD privés conventionnés sont à long terme et se renouvellent automatiquement.

53 Les trois volets financés par les agences – clinique, administratif (inclut le fonctionnement des installations) et immobilier – le sont de façon différente. Voici ce que nous avons relevé pour le volet administratif :

- Les fonds accordés sont une reconduction indexée d'une somme historique.
- Des écarts allant jusqu'à 77 % par lit dressé, soit de 22 374 à 39 625 dollars annuellement, existent entre les établissements pour des services similaires. Selon le MSSS, la superficie des bâtiments explique en partie ces écarts. Toutefois, celui-ci n'a effectué aucune analyse de coûts par établissement afin de déterminer les causes des variations et de juger de leur pertinence.

Pour le volet clinique, une protection est accordée aux heures de soins à dispenser. Si le promoteur effectue moins d'heures que celles prévues, il doit rembourser les sommes versées pour les heures de soins non travaillées. S'il fait des heures supplémentaires, elles ne lui sont pas payées.

Pour le volet immobilier, le financement est calculé en fonction de la valeur de l'immeuble et d'un taux de rendement.

Ressources intermédiaires et ressources de type familial

54 Pour les services d'assistance, le gîte et le couvert, les sommes accordées aux ressources intermédiaires et de type familial sont basées sur une échelle de rétribution en fonction du niveau de services, lequel varie selon le degré de perte d'autonomie de l'usager. Les soins cliniques, quant à eux, sont dispensés par le personnel du CSSS. L'application de ce mode de financement présente toutefois des faiblesses.

- Les sommes allouées pour chacun des niveaux de services ont été établies au début des années 2000 et sont indexées annuellement, sans autre réévaluation. Le ministère n'a pas été en mesure d'effectuer un rapprochement entre la rétribution versée à la ressource et les services à rendre aux personnes hébergées.
- Le mode de financement n'est pas toujours respecté. Par exemple, l'agence de Montréal accorde généralement à toutes les ressources intermédiaires une rétribution de 90,33 dollars par personne hébergée par jour, peu importe le profil réel de la clientèle. Cette somme est parmi les plus élevées de l'échelle de rétribution. Ainsi, pour une ressource intermédiaire visitée, cela se traduit par un versement mensuel moyen excédentaire de 41 342 dollars pour 27 résidents, soit 126 % de plus que la rétribution qui aurait dû lui être versée si le mode de financement avait été appliqué selon les normes. L'agence de Montréal aurait pu réaliser une économie annuelle de 496 104 dollars si elle avait respecté l'échelle de rétribution, soit l'équivalent de 33 places. Par ailleurs, elle alloue une somme quotidienne supplémentaire de 13 dollars par usager si le promoteur possède une construction neuve, sans que la réglementation prévoie ce type de clause. Si l'on considère le nombre actuel de places qui font l'objet de cette allocation, celle-ci représente près de 4 millions de dollars annuellement.

55 Outre le mode de financement, les contrats ne sont pas toujours attribués aux ressources intermédiaires dans le respect de la *Loi sur les contrats des organismes publics* (2008). L'application de la loi pour ces ressources d'hébergement permettrait notamment de laisser une chance égale à tous les promoteurs. Différentes pratiques ont été observées à cet égard.

- À Montréal, les 2 CSSS vérifiés n'ont pas lancé d'appels d'offres publics auprès de promoteurs privés avant l'attribution des 5 contrats signés depuis les 5 dernières années. En 2009, l'agence avait demandé aux CSSS de la région de présenter des projets de développement de places en ressources intermédiaires, ce qui a été fait. Cet exercice ne peut toutefois être considéré comme une procédure d'appel d'offres puisqu'il ne respecte pas les règles prévues.
- Dans la Capitale-Nationale, le seul contrat négocié avec une ressource intermédiaire dans les 5 dernières années a fait l'objet d'un appel d'offres. Toutefois, le contrat n'était pas encore signé étant donné les négociations toujours en cours, et ce, 6 mois après l'arrivée des résidents.

Dans la région de Montréal, l'ajout de 1 176 places en ressources non institutionnelles (autres que les CHSLD) est prévu dans les 3 prochaines années.

Achats de places

56 Les achats de places servent notamment au désengorgement des urgences. Chaque agence ou établissement peut négocier des ententes de gré à gré avec des promoteurs pour l'achat de services ou de lits. Les achats sont principalement réalisés auprès de CHSLD privés, de ressources intermédiaires et de résidences privées. Au 30 septembre 2011, le ministère estimait le nombre de places achetées à 1 724. Il ne connaît toutefois pas le coût de ces places dans les régions. Voici les 3 principales déficiences qui ont été relevées :

- Contrat d'une valeur de 6,5 millions de dollars par année sur 20 ans pour l'achat de 116 places d'hébergement lors d'une situation d'urgence. En 2007, l'agence de la Capitale-Nationale a signé une entente avec un promoteur privé pour l'achat de places d'hébergement. Compte tenu de l'engorgement des salles d'urgence, elle n'a pas lancé d'appel d'offres, soutenant qu'il s'agissait d'une situation urgente. Le contrat signé dans un tel contexte aurait dû se limiter à une période de temps plus restreinte, étant donné que la situation d'urgence était invoquée. Par la suite, l'agence aurait dû procéder à un appel d'offres afin de trouver une solution permanente. Cela n'a pas été fait puisque le contrat initial est de 20 ans. Par ailleurs, aucun rapport détaillant les raisons du recours à cette mesure n'a été présenté au conseil d'administration, alors qu'il était requis dans le cadre de gestion financière de l'agence. Selon cette dernière, le dossier avait été porté à la connaissance du conseil d'administration.

- Absence d'appel d'offres public pour de nouvelles ententes avec le même promoteur. L'agence de la Capitale-Nationale a signé une nouvelle entente quelques mois plus tard (2008) avec le même promoteur pour remplacer l'entente initiale et une autre a été conclue en 2011 pour modifier celle de 2008. Chaque fois, les changements apportés, soit l'augmentation du nombre de places (ajout de 58 lits en 2008 et de 82 lits en 2011) et du tarif journalier (hausse de près de 25 % du tarif quotidien en 2011), ont modifié de façon importante la valeur totale du contrat précédent (accroissement de 50 % en 2008 et de 83 % en 2011). Selon la réglementation en vigueur et les bonnes pratiques de gestion, l'agence aurait dû lancer un appel d'offres public pour chacune de ces 2 ententes afin d'obtenir le meilleur prix et de favoriser la saine concurrence. À titre indicatif, le contrat en vigueur s'élève annuellement à près de 18 millions de dollars.
- Absence de balise ministérielle pour guider la négociation des prix des services achetés dans des résidences privées. Dans la région de la Capitale-Nationale, les prix payés sont variables selon la résidence. Par exemple, un CSSS débourse 75 % de plus dans une résidence que le prix moyen payé dans l'ensemble des autres résidences avec lesquelles il a négocié des ententes pour le même type de clientèle. À Montréal, deux prix sont fixés pour l'achat de places : un pour les usagers ayant un profil correspondant à la clientèle des CHSLD et un second pour les personnes ayant un profil associé aux ressources intermédiaires. Le prix n'est toutefois pas modulé en fonction du profil des personnes hébergées, comme c'est le cas pour les ressources intermédiaires.

Le prix d'une place devrait être modulé en fonction du profil des personnes hébergées et des services réellement rendus. Cette logique justifie l'échelle de rétribution pour les ressources intermédiaires.

Coût des services

57 Les agences et les CSSS vérifiés considèrent peu la dimension économique lorsqu'ils choisissent le type d'hébergement ou le mode de prestation des services. De plus, le ministère n'a pas calculé le coût complet de chaque type d'hébergement afin d'orienter les choix effectués.

58 Dans les CSSS vérifiés, l'hébergement et les soins à domicile sont gérés par des directions différentes ayant des budgets distincts. Le choix du mode de prestation des services, soit à domicile ou en hébergement, n'est pas nécessairement optimal. En voici des exemples :

- Dans un CSSS, les services à domicile cessent lorsqu'ils s'élèvent à plus de 16 000 dollars annuellement pour un usager. Toutefois, il y a une exception : le montant peut atteindre 33 000 dollars pour un maximum de 34 bénéficiaires. Si la personne âgée a des besoins supplémentaires qui font augmenter le coût des services offerts à un montant supérieur au seuil fixé, elle est orientée vers une ressource d'hébergement et cesse de recevoir des soins à domicile. En plus d'avoir un effet sur la qualité de vie de la personne, cette décision a une incidence financière notable.

L'État devra maintenant assumer des frais supplémentaires pour sa part du coût des services d'hébergement. Par exemple, pour une personne requérant des services dont le coût dépasse de 1 000 dollars le seuil fixé, ce CSSS mettra fin au service de soutien à domicile et orientera la personne vers une ressource d'hébergement. Les frais supplémentaires ne seront plus de 1 000 dollars par an pour le gouvernement, mais de 12 335 dollars si la personne est orientée vers une ressource intermédiaire et de 36 853 dollars si elle est hébergée en CHSLD.

- Dans un autre établissement, les besoins des personnes demeurant à domicile ne sont que minimalement satisfaits au profit du plus grand nombre. En raison d'un budget limité, cet établissement n'offre souvent que des services de base. Cette pratique peut entraîner une perte d'autonomie plus rapide de l'usager, un engorgement des hôpitaux ou encore le recours accéléré à l'hébergement dans une installation publique ou une résidence privée.

L'analyse financière permet d'orienter l'offre de services en fonction à la fois des besoins de la clientèle et des solutions les plus économiques.

59 Par ailleurs, le MSSS et les agences vérifiées ne font pas d'analyse financière et ne comparent pas la performance des CHSLD. Ces entités ainsi que les CSSS vérifiés ne calculent pas le coût d'une place par CHSLD. En fait, depuis la création des CSSS en 2004, l'information financière par installation est difficilement accessible.

60 Pour ce qui est des coûts de chaque formule d'hébergement, seul le coût moyen d'une place en CHSLD est évalué par le ministère. En 2011, il était de 71 699 dollars et représentait le coût brut avant la déduction de la contribution de l'usager. Toutefois, c'est une estimation pour l'ensemble des établissements et tous les coûts engagés ne sont pas pris en compte, dont les dépenses liées au financement des immobilisations et de l'amortissement ainsi que celles assumées par d'autres ministères ou organismes centraux, comme la part de l'employeur dans les régimes de retraite.

61 Afin d'illustrer la grande diversité des coûts associés à une place en ressources d'hébergement, nous avons compilé l'information fournie à notre demande par les 4 CSSS vérifiés et les 13 installations visitées. Le tableau 7 montre le coût le moins élevé et celui le plus élevé de ces ressources, par type de ressources. Notons que les installations sont regroupées en fonction de la perte d'autonomie de la clientèle et que le nombre limité d'installations considérées ne permet pas une extrapolation des résultats.

Tableau 7 Coût annuel d'une place dans les ressources d'hébergement par type de clientèle (en dollars)

	Perte d'autonomie						
	Lourde			Modérée			Légère
	CHSLD publics[1]	CHSLD privés conventionnés[1]	Achats de places[2]	Ressources intermédiaires	Projets novateurs	Achats de places[2]	Ressource de type familial
Ressources considérées	23[3]	2	s.o.	4	2	s.o.	1
Coût brut[4]	De 61 551 à 90 820	De 76 468 à 90 684	De 33 787 à 70 270	De 27 945 à 42 600	De 47 683 à 51 814	De 28 085 à 48 585	22 186
Coût net[5]	De 41 571 à 70 840	De 60 681 à 74 723	De 13 807 à 50 290	De 14 722 à 29 377	De 27 703 à 31 834	De 8 105 à 28 605	12 149

1. Les coûts n'incluent pas les dépenses liées au financement des immobilisations et de l'amortissement ainsi que celles assumées par d'autres ministères ou organismes centraux.
2. Les sommes représentent les coûts payés par les agences et les établissements vérifiés.
3. Les 23 CHSLD sont des installations qui font partie des 4 CSSS vérifiés.
4. Le coût brut inclut le coût payé par l'État et le coût maximal déboursé par l'usager. Il correspond au coût le moins élevé et à celui le plus élevé des ressources considérées.
5. Le coût net représente le coût brut pour l'État moins la contribution maximale de l'usager.

62 Les variations de coûts sont importantes pour les ressources considérées, tant entre les divers types de ressources qu'à l'intérieur d'une même catégorie. Pour la clientèle en lourde perte d'autonomie hébergée en CHSLD, des variations de plus de 79 % (41 571 et 74 723 dollars) existent entre le coût net le moins élevé et celui le plus élevé. Pour la clientèle en perte d'autonomie modérée des ressources intermédiaires et des projets novateurs visités, ces variations sont plutôt de l'ordre de 116 % (14 722 et 31 834 dollars).

Contribution demandée à l'usager pour l'hébergement

63 Le gouvernement du Québec considère qu'il est juste et raisonnable que la personne hébergée contribue aux frais de son hébergement pour une somme équivalant à ce qu'elle débourserait si son état de santé lui permettait de demeurer à domicile. En 2010-2011, pour le réseau public, la contribution des usagers représentait un revenu de 698 millions de dollars.

64 Pour les places en CHSLD, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial, le MSSS détermine la contribution de l'usager par règlement et l'indexe annuellement. Depuis 1997, c'est la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui a le mandat d'établir la contribution qui sera payée par l'usager hébergé en CHSLD et en ressources intermédiaires selon les règles édictées par le ministère. L'usager peut faire une demande à la RAMQ pour que sa contribution soit diminuée si ses revenus sont insuffisants. Pour les ressources de type familial, la contribution est gérée par le CSSS.

La contribution, qui représente le gîte et le couvert, repose sur des critères qui tiennent compte de la juste responsabilité de l'adulte quant à ses frais de subsistance, à son droit de conserver une part équitable des revenus provenant de son capital et à ses charges familiales.

65 Outre l'indexation annuelle, la contribution demandée à l'usager hébergé en CHSLD ainsi que les règles servant à l'établir n'ont pas été revues depuis plus de 15 ans. En outre, le lien entre la contribution et les coûts des services n'a pas été démontré.

66 Le MSSS n'a pas défini clairement la notion de gîte et de couvert et n'a pu nous démontrer que les contributions exigées des personnes hébergées dans un CHSLD couvraient ces frais. Publiée en 2009, la *Politique de financement des services publics* du ministère des Finances du Québec prévoit pourtant que les ministères et organismes doivent évaluer le coût des services offerts aux usagers et déterminer une cible d'autofinancement afin d'établir leur tarification.

67 À l'aide des données du ministère, nous avons déterminé la part des frais liés au gîte et au couvert assumés par les usagers hébergés dans un CHSLD public en 2011. Ces frais mensuels sont de 2 147 dollars par usager, alors que la contribution maximale demandée est de 1 665 dollars, soit un écart de 482 dollars par mois (29 %).

La proportion de la clientèle hébergée qui paie la contribution maximale est en hausse depuis les dernières années. En CHSLD, elle est passée de 53 % en 2002 à 61 % en 2011. En ressources intermédiaires, elle est passée de 81 à 87 % pour ces mêmes années.

68 Par comparaison, les personnes recevant du CSSS des soins de santé dans une résidence privée doivent assumer la totalité des coûts associés au gîte et au couvert.

69 Parmi les personnes hébergées dans le réseau public, 61 % paient la contribution maximale. Si celles-ci déboursaient le coût réel du gîte et du couvert, soit 2 147 dollars, et que l'on supposait que seulement 50 % de la clientèle pouvait payer cette contribution, la récupération serait de 111 millions de dollars. Cette somme pourrait notamment servir à augmenter l'offre de services à la clientèle sans pénaliser les personnes moins nanties, puisque celles-ci bénéficient d'une exonération.

70 À titre comparatif, les données suivantes font ressortir que le Québec est la province qui demande la plus basse contribution des usagers. Notons qu'en plus de la contribution pour l'hébergement, 4 des 10 provinces exigent la totalité (Nouvelle-Écosse et Saskatchewan) ou une partie (Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard) des coûts des médicaments.

Province	Contribution mensuelle en CHSLD en 2011 (en dollars)
Nouvelle-Écosse	3 011
Colombie-Britannique	2 932
Nouveau-Brunswick	2 890
Terre-Neuve-et-Labrador	2 800
Manitoba	2 233
Ontario	2 167
Île-du-Prince-Édouard	2 108
Saskatchewan	1 909
Alberta	1 700
Québec	1 665

Source : Sites Internet gouvernementaux.

71 La contribution n'est pas réglementée pour les projets novateurs. Dans les deux installations visitées, la contribution demandée est celle des CHSLD, alors que les services offerts s'apparentent plus à ceux des ressources intermédiaires. Toutefois, contrairement aux usagers hébergés dans un CHSLD, ceux qui le sont dans un projet novateur ont droit à un crédit d'impôt annuel pour le maintien à domicile, qui peut représenter jusqu'à 3896 dollars. Même avec le crédit d'impôt, la contribution dans les deux projets novateurs visités est supérieure de 21,6 % à celle exigée en ressources intermédiaires, type de ressources qui pourraient héberger la clientèle de ces projets novateurs.

Un crédit d'impôt annuel pour le maintien à domicile est accordé aux personnes âgées de 70 ans et plus demeurant à domicile ou hébergées dans une résidence privée.

72 Concernant l'hébergement en ressources intermédiaires et en ressources de type familial, les contributions demandées n'ont pu être expliquées. Celles-ci mériteraient également d'être révisées afin que soit assurée l'équité entre les personnes âgées.

73 En plus des contributions, nous avons examiné les sommes prises en compte dans les calculs d'exemption et d'exonération lorsqu'une personne demande une diminution de la contribution pour son hébergement dans un CHSLD ou une ressource intermédiaire. Les sommes sont basées sur le *Règlement sur l'aide sociale* de 1983. Le ministère ne les a jamais mises à jour, même si ce règlement a été remplacé depuis par celui sur l'aide aux personnes et aux familles. Ainsi, les montants considérés dans le calcul des exemptions pour la résidence et les liquidités sont toujours de 40 000 et de 2 500 dollars, alors qu'ils sont de 90 000 et de 5 000 dollars dans le nouveau règlement.

Parmi les exemptions, notons celles pour les liquidités, les autres biens mobiliers ou immobiliers et la résidence principale.

74 La méthode de calcul crée des iniquités selon les avoirs ou la situation familiale de la personne (annexe 6). Par exemple, les notions de conjoint de fait et de séparation de fait ne sont pas reconnues : des personnes présentant une situation similaire auront des contributions différentes selon leur état matrimonial. Une personne qui est conjointe de fait paiera souvent plus cher qu'une personne mariée. En outre, la contribution établie dépendra de la nature des avoirs de l'individu. Ainsi, pour un même avoir net de 76 000 dollars, la personne âgée paiera mensuellement 1 665 dollars si cette valeur est dans un placement, 415 dollars si elle est dans une propriété et 325 dollars si elle correspond à la valeur de rachat d'une police d'assurance vie. L'écart peut donc aller jusqu'à 412 %.

75 Par ailleurs, la RAMQ ne dispose pas du pouvoir légal nécessaire pour assurer un traitement équitable à tous les usagers dans le cas d'une disposition de biens sans juste considération. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que le ministre ou l'établissement peut intenter une action en recouvrement contre toute personne ayant disposé de ses biens dans les 2 années précédant son hébergement. En l'absence de disposition dans un règlement d'application qui viendrait déléguer ce pouvoir à la RAMQ, celle-ci ne peut appliquer cet article de loi au moyen de mesures administratives, et ce, bien qu'elle recense régulièrement des dossiers dans lesquels les règles n'ont pas été respectées. Le MSSS et les 4 CSSS vérifiés n'ont, quant à eux, jamais intenté de poursuites à cet égard. Pour illustrer l'iniquité, donnons l'exemple d'une personne qui, moins de 24 mois avant son admission dans un CHSLD, encaisse un placement de 100 000 dollars et en fait don à ses enfants. Cette personne indique ensuite la cession sur le formulaire relatif au calcul de la contribution transmis à la RAMQ. Cette dernière ne peut intenter de recours et calcule la contribution selon l'avoir de l'individu au moment de son admission, sans tenir compte de la cession faite sans juste considération avant son admission. La personne âgée aura alors droit à une réduction pouvant aller jusqu'à 80 % et paiera 325 dollars par mois plutôt que 1 665 (annexe 6, cas numéro 1).

76 Le MSSS est au courant des déficiences relevées, car il a collaboré à des projets de mémoire produits [avec] la RAMQ, dans lesquels des modifications étaient proposées pour corriger les lacunes décelées. De plus, cette dernière a produit une étude en 2005, qui contient des propositions de modifications réglementaires relatives à la contribution des personnes hébergées. Même si le ministère avait inclus dans son plan d'action 2005-2010 une mesure portant sur l'harmonisation et la simplification de la contribution, aucun correctif n'y a encore été apporté. Par ailleurs, il n'existe plus de mécanisme de coordination continu entre le MSSS et la RAMQ, lequel était pourtant prévu dans l'entente entre les deux parties et lors de la mise en œuvre du plan d'action 2005-2010.

Autres frais assumés par l'usager

77 En plus des frais d'hébergement, certaines ressources d'hébergement, à l'exception des CHSLD publics et privés conventionnés, peuvent facturer d'autres services à l'usager, tels les médicaments et les produits d'incontinence. Pour connaître la totalité des frais assumés par les personnes âgées et assurer l'équité à l'ensemble de la clientèle, il faut considérer, outre la contribution fixée mensuellement pour le gîte et le couvert, les autres services tarifés et le crédit d'impôt pour le maintien à domicile.

78 Les services facturés aux personnes âgées hébergées sont variables selon le type d'hébergement. Le ministère n'a pas évalué l'ensemble des frais qu'elles assument et ne sait pas si la contribution totale exigée est équitable.

79 Pour les CHSLD, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, une circulaire ministérielle de 1995 vient préciser les frais couverts et non couverts par la contribution de l'usager. Dans les autres types d'hébergement (projets novateurs et achats de places), les inclusions et les exclusions font partie de chaque entente négociée entre le CSSS et le promoteur ; le MSSS n'a formulé aucune ligne directrice à cet égard. En l'absence de lignes directrices ou d'information sur les services facturés par les installations, le ministère ne peut savoir si la contribution est équitable.

80 Bien que la clientèle des ressources intermédiaires et des projets novateurs visités soit semblable, nous avons noté des écarts quant aux frais demandés. Par exemple, dans les ressources intermédiaires, les produits d'incontinence sont offerts gratuitement à l'usager, alors qu'ils sont facturés dans un des deux projets novateurs. Les coûts des médicaments sont exigés dans un projet novateur, tandis qu'ils ne le sont pas dans l'autre. À partir des données fournies par les établissements vérifiés, nous avons estimé que la différence entre les frais facturés d'un projet novateur à l'autre pourrait représenter jusqu'à 2 265 dollars annuellement pour un usager.

Recommandations

81 La recommandation suivante s'adresse aux agences et aux établissements vérifiés.

8 S'assurer que le financement pour les différentes ressources d'hébergement considère davantage les besoins de la clientèle et les services requis.

82 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère et aux agences vérifiées.

9 Mieux encadrer le développement de places en ressources intermédiaires et de type familial ainsi que les achats de places réalisés auprès des promoteurs privés afin notamment que le processus respecte la réglementation en vigueur.

10 Analyser la performance de chaque ressource d'hébergement en considérant le coût et les services rendus.

11 Favoriser les soins à domicile si cette option est la plus bénéfique et la plus économique.

83 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

12 Revoir et réévaluer périodiquement la contribution des personnes âgées hébergées ainsi que l'ensemble des frais qu'elles assument.

2.3 Contrôle de la qualité

84 Les personnes âgées en perte d'autonomie représentent une clientèle plus vulnérable. Il est donc important de leur assurer un environnement adéquat et sécuritaire ainsi que des soins et des services de qualité.

Mesures de contrôle

85 Le ministère ne s'assure pas que l'ensemble des mesures de contrôle de la qualité permet une surveillance suffisante et adéquate de tous les types de ressources d'hébergement.

86 Au cours des dernières années, plusieurs mesures de contrôle ont été mises en place afin de favoriser la qualité des services dans les établissements de santé et de services sociaux. Toutefois, la fréquence et la nature des contrôles effectués ne permettent pas nécessairement une surveillance suffisante des ressources d'hébergement pour les personnes âgées.

87 Parmi les mesures en place, certaines visent la surveillance d'activités particulières pour des installations ciblées ou encore pour l'ensemble des établissements. Voici des exemples :

- À la suite d'une plainte, des contrôles sont effectués auprès de certaines installations par les commissaires locaux et régionaux aux plaintes et à la qualité des services ainsi que par le Protecteur du citoyen.
- Un comité de vigilance et de la qualité et un comité de gestion des risques sont mis sur pied à l'intérieur de chaque établissement. Le comité de gestion des risques doit entre autres s'assurer de l'implantation d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Le comité de vigilance et de la qualité vient établir des liens entre les rapports et les recommandations reçus des différentes instances de l'établissement, dont le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de gestion des risques a pour but de recenser et d'analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers.

88 D'autres mesures visent une appréciation plus globale des différentes ressources d'hébergement du réseau. Ces mesures comprennent la visite des installations et la rédaction d'un rapport d'évaluation comportant des recommandations. Pour chaque mesure, nous exposons ci-dessous le type d'installations visées et la fréquence prévue des évaluations. Nous présentons également les déficiences observées en lien avec l'application de ces mesures. Par ailleurs, nous faisons état du permis de CHSLD comme mesure de contrôle.

89 Par ailleurs, en ce qui a trait aux résidences privées pour aînés, nous avons décidé d'en tenir compte ci-après. En effet, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'agence a notamment comme responsabilités de constituer et de tenir à jour un registre des résidences, de délivrer la certification aux exploitants tous les trois ans (mandat confié au Conseil québécois d'agrément) et de faire une inspection de ces résidences (annexe 3). Celles-ci doivent en outre se conformer à un ensemble de critères sociosanitaires afin d'obtenir leur certification.

Les deux organismes d'accréditation qui délivrent des certificats d'agrément sont le Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada.

Mesures	Types d'installations	Fréquence prévue des évaluations	Déficiences
Ressources d'hébergement			
Visites ministérielles ■ échanges verbaux ■ consultation de documents ■ observations	CHSLD, ressources intermédiaires, ressources de type familial	10 % des installations par année	■ Contrôle peu fréquent : premier cycle de visites commencé il y a 8 ans ■ Planification des visites non basée sur une gestion des risques ■ Évaluation non effectuée à partir d'indicateurs et essentiellement qualitative : comparaison difficile entre les installations ■ Aucune visite en ressources intermédiaires et en ressources de type familial destinées aux personnes âgées depuis 2009 ■ Visites annoncées jusqu'en avril 2012 ■ Possibilité pour l'agence responsable du suivi de fermer le dossier si 80 % des recommandations sont jugées appliquées
Agrément par une autorité externe ■ évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles	CSSS (incluant CHSLD, ressources intermédiaires et ressources de type familial), CHSLD privés	4 ans	■ Agrément fait auprès de l'établissement (CSSS), mais pas de visite auprès de certains CHSLD des CSSS vérifiés ■ Peu de visites auprès des ressources intermédiaires et des ressources de type familial relevant des CSSS : sur les 5 ressources visitées, une seule ayant fait l'objet d'une visite ■ Information diffusée ne permettant pas une évaluation comparative des [installations]
Permis de CHSLD ■ autorisation donnée pour offrir des soins et des services	Toute installation offrant plus d'une heure de soins	s.o.	■ Plusieurs résidences privées pour aînés ne demandant pas les autorisations requises ■ Aucun contrôle du MSSS pour s'assurer du respect de la règle ■ Achats de places auprès de résidences privées pour aînés sans permis pour des soins de plus d'une heure
Résidences privées pour aînés			
Certification de conformité réalisée par les agences et visites effectuées par le Conseil québécois d'agrément ■ conformité aux critères sociosanitaires et aux exigences prévues par règlement : droits fondamentaux des résidents, santé, sécurité, alimentation et médication	Résidences privées pour aînés	3 ans	■ Absence de certificat pour certaines résidences : taux de certification de 85 % ■ Non-respect des critères pour 132 résidences (près de 14 000 usagers) sur 2 126 depuis plus de 2 ans ■ Visites annoncées

90 Les mesures de contrôle mises en place varient en fonction du type d'établissements, même si certains d'entre eux offrent des services à une clientèle semblable. Par exemple, des résidences privées fournissent des services à une clientèle de plus en plus lourde, qui a un profil associé aux ressources intermédiaires, voire aux CHSLD. Lors de nos visites, une résidence privée accueillait dans une unité 12 personnes présentant des problèmes cognitifs sévères. Pourtant, cette résidence n'avait pas de permis de CHSLD, alors qu'elle aurait dû en avoir un. Les contrôles réalisés auprès des CHSLD par les organismes d'agrément et le MSSS sont beaucoup plus élaborés que ceux effectués dans les résidences privées pour aînés ayant une certification.

Selon le *Rapport sur les résidences pour personnes âgées* de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, environ 5 000 places sont occupées, dans les résidences privées du Québec, par des usagers recevant plus d'une heure et demie de soins médicaux par jour.

91 La fréquence d'application des différentes mesures de contrôle est variable. Lorsque deux mesures sont mises en œuvre auprès d'un même établissement, elles ne sont pas nécessairement coordonnées. Par exemple, certains établissements ont été visités dans des périodes de temps rapprochées par l'organisme d'agrément et le ministère ou encore n'ont fait l'objet d'aucune visite pendant quelques années.

En Allemagne, en Australie, en Écosse et en Ontario, les centres d'hébergement de longue durée reçoivent une visite surprise annuellement.

92 Pour ce qui est des projets novateurs, le ministère n'a pas clairement défini les mesures de contrôle requises. À titre d'exemple, pour les deux ressources de ce type visitées, ni visite ministérielle, ni visite d'agrément, ni processus de certification n'ont été effectués. Ces résidences offrent pourtant le même niveau de soins et de services qu'une ressource intermédiaire, et certains usagers ont même un profil d'autonomie associé à la clientèle des CHSLD.

Portrait de la qualité et diffusion

93 Les résultats des différents contrôles de la qualité effectués ne sont pas intégrés et tous diffusés, ce qui ne permet pas d'obtenir le portrait global de l'ensemble des ressources d'hébergement ni de les comparer.

94 Plusieurs administrations publiques se servent d'indicateurs pour mesurer la qualité des soins et des services offerts dans les ressources d'hébergement. Par la suite, elles diffusent les résultats obtenus afin de fournir de l'information à leurs citoyens.

L'Ontario suit annuellement 29 indicateurs dans 125 centres d'hébergement de longue durée. Ces indicateurs seront suivis dans l'ensemble des établissements à partir de 2012.

95 Au Québec, différents indicateurs de qualité sont suivis par les établissements vérifiés, tels le pourcentage des usagers ayant un plan d'intervention et le nombre de plaintes. Toutefois, l'information n'est pas diffusée à l'échelle régionale ou provinciale et les indicateurs ne sont pas nécessairement les mêmes. Comme il a été mentionné précédemment, deux indicateurs sont suivis auprès de l'ensemble des CHSLD : le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance et le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels.

96 En plus de ces indicateurs, chaque établissement est responsable du suivi des recommandations, qui lui ont été formulées dans les différentes évaluations, et effectue souvent celui-ci par type de contrôle. Pourtant, la compilation de l'ensemble de l'information sur la qualité – résultats de l'agrément, des visites ministérielles et de la certification, plaintes reçues par les commissaires aux plaintes et le Protecteur du citoyen, indicateurs suivis par les établissements, information contenue dans le registre des accidents et des incidents – donnerait une image plus juste de chaque installation.

97 Un tableau intégré de l'ensemble des recommandations permettrait de connaître le nombre et la nature de celles qui ont été appliquées pour chaque établissement et chaque installation. Il deviendrait ainsi plus facile d'en faire un suivi global et de s'assurer de leur mise en œuvre. Le comité de vigilance et de la qualité de chaque établissement doit établir des liens entre les rapports et les recommandations que celui-ci reçoit de ses différentes instances. Toutefois, trois des quatre CSSS vérifiés n'ont pas été en mesure de nous transmettre des documents synthétisant, par installation, les recommandations appliquées par les différents intervenants.

98 Les résultats des évaluations sont très peu communiqués au public. À l'exception des certificats d'agrément qui sont affichés à l'entrée des établissements, le citoyen n'est pas en mesure d'apprécier la qualité des soins et des services offerts et de comparer les ressources d'hébergement. Les résultats les plus accessibles sont ceux relatifs aux visites ministérielles en CHSLD, mais ils ne sont pas présentés sous forme d'indicateurs. De plus, les sujets des visites varient dans le temps et sont donc difficilement comparables. Les établissements ont l'obligation, depuis juin 2011, de diffuser les rapports d'agrément, notamment sur leur site Web, de même que leur rapport annuel de gestion.

99 La diffusion des résultats relatifs au contrôle de la qualité est beaucoup plus élaborée dans d'autres administrations publiques, ce qui incite davantage les gestionnaires à la performance.

D'autres administrations publiques diffusent sur un site Internet de l'information comparative sur la qualité des ressources d'hébergement. À l'échelle canadienne, de l'information sur la satisfaction de la clientèle hébergée est publiée sur le Web. Le Québec ne le fait toutefois pas.

Administration publique	Information diffusée
Ontario	L'agrément et les rapports d'inspection relatifs aux centres d'hébergement sont diffusés et le public est invité à trouver la ressource qui lui convient le mieux. En matière de qualité des soins et des services, des données sur le taux de chutes des résidents, le taux de résidents ayant une nouvelle plaie de lit et le taux de contention sont publiées.
Allemagne	Des rapports portant sur la qualité, accessibles au public, précisent les résultats et la note globale – de 1 (très bon) à 5 (faible) – de chaque ressource d'hébergement. Les rapports sur la satisfaction de la clientèle sont également publiés.
États-Unis	Les rapports d'inspection pour les installations subventionnées par les programmes Medicaid et Medicare sont diffusés. Ils incluent les cotes attribuées et les appréciations de la qualité du personnel et des services offerts.

Recommandations

100 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

13 **Veiller à ce que l'ensemble des mesures de contrôle de la qualité permette une surveillance suffisante et adéquate des ressources d'hébergement en considérant notamment la fréquence et la nature des contrôles effectués ainsi que les indicateurs à suivre.**

101 Les recommandations suivantes s'adressent aux agences et aux établissements vérifiés.

14 **S'assurer d'avoir un portrait de la qualité des ressources d'hébergement qui présente entre autres pour chaque installation les recommandations faites par différentes instances lors de contrôles ainsi que l'évolution de l'application des recommandations.**

15 **Diffuser aux citoyens de l'information sur la qualité des ressources d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.**

Commentaires des entités vérifiées

102 Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« **Commentaires généraux.** Le MSSS prend note des recommandations du Vérificateur général. Très soucieux de la qualité des services d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, le MSSS poursuivra les actions déjà entreprises qui visent à améliorer les services de ce secteur d'activité ainsi qu'à optimiser l'utilisation des ressources qui y sont consacrées. Par ailleurs, le MSSS tient à concilier les objectifs d'optimisation avec les besoins de ses différentes clientèles, de plus en plus vulnérables, tout en considérant la réalité de chaque mission assumée par les agences et les établissements.

« **Gestion des ressources d'hébergement.** Depuis le début des années 2000, le MSSS a défini et a diffusé diverses orientations, politiques et plans d'action portant sur plusieurs volets du continuum de services aux aînés. Citons par exemple : les orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix », les orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD, le plan d'action sur les services aux aînés (2005-2010), un défi de solidarité et le cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Un bilan national et régional du plan d'action 2005-2010 est en cours de réalisation et sera publié sous peu.

« De plus, afin de mieux adapter les services aux personnes aînées, conjointement avec le ministère de la Famille et des Aînés, le MSSS a travaillé étroitement avec 16 ministères et organismes gouvernementaux à élaborer une politique gouvernementale pour soutenir les personnes aînées qui veulent demeurer actives et vivre le plus longtemps possible à la maison et dans leur communauté. Cette politique vient réitérer l'orientation ministérielle de favoriser d'abord le soutien à domicile des personnes.

« En lien avec les résultats provisoires du bilan du plan d'action 2005-2010 ainsi que le lancement de la politique gouvernementale « Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec » et de son plan d'action, le MSSS a déjà amorcé la mise à jour des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes aînées, dont celles relatives à l'hébergement. Celles-ci incluront des échéanciers et des indicateurs de suivi. Ces travaux permettront de répondre à plusieurs recommandations formulées par le Vérificateur général.

« Le MSSS a émis une circulaire concernant l'utilisation d'un seul outil d'évaluation, lequel précise les clientèles visées et les champs d'application. Au cours des dernières années, il a procédé au déploiement d'une solution informatique afin de soutenir les établissements dans la complétion de cet outil d'évaluation. Le déploiement est maintenant terminé dans la plupart des régions.

« Le MSSS et le réseau disposent actuellement d'informations par établissement au moyen d'un ensemble de banques de données. Il existe des informations au regard de la clientèle hébergée (système d'information SICHELD [Système informatisé des dossiers de résidents]) ainsi que sur les listes d'attente aux niveaux local, régional et provincial (système d'information SICRA). En RI-RTF, les données sur la clientèle sont disponibles à tous les niveaux. L'ensemble des données compilées dans les systèmes d'information ministériels et ses sources (AS-478, AS-471, etc.) permettent de suivre l'offre de services par établissement et par centres d'activité. Bien que beaucoup de données soient disponibles, le MSSS poursuit ses travaux afin d'améliorer la qualité des données qu'il juge pertinentes pour assurer une gestion efficace de ce secteur d'activité.

« Dans son plan stratégique 2010-2015, le MSSS s'est engagé à "évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et à assurer une rétroaction sur les résultats" (objectif 6.1.3). Cet engagement s'inscrit dans l'esprit de la *Loi sur l'administration publique* et est en cohérence avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). À cet égard, des travaux plus spécifiques porteront sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie.

« Bien que le MSSS ait accepté les recommandations formulées dans le rapport du Vérificateur général, nous estimons que certaines nuances sont nécessaires. En effet, les constats et les commentaires qui y sont présentés méritent un éclairage afin que le lecteur puisse avoir un portrait juste de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie et qu'il saisisse mieux la complexité de ce secteur d'activité.

« Une résidence privée pour aînés ne peut être considérée comme une ressource d'hébergement. En effet, la loi nº16 a introduit une définition pour désigner les résidences privées accueillant des personnes aînées de la manière suivante :

> […] est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre le location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlements : service de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode. (LSSSS; art. 346.0.1.)

« Le rapport du Vérificateur général établit, à plusieurs endroits, des liens directs entre l'admission des usagers par type de ressources et les profils d'autonomie. Nous avons validé auprès des experts cette façon de faire et ces derniers mentionnent que, comme précisé dans tous les documents fournis au réseau, il est toujours indiqué que le profil d'autonomie est un élément de la situation et que d'autres facteurs de l'état de santé de la personne peuvent influencer son orientation.

« **Financement des services d'hébergement.** Depuis le début des années 1990, le MSSS préconise une approche d'allocation budgétaire qui vise à ce que toutes les régions du Québec aient un niveau comparable d'accessibilité à l'ensemble des services, peu importe où ils sont offerts dans un contexte budgétaire où le MSSS doit faire face à une augmentation constante des besoins, particulièrement ceux reliés au vieillissement de la population. Ce mode d'allocation est basé sur une notion de besoins de la population qui prévaut sur ceux des producteurs de services. Le MSSS laisse aux agences le soin d'accomplir leur rôle, soit de fixer l'allocation aux fournisseurs de soins de santé en considérant les services présentement disponibles et les objectifs fixés par le MSSS, lesquels sont précisés notamment dans les ententes de gestion. Ce mode d'allocation respecte l'article 463 de la LSSSS qui est à l'effet "que le ministre voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et leurs caractéristiques sanitaires."

« Signalons que les notions de services rendus et de besoins de la clientèle étaient autrefois utilisées (avant 1990) dans les modèles d'allocation et engendraient des iniquités d'allocation, causées notamment par les structures de services des établissements et le mode d'évaluation des besoins des usagers. Le MSSS considère que les modalités d'allocation présentement utilisées demeurent les plus appropriées, car elles mettent en relation le niveau actuel de ressources accordées à la région et le niveau de besoin de la population ciblée.

« **Contrôle de la qualité.** En ce qui concerne les communications des résultats des évaluations au public, le MSSS considère que cette affirmation ne tient pas compte du fait qu'avec l'adoption du projet de loi n° 127 en juin 2011, et dans un souci d'information et de transparence, les établissements ont l'obligation de mettre un site Web à la disposition de la population indiquant, entre autres, les services disponibles. Les établissements doivent aussi publier sur leur site Web leur rapport d'agrément de même que leur rapport annuel de gestion (RAG).

« Nous retrouvons également disponibles sur le site Internet du MSSS les rapports de visites d'appréciation de l'implantation de l'approche milieu de vie en CHSLD, les bilans statistiques du suivi des recommandations de ces visites et les plans d'amélioration.

« Pour le MSSS, le RAG est le moyen privilégié pour rendre compte publiquement des activités d'un établissement. C'est donc avec cet outil que les résultats des différentes évaluations sont communiqués à la population. »

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

« **Commentaires généraux.** Nous estimons que notre défi est d'offrir une réponse appropriée et adaptée à chacune des personnes en fonction de ses besoins tout en garantissant l'équité dans l'accès. Pour ce faire, nous devons tenir compte des lignes directrices, des orientations et des balises générales tout en prenant en considération nos particularités régionales. Nous avons l'intention, dans le plan d'action que nous soumettrons dans les six mois suivant le dépôt du rapport à l'Assemblée nationale, de faire état des travaux déjà réalisés et de ceux à venir concernant l'amélioration de l'offre de services aux personnes âgées depuis 2005 à Montréal. En effet, ce secteur d'activité fait partie des priorités régionales que nous avons signifiées dans l'entente de gestion et d'imputabilité signée avec le MSSS ainsi que celles signées avec les établissements de la région montréalaise. En conclusion, nous ne saurions assez rappeler combien nous sommes engagés à offrir des services adaptés, sécuritaires et de qualité aux personnes âgées dans des domaines qui ne visent pas que l'hébergement, mais bien tout le continuum de soins et de services.

« **Gestion des ressources d'hébergement.** Le plan d'action PALV [Perte d'autonomie liée au vieillissement] prévoira l'utilisation d'un certain nombre de places en CHSLD de moins de trois heures de soins pour rejoindre une clientèle avec profil de ressources intermédiaires en raison des infrastructures existantes à Montréal. Nous menons actuellement des travaux avec les CSSS et les CHSGS [centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés] relativement à la trajectoire des services aux personnes âgées ainsi qu'un projet Lean au Service régional d'admission de l'agence de Montréal.

« **Financement des services d'hébergement.** À Montréal depuis 2006, des ajustements ont été apportés dans plusieurs CHSLD de façon à améliorer le taux de réponse aux besoins et le plan 2010-2015 prévoit la poursuite des rehaussements, le tout en fonction des ressources budgétaires disponibles. Dans le réseau de la santé, les prochaines années nous amèneront à développer des mesures de performance et d'optimisation dans tous les secteurs, notamment l'hébergement. En outre, nous privilégions assurément le maintien à domicile sans aucun compromis cependant sur la sécurité des personnes.

« **Contrôle de la qualité.** Des travaux, tant au niveau régional qu'en établissement, sont en cours pour s'assurer de la convergence des plans d'action. Nous diffusons déjà plusieurs données sur notre site Web et allons améliorer ce dernier de façon continue. »

Commentaires de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

« **Commentaires généraux.** Nous avons collaboré avec les équipes du Vérificateur général afin de procéder à la démarche de vérification de l'optimisation des ressources concernant les services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

« Nous ne sommes pas persuadés que les comparaisons entre les régions et les établissements sont toujours appropriées puisqu'elles ne tiennent pas suffisamment compte de l'historique dans l'organisation des services d'informations disponibles comptabilisées différemment, des enjeux sociodémographiques et de la dimension clinique (pauvreté, isolement social, etc.), qui conditionnent l'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

« L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et l'ensemble des partenaires de la région ont identifié les personnes âgées en perte d'autonomie comme une clientèle prioritaire pour laquelle des actions ont été entreprises et seront poursuivies dans le cadre de la mise à jour de nos plans d'action annuels.

« Nous comprenons que ce rapport nous permettra de poursuivre nos efforts afin d'améliorer la performance et la qualité des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

« **Financement des services d'hébergement.** Nous sommes d'accord avec la recommandation 8, et ce, dans la mesure où cette dernière s'apprécie en fonction des ressources disponibles telles que le prévoit notre cadre légal. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux Cavendish

« **Gestion des ressources d'hébergement.** Dans le programme à domicile, nous assumons nos responsabilités dans l'allocation des ressources et l'offre de services. Toutefois, en hébergement, ce processus, y compris le développement de nouvelles places, est centralisé à l'agence. De plus, les ressources en CHSLD doivent en principe être réservées aux résidents nécessitant trois heures de soins et plus par jour. Pour atteindre cet objectif, il faudra soit adapter les infrastructures en conséquence, soit rediriger la clientèle moins lourde vers d'autres ressources. Enfin, dans la poursuite de la mise en place des mesures, il faudrait également tenir compte des transferts d'un résident dans les différentes ressources d'hébergement.

« **Financement des services d'hébergement.** Les ressources allouées doivent tenir compte de la lourdeur du résident. Pour les résidents qui sont à trois heures de soins et plus, les coûts devraient effectivement être similaires et les résidents regroupés exclusivement en CHSLD. Pour les autres résidents, tout dépend du mode de financement et du type de ressources utilisées (la ressource intermédiaire est privée et subventionnée, le CHSLD est totalement public). »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

« **Gestion des ressources d'hébergement.** Nous venons de compléter un processus d'appel d'offres visant à développer 100 places supplémentaires en ressources intermédiaires sur notre territoire. L'idée est d'offrir une formule d'hébergement répondant à des besoins d'une intensité moindre qu'en CHSLD. Par ailleurs, notre planification et nos offres de services ont été revues et structurées de façon à privilégier la dispensation des soins à domicile dès que cette option correspond au choix de la personne et s'avère plus bénéfique et économique.

« En outre, le processus relatif à l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) a été revu afin d'accroître la qualité de l'évaluation et de s'assurer que seulement la clientèle en lourde perte d'autonomie présentant des profils de 10 à 14 soit orientée vers les CHSLD. C'est pourquoi la procédure d'accès aux ressources d'hébergement, les critères d'admissibilité et le rôle des travailleurs sociaux des réseaux ont également été révisés afin que tous aient une OEMC complétée adéquatement et que chaque profil soit déterminé avant que l'on puisse les admettre dans nos centres. Nous poursuivons nos travaux en vue d'ajuster l'offre de services aux besoins de la clientèle et de la diversifier. De plus, nous avons clarifié nos offres de services et réorganisé notamment les soins infirmiers, les services professionnels, les services alimentaires et les activités de loisir auprès de notre clientèle admise. Enfin, nous avons débuté une réflexion sur le regroupement des clientèles dans les unités. L'idée est d'accroître la conformité et la qualité des services en réunissant des clientèles qui présentent des besoins similaires et spécifiques. Cependant, on ne peut passer sous silence que notre capacité à ajuster les services rendus en fonction des besoins de plus en plus complexes est intimement liée au financement que nous recevons.

« Nous avons mis en place diverses mesures afin de réduire le délai lorsqu'une place se libère dans nos centres. À titre d'exemple, nous respectons le standard maximal de 48 heures pour l'admission d'un nouveau résident. Il serait difficile de faire davantage suite au décès d'un de nos résidents. En effet, nous nous devons d'agir avec humanisme et respect à l'égard des familles qui doivent libérer la chambre après le départ de leur proche. Aussi, nous collaborons activement avec les milieux hospitaliers de la région à diminuer l'engorgement des urgences afin d'améliorer l'accès aux services de première ligne et d'établir promptement le profil et l'orientation des personnes. C'est pourquoi nous avons déployé des travailleurs sociaux réseaux dans les urgences et sur les unités de soins, et ce,

toujours dans un but de diminuer la durée de séjour dans les lits de courte durée. Par ailleurs, nous gérons des lits de transition et nous en ouvrons au besoin après entente avec l'agence. Aussi, nous avons hébergé à l'occasion des personnes pour lesquelles il n'y avait pas d'autres options résidentielles. Ces clients présentaient des problèmes particulièrement complexes et étaient confrontés à un vide de services. Cela fut possible en raison d'une grande collaboration autant avec les partenaires externes qu'avec l'ensemble des programmes clientèles de l'organisation. Nous débutons des travaux afin de revoir le fonctionnement du mécanisme d'accès régional. Il sera possible à ce moment de déterminer de nouvelles balises pendant l'attente d'une place en CHSLD.»

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

«**Gestion des ressources d'hébergement.** Nous sommes à l'aise avec la recommandation 5 qui implique, selon nous, un financement adéquat des ressources en centre d'hébergement basé sur un mode de calcul équitable et non seulement sur un historique de financement. En effet, trop souvent, le niveau de ressources disponibles est inégalement réparti entre les établissements et dépend de "l'historique" du CHSLD (hôpital de courte durée transformé *vs* un centre d'accueil, par exemple).

«Par ailleurs, bien que le pourcentage de 29,4 % des personnes avec une cote Iso-SMAF inférieure nous apparaisse fondé, il se doit d'être interprété à la lumière de certains éléments :

- Le profil d'autonomie mesuré par la grille Iso-SMAF sous-estime le poids relatif des troubles de comportement graves et de la faiblesse, sinon de l'absence, de réseau social.
- Le CSSS de la Vieille-Capitale dessert des clientèles urbaines où se retrouvent des phénomènes spécifiques qui réduisent souvent les alternatives possibles à l'hébergement public (passé d'itinérance ou de maladie mentale, grande pauvreté, etc.), ce qui rend parfois l'hébergement public comme la seule et, souvent, la meilleure option.

«Ces phénomènes expliquent selon nous une partie du pourcentage mesuré. Seule une étude plus approfondie des personnes effectivement admises nous indiquerait si une autre orientation aurait été réalistement possible.

«**Contrôle de la qualité.** Nous aimerions signaler que notre comité de vigilance et de la qualité reçoit et suit, depuis plus de deux ans, un rapport informatisé consolidé de l'ensemble des recommandations adressées au CSSS par différentes instances (agrément, visites ministérielles, ordres professionnels, etc.). Cet outil maison, inspiré d'un autre outil similaire produit par le CSSS de Beauce, est joint au présent formulaire.»

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle

« **Gestion des ressources d'hébergement.** En ce qui concerne la recommandation 6, notre CSSS optimise l'utilisation des lits en CHSLD pour les personnes ayant une lourde perte d'autonomie. Cependant, certains CHSLD, de par les limitations architecturales et immobilières, ne peuvent être rehaussés et accueillir une clientèle lourde. Afin de maintenir l'offre totale de services aux personnes âgées, un certain nombre de lits en CHSLD est utilisé pour une clientèle moins lourde dans les limites des infrastructures.

« **Financement des services d'hébergement.** En établissement, il apparaît normal que les ressources soient en fonction des besoins et des services requis, mais le financement provient de l'agence, particulièrement lors de l'alourdissement des services. »

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Annexe 2 Places disponibles au 31 mars 2011

Annexe 3 Principaux rôles et responsabilités des acteurs concernés par les services d'hébergement

Annexe 4 Profils d'autonomie

Annexe 5 Formation et fonctions du personnel travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie

Annexe 6 Calcul de la contribution de l'usager en CHSLD

Sigles

CHSLD Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CSSS Centre de santé et de services sociaux

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés 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.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Ils se fondent également sur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur le développement durable* ainsi que sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. 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 respectent les normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS et les agences vérifiées prennent les mesures pour que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, les services d'hébergement et de soins de longue durée requis par leur condition.	■ L'offre de services d'hébergement qui doit être accessible aux personnes âgées en perte d'autonomie est clairement définie et planifiée et repose sur le principe que chaque citoyen a droit au même service pour des besoins équivalents. ■ Les besoins des personnes âgées sont recensés et l'inventaire des ressources d'hébergement incluant les profils d'usagers qu'elles peuvent accueillir est disponible et mis à jour régulièrement. ■ Les personnes âgées en perte d'autonomie sont hébergées dans les ressources qui correspondent à leurs besoins et reçoivent les services appropriés, et ce, en temps opportun et de façon équitable. ■ La contribution de l'usager est établie de façon équitable, en conformité avec les règles et couvre les coûts d'hébergement. ■ Les régions et territoires déficitaires ou en surplus par rapport à l'offre de services d'hébergement souhaitée (disponibilité, type de ressources) font l'objet de mesures afin de corriger la situation.
S'assurer que le MSSS et les agences vérifiées allouent de façon efficiente, économique et équitable les ressources financières aux services d'hébergement et de soins de longue durée.	■ Le financement des ressources d'hébergement aux personnes âgées en perte d'autonomie est en lien avec les services offerts et requis. ■ Les achats de places d'hébergement en ressources privées par le réseau public s'effectuent selon des procédures bien définies qui favorisent la transparence et l'économie. ■ Les projets de développement de nouvelles ressources font l'objet d'analyses adéquates.
S'assurer que le MSSS et les agences vérifiées ont mis en place un processus adéquat d'évaluation de la qualité des différentes ressources dans lesquelles sont hébergées les personnes âgées en perte d'autonomie.	■ Une stratégie globale de surveillance de la qualité des ressources, précisant entre autres le rôle des différents acteurs, le cycle et les modes d'intervention, guide les activités d'évaluation. ■ La qualité souhaitée dans les différentes ressources d'hébergement est clairement définie dans des critères précis communiqués à l'ensemble de la population et des indicateurs et cibles mesurables permettent d'en faire une évaluation. ■ Toutes les ressources d'hébergement font l'objet d'une évaluation périodique et d'un suivi adéquat lorsque des améliorations sont demandées. ■ L'information quant à la qualité des différentes ressources est communiquée aux citoyens.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et de Montréal et de 4 établissements : les CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, Cavendish et de Dorval-Lachine-LaSalle. Lors de notre vérification, nous avons analysé des données financières et opérationnelles provenant de ces entités et effectué des entrevues auprès de 69 membres de leur personnel. Nous avons aussi visité 13 ressources d'hébergement de différents types.

Nous présentons ci-dessous ces 13 ressources dans les 2 régions :

Capitale-Nationale	■ CHSLD privé conventionné Saint-Jean-Eudes ■ CHSLD privé non conventionné Côté Jardins (achats de places) CSSS de la Capitale ■ CHSLD public Notre-Dame-de-Lourdes ■ Ressource intermédiaire Chanoine-Scott ■ Ressource intermédiaire La Clairière ■ Ressource de type familial Alain Ruel ■ Projet novateur Chanoine-Scott CSSS de Québec-Nord ■ Ressource intermédiaire Des Chutes ■ Projet novateur Cœur du faubourg
Montréal	■ CHSLD privé conventionné Vigi Reine-Élizabeth ■ CHSLD privé non conventionné Château Westmount (achats de places) CSSS Cavendish ■ aucune installation CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle ■ CHSLD public Lachine ■ Ressource intermédiaire Floralies LaSalle

Nous avons également discuté avec des gestionnaires de la RAMQ et analysé des documents. Nous avons aussi rencontré des représentants du Conseil québécois d'agrément et de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Enfin, nous avons effectué des comparaisons avec d'autres administrations publiques.

Nos travaux se sont déroulés principalement de mai 2011 à mars 2012. Notre vérification a porté sur les activités des exercices 2010-2011 et 2011-2012, mais certaines analyses ont trait à des situations antérieures à cette période. Nous avons touché à la majorité des types d'hébergement actuellement disponibles au Québec, mais nous avons exclu de nos travaux les CHSLD en mode partenariat public-privé.

Annexe 2 Places disponibles au 31 mars 2011

Région sociosanitaire	Ressources d'hébergement									Résidences privées pour aînés	
	CHSLD[1]		Ressources intermédiaires		Ressources de type familial		Projets novateurs		Total		
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	Nbre	%
Nord-du-Québec	32	24	12	9	5	4	0	0	**49**	83	63
Côte-Nord	414	47	99	11	47	5	9	1	**569**	312	36
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	540	28	169	9	33	2	6	0	**748**	1 134	60
Abitibi-Témiscamingue	682	25	73	3	42	2	59	2	**856**	1 811	68
Outaouais	1 325	24	255	4	96	2	10	0	**1 686**	3 906	70
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1 242	20	184	3	0	0	30	1	**1 456**	4 718	76
Bas-Saint-Laurent	1 134	18	503	8	27	1	20	0	**1 684**	4 639	73
Lanaudière	1 788	22	398	5	41	1	10	0	**2 237**	5 840	72
Laurentides	1 898	23	371	5	0	0	11	0	**2 280**	5 998	72
Estrie	1 531	18	216	3	18	0	12	0	**1 777**	6 625	79
Laval	1 395	15	197	2	7	0	108	1	**1 707**	7 693	82
Chaudière-Appalaches	1 990	21	272	3	157	2	55	0	**2 474**	7 002	74
Mauricie et Centre-du-Québec	2 650	19	872	6	156	1	32	0	**3 710**	10 578	74
Capitale-Nationale	3 794	19	180	1	18	0	108	0	**4 100**	16 058	80
Montérégie	5 207	20	961	4	206	1	80	0	**6 454**	19 012	75
Montréal	12 836	31	808	2	123	0	27	0	**13 794**	28 308	67
Total des places	**38 458**		**5 570**		**976**		**577**		**45 581**	**123 717[2]**	

1. Les places en CHSLD n'incluent pas les 609 places réservées aux adultes ayant reçu un diagnostic psychiatrique et les 200 places en CHSLD privé (partenariat public-privé).
2. Les données sur les résidences privées pour aînés sont comptabilisées en unités locatives. Notons que plus d'une personne peut résider dans une unité locative.

Source : MSSS.

Annexe 3 Principaux rôles et responsabilités des acteurs concernés par les services d'hébergement

Ministère de la Santé et des Services sociaux	Le ministre[1] détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Entre autres, il doit : ■ répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et voir au contrôle de leur utilisation ; ■ prendre les mesures propres à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ; ■ diffuser auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience ; ■ apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux ; ■ déterminer, par règlement, la contribution qui peut être exigée des usagers qui sont hébergés dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, y compris le montant d'allocation de dépenses personnelles qui doit être laissé mensuellement à l'usager ; ■ établir une classification des services offerts par les ressources intermédiaires qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers ; ■ identifier les orientations que les agences doivent suivre dans la détermination des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires, dont les critères généraux d'admission dans ces ressources.
Agence de la santé et des services sociaux	L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. À cette fin, elle est notamment responsable de : ■ allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées ; ■ assurer la coordination des ressources intermédiaires, des résidences privées d'hébergement et des organismes communautaires ainsi que favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ; ■ assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ; ■ établir, pour sa région, les modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires et préciser les critères de reconnaissance de ces ressources, les reconnaître et maintenir un fichier des ressources reconnues par type de clientèle ; ■ identifier les établissements publics de sa région qui peuvent recourir aux services des ressources intermédiaires et qui doivent assurer le suivi professionnel des usagers confiés à ces ressources ; ■ s'assurer de la mise en place et du fonctionnement des mécanismes de concertation entre les établissements et leurs ressources intermédiaires ; ■ constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées en recueillant les renseignements prescrits par la loi ; ■ délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées et, aux fins de procéder à sa vérification, conclure une entente avec une instance locale de son territoire, laquelle détermine les conditions de cette vérification ; ■ faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité (période de validité de trois ans) ;

1. Dans les faits, l'administration et la gestion des programmes sont confiées au sous-ministre.

Agence de la santé et des services sociaux (suite)	■ renouveler le certificat de conformité pour la même période pourvu que l'exploitant ait rempli les conditions prévues ou encore pouvoir refuser de délivrer un certificat de conformité et suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le certificat ; ■ attribuer à une résidence privée d'hébergement ou à un établissement privé non conventionné qui exploite un CHSLD une allocation financière pouvant varier suivant la nature des services offerts ; ■ déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région et favoriser la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers ; ■ déterminer les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des CHSLD, des ressources intermédiaires rattachées aux établissements et des ressources de type familial de sa région ; ■ s'assurer que les établissements de la région exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers et que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial se développent en harmonie avec la capacité d'accueil de la population concernée ; ■ approuver les critères d'admission et les politiques de transfert des usagers dans les centres exploités par les établissements publics et les établissements privés conventionnés.
Établissement de santé et de services sociaux (dont les CSSS)	L'établissement a pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et sécuritaires et qui visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, il est responsable de : ■ dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services ; ■ diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services. ■ élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé ; ■ solliciter, tous les quatre ans, l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus ; ■ recourir aux services d'une ressource intermédiaire aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite et aux services d'une ressource de type familial aux fins de placement d'adultes ou de personnes âgées ; ■ procéder au recrutement et à l'évaluation des ressources intermédiaires en vue de leur reconnaissance par l'agence.
Résidence privée pour aînés	L'exploitant d'une résidence pour personnes âgées doit : ■ produire auprès de l'agence une déclaration contenant les renseignements prévus à la loi la première fois qu'elle accueille un résident et le 1er avril de chaque année par la suite ; ■ être titulaire d'un certificat de conformité délivré par l'agence du territoire où se trouve sa résidence après lui en avoir fait la demande par écrit au moyen d'un formulaire et afficher ce certificat en permanence, à la vue du public, dans sa résidence.

Source : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Annexe 4 Profils d'autonomie

	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
1	Difficultés pour entretenir sa personne et pour la fonction vésicale	Difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers	Sans problème	Très légers problèmes de mémoire	■ Stimulation ou surveillance pour l'entretien de la maison et les courses ■ Difficultés pour les repas, le transport et le budget
2	Difficultés pour entretenir sa personne	Difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers	Sans problème	Très légers problèmes de mémoire	■ Aide pour entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses ■ Aide totale pour la lessive ■ Surveillance ou stimulation pour le transport et le budget
3	Difficultés pour se laver ou pour entretenir sa personne	Difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers	Sans problème	■ Légers problèmes de mémoire ■ Besoin de conseils pour la prise de décision	■ Aide totale pour l'entretien de la maison, la préparation des repas, la lessive et la prise de médicaments ■ Aide pour les courses et le budget ■ Difficultés pour le téléphone et le transport
4	Difficultés pour se laver ou entretenir sa personne, d'où aide partielle ou stimulation	Difficultés pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur et pour utiliser les escaliers, d'où aide	Sans problème	Légers problèmes de mémoire de faits récents	■ Aide totale pour l'entretien de la maison, les repas, les courses, la lessive ■ Difficultés pour le téléphone et aide pour les transactions complexes ■ Accompagnement pour les moyens de transport
5	■ Stimulation pour se laver et entretenir sa personne ■ Difficultés dans les autres éléments de la vie quotidienne	Difficultés pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur et pour utiliser les escaliers, d'où aide	Sans problème	■ Problèmes de mémoire des faits récents ■ Problèmes d'orientation à l'occasion ■ Lenteur de compréhension et problèmes de jugement	■ Aide complète pour l'entretien de la maison, les repas, les courses, la lessive ■ Aide pour le téléphone, les médicaments, le budget ■ Accompagnement pour le transport

	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
6	■ Stimulation ou surveillance pour se laver et entretenir sa personne ■ Difficultés ou besoin de stimulation dans les autres éléments de la vie quotidienne	■ Aide ou surveillance pour circuler à l'extérieur ■ Difficultés pour marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier	Un peu d'atteinte à la vision et à l'audition	■ Problèmes de mémoire des faits récents ■ Difficultés à évaluer les situations, d'où besoin de conseils pour prendre des décisions ■ Désorientation occasionnelle dans le temps et l'espace	■ Aide complète sauf difficultés avec téléphone ■ Accompagnement pour le transport
7	■ Aide pour se laver, entretenir sa personne ■ Stimulation ou aide pour s'habiller ■ Surveillance ou stimulation dans les autres éléments de la vie quotidienne	■ Aide ou surveillance pour circuler à l'extérieur ■ Difficultés à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier	Un peu d'atteinte à la vision et à l'audition	■ Atteinte modérée de la mémoire, l'orientation, la compréhension et, particulièrement, du jugement ■ Présence de troubles de comportement mineurs	■ Aide complète et régulière ■ Accompagnement pour le transport
8	Stimulation ou aide pour se laver, entretenir sa personne, s'habiller	Aide ou surveillance pour circuler à l'extérieur, surveillance à l'intérieur et n'utilise plus les escaliers	Vision et audition diminuées	■ Atteinte modérée de toutes les fonctions ■ Jugement le plus affecté ■ Troubles de comportement demandant un encadrement journalier	Aide complète et régulière
9	■ Difficulté ou besoin de stimulation pour se nourrir ■ Aide pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale ou lavement occasionnel ■ Surveillance ou aide pour utiliser la toilette	■ Aide pour transferts et marche ■ Aucune circulation à l'extérieur si la personne est seule ■ Non-utilisation des escaliers	Difficultés pour la vision et l'audition	■ Légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion ■ Lenteur de compréhension ■ Problèmes de jugement	■ Aide complète ■ Aide pour le transport et pour utiliser le téléphone

	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
10	■ Stimulation pour se nourrir ■ Aide partielle ou totale pour se laver, entretenir sa personne, s'habiller ■ Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes	Aide pour circuler à l'extérieur et surveillance à l'intérieur et pour utiliser les escaliers	Difficultés de communication (vision, audition, langage), mais exprime sa pensée	■ Atteinte grave de toutes les fonctions ■ Troubles de comportement importants nécessitant une surveillance plus intensive	■ Aide complète ■ Aide pour le transport
11	■ Aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale pour se laver ou s'habiller ■ Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, mais continence au niveau fécal ■ Surveillance ou aide pour les toilettes	■ Aide pour les transferts, la marche, le fauteuil roulant ■ Non-utilisation des escaliers dorénavant	Difficultés de communication (vision, audition, langage), mais exprime sa pensée	■ Atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout le jugement ■ Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs	■ Aide complète et régulière ■ Aide pour le transport
12	■ Stimulation pour se nourrir ■ Aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence urinaire et fécale fréquente ou totale ■ Aide pour les toilettes ou non-utilisation dorénavant	■ Surveillance ou aide occasionnelle pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur ■ Non-utilisation des escaliers dorénavant	Difficultés de communication (vision, audition, langage), mais exprime sa pensée	■ Atteintes graves ■ Troubles de comportement importants	■ Aide complète et régulière ■ Aide pour le transport
13	■ Aide partielle pour se nourrir ■ Aide totale pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne ■ Incontinence totale (vésicale et intestinale) et non-utilisation des toilettes dorénavant	■ Aide pour les transferts ou personne grabataire ■ Déplacement en fauteuil roulant	Difficultés de communication (vision, audition, langage), mais exprime sa pensée	■ Atteintes modérées, jugement le plus atteint ■ Troubles de comportement mineurs	■ Aide complète et régulière ■ Aide pour le transport ou déplacement en ambulance

	Aide quotidienne	Mobilité	Communication	Fonctions mentales	Aide domestique
14	■ Aide totale pour se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne ■ Incontinence totale	Grabataire, d'où fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements	■ Fonctions très affectées ■ Besoins primaires exprimés ou pas de communication	■ Déficits cognitifs très sévères ■ Problèmes de comportement inexistants ou mineurs	Aide totale

Source : Dubuc, N., Delli-Colli, N., 2004.

Annexe 5 Formation et fonctions du personnel travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie

	Formation	Fonctions principales
Infirmière	■ Diplôme d'études universitaires (1er, 2e ou 3e cycle) ou collégiales en sciences infirmières (2 805 heures) ■ Permis d'exercice d'un organisme de réglementation provincial (ordre professionnel)	■ Évaluer les patients afin de déterminer les soins infirmiers appropriés ■ Collaborer aux équipes interdisciplinaires afin de planifier, d'implanter, de coordonner et d'évaluer les soins aux patients ■ Administrer les médicaments et traitements prescrits par un médecin ■ Surveiller, évaluer, documenter et consigner les symptômes et les changements dans l'état des patients, et prendre des mesures ■ Superviser les infirmières auxiliaires autorisées et autre personnel infirmier ■ Informer et conseiller, au besoin, les patients et leur famille sur certains aspects de la santé, en collaboration avec d'autres travailleurs dans le domaine de la santé
Infirmière auxiliaire	■ Diplôme d'études collégiales (1 800 heures) ou réussite d'un programme de formation pratique ou d'un autre programme reconnu ■ Adhésion obligatoire à un organisme de réglementation (ordre professionnel)	■ Fournir des services infirmiers aux patients, dans les limites de l'exercice professionnel, selon leur évaluation et les procédures ■ Contrôler les signes vitaux des patients ■ Contrôler l'alimentation des patients et prélever des échantillons ■ Administrer des médicaments, en observer les effets thérapeutiques et consigner les résultats de ces observations ■ Administrer des soins personnels avant et après les interventions chirurgicales et réconforter les patients ■ Contrôler l'inhalothérapie et la thérapie intraveineuse en cours ■ Surveiller les progrès des patients, évaluer l'efficacité des interventions infirmières et consulter les autres membres de l'équipe médicale ■ Informer les patients et leur famille
Préposé aux bénéficiaires	■ Quelques années d'études secondaires ■ Diplôme d'études professionnelles pouvant être exigé (750 heures)	■ Laver et habiller les patients et faire leur toilette ■ Servir les plateaux de nourriture et nourrir les patients ou encore les aider à se nourrir et à choisir leur menu ■ Lever, retourner ou masser les patients ■ Superviser les séries d'exercices effectués par les patients ■ Accompagner les patients au cours de sorties axées sur le divertissement ■ Mesurer la tension artérielle des patients, prendre la température et le pouls, rendre compte des liquides absorbés et rejetés[1] ■ Observer l'état des patients et noter dans leur dossier les soins administrés[1] ■ Prélever des échantillons, notamment d'urine, et effectuer d'autres tâches suivant les instructions du personnel infirmier ■ Faire les lits et veiller à ce que la chambre des patients soit propre ■ Tenir à jour l'inventaire des fournitures ■ Effectuer, au besoin, des travaux d'entretien, tels qu'aider à installer et à entretenir le matériel de traction ou encore laver et stériliser le matériel

1. Ces actes ne peuvent être effectués par les préposés aux bénéficiaires travaillant dans un CHSLD.

Source : Emploi Québec.

Annexe 6 Calcul de la contribution de l'usager en CHSLD

La RAMQ détermine la contribution de la personne hébergée en fonction de ses avoirs et de ses revenus, ainsi que de ceux de son conjoint si elle est mariée, et les exemptions et déductions prévues. Le tableau 8 montre le calcul de la contribution dans quatre situations différentes.

Voici les hypothèses :

- La personne hébergée est mariée. Le revenu mensuel brut familial est de 2 372 dollars (1 186 dollars par personne) et les conjoints ont 2 500 dollars dans le compte bancaire commun.
- Cas nº 1. Les conjoints ne possèdent aucun autre bien.
- Cas nos 2, 3 et 4. Les conjoints ont un avoir net de 76 000 dollars sous forme de différents types de placement.

Tableau 8 Contribution de l'usager hébergé en CHSLD (en dollars)

	Cas nº 1 (aucun autre avoir)	Cas nº 2 (avoir = propriété	Cas nº 3 (avoir = REER)	Cas nº 4 (avoir = valeur de rachat d'une police d'assurance vie)
Avoirs de la personne				
Liquidités				
Compte bancaire	2 500	2 500	2 500	2 500
REER	–	–	76 000	–
Valeur de rachat d'une police d'assurance vie	–	–	–	76 000
Sous-total	**2 500**	**2 500**	**78 500**	**78 500**
Moins : exemption des liquidités	2 500	2 500	2 500	2 500
Moins : valeur de rachat d'une police d'assurance vie	–	–	–	76 000
Liquidités considérées pour le calcul	**0**	**0**	**76 000**	**0**
Biens				
Propriété de 132 000 $ moins solde hypothécaire de 56 000 $ = valeur nette de 76 000 $	–	76 000	–	–
Moins : exemption de 40 000 $	–	40 000	–	–
Biens considérés pour le calcul	**–**	**36 000**	**–**	**–**
Calcul de la contribution				
Revenus de la personne				
Revenu familial brut	2 372	2 372	2 372	2 372
Revenu provenant des biens – propriété (1 % de la valeur pour le calcul)	–	360	–	–
Sous-total	**2 372**	**2 732**	**2 372**	**2 372**
Moins : déduction pour le conjoint	1 072	1 072	1 072	1 072
Revenu considéré pour la contribution	**1 300**	**1 660**	**1 300**	**1 300**
Moins : exonération (avec conjoint = 75 % du revenu de la contribution)	975	1 245	975	975
Montant considéré pour la contribution	**325**	**415**	**325**	**325**
Plus : liquidités considérées pour le calcul	0	0	76 000	0
Sous-total	**325**	**415**	**76 325**	**325**
Contribution payable (maximum 1 665 $)[1]	**325**	**415**	**1 665**	**325**
Contribution payable si la personne n'est pas mariée, mais est conjointe de fait[2]	**994**	**994**	**1 665**	**994**

1. La contribution payable peut être moindre selon le type de chambre (double, multiple).
2. La contribution diffère à cause des montants relatifs à l'exonération et aux exemptions. Le conjoint de fait est considéré comme une personne seule. Pour le calcul, nous avons fait l'hypothèse que chaque conjoint détient 50 % de l'avoir du couple.