



Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2013

CHAPITRE

4

Personnes âgées en perte d'autonomie

Services à domicile

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Centre de santé et de services sociaux d'Achunsi et Montréal-Nord
Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

Faits saillants

Objectifs des travaux

En 2011-2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a consacré 599 millions de dollars aux services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Notre vérification a été effectuée auprès du MSSS, de trois agences et de trois centres de santé et de services sociaux (CSSS). Nous voulions nous assurer que :

- le MSSS et les agences vérifiées prennent les mesures afin que la clientèle reçoive, en temps opportun et de façon équitable, des services à domicile sécuritaires et de qualité ;
- les CSSS vérifiés rendent des services à domicile sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins de la clientèle, et ce, en temps opportun et de façon équitable ;
- les CSSS vérifiés optimisent l'utilisation des ressources humaines, informationnelles et financières allouées aux services à domicile.

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 à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Peu de repérage des personnes âgées vulnérables. Les CSSS vérifiés n'ont pas mis en place de mécanismes de repérage dans les milieux ayant une concentration significative de personnes âgées. Le repérage est principalement effectué à l'urgence, mais les personnes qui s'y présentent sont souvent déjà en perte d'autonomie.

Usagers sans évaluation des besoins à jour ni plan d'intervention. Le quart des évaluations ne sont pas à jour dans les dossiers examinés. Quant aux plans d'intervention, ils sont absents une fois sur deux et, lorsqu'ils sont présents, ils ne sont pas à jour une fois sur trois.

Intensité des services variable d'un CSSS vérifié à l'autre. Les liens entre les services fournis et les besoins de l'utilisateur ne sont pas démontrés. Quant aux services rendus, ils sont parfois insuffisants selon des intervenants rencontrés, mais aucune analyse ne permet d'évaluer dans quelle mesure ils le sont.

Absence d'une image représentative des délais d'attente. L'accès aux services est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à l'utilisateur. À l'heure actuelle, les listes d'attente sont incomplètes.

Mesure de la performance à améliorer. Plusieurs dimensions de la performance ne sont pas mesurées. L'expertise et les outils de gestion développés par les CSSS lors des projets d'optimisation des services à domicile ne sont pas systématiquement partagés, ce qui multiplie les dépenses pour des services semblables.

Peu de services professionnels directs à domicile. Les professionnels passent la majorité de leur temps au bureau. Le recours accru aux techniciens permettrait notamment des gains d'efficacité.

Peu de suivi des orientations et absence de standards provinciaux. Dix ans après leur diffusion, les orientations ministérielles ne sont que partiellement appliquées. L'absence de standards et le manque d'indicateurs font que la performance des services peut difficilement être évaluée.

Pas assez de contrôle de la qualité des services. Les mesures en place ne permettent pas de contrôler suffisamment la qualité des services, notamment ceux rendus par les partenaires externes.

Besoins en financement non estimés. Les CSSS vérifiés n'ont pas déterminé les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins des usagers. De son côté, le MSSS n'a pas évalué si les fonds alloués sont suffisants pour offrir les services, tant pour les besoins actuels de la clientèle que pour ses besoins futurs.

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, à mettre en œuvre en collaboration avec les agences

- 1** S'assurer que l'ensemble du réseau utilise une méthode uniforme de calcul des délais d'attente relatifs aux services à domicile par type de services et pour tous les usagers afin d'obtenir une image représentative de ces délais.
- 5** Poursuivre et accélérer la mise en place de systèmes d'information intégrés qui permettent de suivre l'usager dans le continuum de services aux personnes âgées.
- 6** S'assurer que des contrôles systématiques sont réalisés quant à la fiabilité des données relatives aux services à domicile enregistrées dans les systèmes.
- 11** Effectuer un suivi des orientations relatives aux services à domicile afin d'en assurer la mise en œuvre.
- 12** Établir des standards de services, d'accès, de qualité et d'efficience pour les services à domicile.
- 13** Déterminer le financement nécessaire pour les services à domicile en fonction des orientations et des besoins actuels et futurs de la clientèle.
- 14** Mettre en place des mécanismes permettant de s'assurer d'une prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité lorsque ceux-ci sont rendus par des partenaires externes.
- 15** Suivre régulièrement la performance des établissements dans l'atteinte des standards établis pour les services à domicile.

Recommandations aux agences vérifiées

- 7** Partager avec tous les établissements les outils de gestion et l'expertise développés lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des établissements afin d'éviter la multiplication des dépenses.
- 8** S'assurer que les établissements, notamment ceux de Montréal, respectent la réglementation relative aux appels d'offres lorsqu'ils recourent à des firmes externes pour optimiser leurs processus.

Recommandations aux établissements vérifiés

- 2** S'assurer de repérer les personnes âgées vulnérables en temps opportun et de suivre l'évolution de leur condition.
- 3** Veiller à ce que tous les usagers recevant des services à domicile soient évalués à l'aide de l'outil multiclientèle, à ce qu'un plan d'intervention soit élaboré pour chacun et à ce que l'évaluation et le plan soient mis à jour régulièrement.
- 4** Prendre des mesures pour que l'accès aux services à domicile et l'offre de services aux personnes âgées ayant des besoins similaires soient équitables, notamment en mesurant le taux de réponse aux besoins.
- 9** Analyser régulièrement la performance des services à domicile en considérant le volume des services rendus, la qualité et le coût.
- 10** Optimiser l'organisation du travail afin d'accroître les heures de services à domicile en présence des usagers.
- 16** S'assurer que chaque usager reçoit des services appropriés, de qualité et bien coordonnés lorsqu'ils sont offerts par plusieurs intervenants.

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	10
2.1 Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie	10
Repérage des personnes vulnérables	
Évaluation des besoins et plan d'intervention	
Offre de services	
Accès aux services	
Recommandations	
2.2 Optimisation des services à domicile	18
Mesure de la performance	
Productivité des employés	
Organisation du travail	
Systèmes d'information	
Recommandations	
2.3 Encadrement des services à domicile	29
Orientations, standards et suivi	
Appréciation de la qualité	
Financement	
Recommandations	
Commentaires des entités vérifiées	37
Annexes et sigles	45

Équipe

Carole Bédard
Directrice de vérification
Jérémie Bégin
Josée Bellemare
Rachel Mathieu
Sonya Pageau

Le PEFSAD est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et est offert à tous les citoyens âgés de 18 ans et plus. Une réduction pouvant aller jusqu'à 12,25 dollars peut être accordée pour chaque heure de services effectuée par une entreprise d'économie sociale fournissant de l'aide domestique.

1 Mise en contexte

1 Les services à domicile permettent de répondre aux besoins en soins et en services d'une large clientèle. Tant les personnes atteintes d'une maladie chronique, les personnes en convalescence, les personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes recevant des soins palliatifs que les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent recevoir des soins et des services dans leur milieu de vie. Selon les besoins, les services à domicile offerts sont de courte ou de longue durée. En 2011-2012, près de 54 % des dépenses liées à ces services ont été consacrées aux personnes âgées.

2 Un des enjeux du réseau de la santé et des services sociaux est de répondre à la demande croissante de services à domicile, laquelle est due entre autres au vieillissement de la population. En effet, les années à venir seront marquées par une augmentation de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, qui passera de 17 % en 2013 à 26 % en 2031.

3 Selon la politique de soutien à domicile du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la couverture publique des services à domicile dépend du type de services : les services professionnels sont fournis gratuitement, tandis que les services d'aide domestique et d'assistance personnelle devraient être offerts sans frais sous certaines conditions. Par ailleurs, les personnes âgées qui se procurent des services d'aide domestique auprès d'une entreprise d'économie sociale les financent eux-mêmes, mais peuvent bénéficier du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (**PEFSAD**). Les personnes âgées de 70 ans et plus ont également droit à un crédit d'impôt pour les dépenses liées aux services d'aide à domicile et aux soins infirmiers.

4 Voici, regroupés en deux catégories, les principaux services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Soins et services professionnels (offerts gratuitement)

- Soins infirmiers
- Services d'inhalothérapie
- Services de nutrition
- Services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie)
- Services médicaux
- Services psychosociaux

Services d'aide à domicile (offerts sans frais à des personnes ayant une incapacité temporaire ou une incapacité significative et persistante et aux personnes recevant des soins palliatifs)

- Services d'assistance personnelle : soins d'hygiène, aide à l'alimentation et à la mobilité
- Services d'aide domestique¹ : entretien ménager, préparation des repas, entretien des vêtements

1. Les personnes qui ont uniquement besoin d'aide domestique sont dirigées vers une entreprise d'économie sociale. Elles paient les services, mais peuvent bénéficier du PEFSAD.

5 Ces services sont rendus par de nombreux intervenants, dont par des employés de centres de santé et de services sociaux (CSSS), d'entreprises d'économie sociale, d'organismes communautaires, d'entreprises à but lucratif ou encore par des employés de gré à gré engagés par l'utilisateur. Un autre acteur important est le proche aidant, lequel fait partie de l'entourage de la personne, notamment de sa famille. Celui-ci lui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel. Le grand nombre d'acteurs commande une action concertée et collective afin que les services soient rendus de façon efficiente.

6 Les services à domicile ne sont pas un secteur isolé du système de santé et de services sociaux. Ils s'intègrent dans une chaîne de services (continuum de services) qui comprend ceux de **première ligne**, plus généraux, et ceux de **deuxième et de troisième ligne**, plus spécialisés. Si un des maillons de la chaîne a des faiblesses, celles-ci se répercuteront sur les autres maillons. Par exemple, des services à domicile insuffisants ou l'absence de services spécialisés en gériatrie auront un impact sur les services d'urgence et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour la population, les services de première ligne sont la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services qui peuvent être rendus au CSSS, en cabinet privé ou à domicile.

Les services de deuxième et de troisième ligne visent les personnes qui nécessitent des soins plus complexes. Parfois, ces soins requièrent l'intervention de professionnels très spécialisés et l'utilisation de techniques de pointe.

Assises légales et cadres de référence

7 La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* encadre l'ensemble des services de santé et des services sociaux, dont les services à domicile. Le gouvernement du Québec, ce qui comprend le MSSS, a précisé ses priorités et ses orientations en la matière dans différentes publications.

2001	<i>Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie</i>
2003	<i>Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile</i>
2004	<i>Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile</i>
2005	<i>Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010</i>
2012	Politique gouvernementale <i>Vieillir et vivre ensemble</i>

8 Pour tenir compte des particularités régionales et locales, des agences et des CSSS ont élaboré leur propre cadre de référence lié aux services à domicile.

Ressources financières

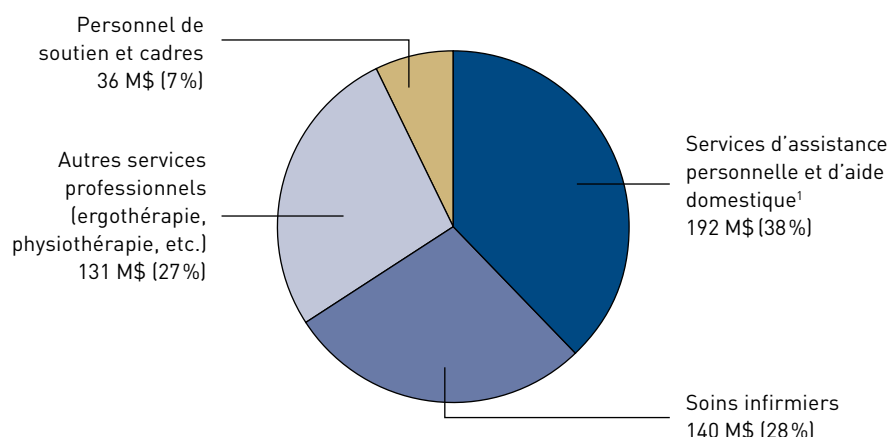
Les dépenses du programme PALV sont de l'ordre de 2,9 milliards de dollars. Elles sont réparties comme suit :

- services d'hébergement : 2 345 millions ;
- services à domicile : 499 millions ;
- autres dépenses : 37 millions.

9 En 2011-2012, le MSSS a consacré 599 millions de dollars aux services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. La répartition de ces fonds est la suivante :

- 499 millions pour les dépenses directes (figure 1) provenant du programme-services **Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)** ;
- 100 millions (non inclus dans le programme PALV) pour les frais généraux liés à l'administration, au soutien aux services et à la gestion des bâtiments.

Figure 1 Dépenses directes liées aux services à domicile offerts aux personnes âgées en 2011-2012



D'autres administrations publiques consacrent aux services à domicile une plus grande portion des sommes dévolues aux soins de longue durée que le Québec :

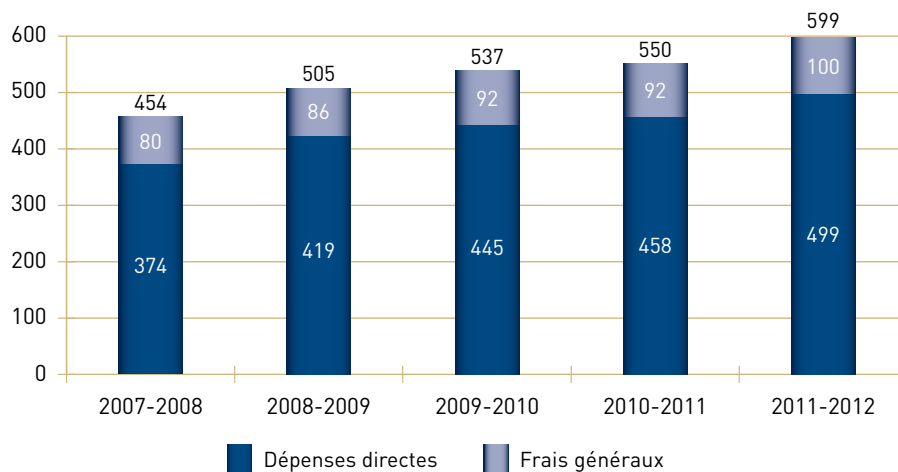
- Pays-Bas : 32 % ;
- Suède : 41 % ;
- Allemagne : 42 % ;
- France : 43 % ;
- Norvège : 50 % ;
- Finlande : 52 % ;
- Danemark : 73 %.

1. Les services rendus par les organismes communautaires sont inclus (34 millions).

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

10 Les dépenses totales liées aux **services à domicile** ont augmenté de plus de 30 % de 2007-2008 à 2011-2012 (figure 2). Toutefois, la portion directe de ces dépenses ne représentait en 2011-2012 que 17,4 % (15,6 % en 2007-2008) des dépenses du programme PALV, 81,4 % de celles-ci ayant été allouées aux services d'hébergement (83,3 % en 2007-2008).

Figure 2 Dépenses totales liées aux services à domicile offerts aux personnes âgées de 2007-2008 à 2011-2012 (en millions de dollars)



Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

11 En 2012, par l'intermédiaire de la politique *Vieillir et vivre ensemble*, le gouvernement a annoncé de nouveaux investissements pour accroître l'offre de services à domicile aux personnes âgées. Au total, 1,1 milliard de dollars répartis sur cinq ans (de 2012 à 2017) sont prévus, dont 44,3 millions ont été versés en 2012-2013 selon le MSSS.

Rôles et responsabilités

12 La présente vérification a été effectuée auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de Montréal et de l'Outaouais ainsi que des CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, de Gatineau et du Sud de Lanaudière. Voici leurs principaux rôles et responsabilités quant aux services à domicile. Le détail de ceux-ci se trouve à l'annexe 2.

MSSS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer les priorités, les standards et les orientations nationales et veiller à leur application ■ Établir des politiques, voir à leur mise en œuvre par les agences et en effectuer une évaluation
Agence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordonner la mise en place des services dans sa région, particulièrement en matière de financement et de ressources humaines ■ Allouer les budgets aux établissements, dont les CSSS
CSSS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer l'accessibilité à une gamme de services généraux, spécialisés et surspécialisés à la population de son territoire local ■ Accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis ■ Répondre aux besoins, accompagner et soutenir les personnes vulnérables

13 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

14 Les travaux se sont articulés autour de trois axes, soit les services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'optimisation de ces services et l'encadrement du réseau à leur égard.

2.1 Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie

15 Chaque CSSS se doit de déterminer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie de son territoire, de leur offrir des services selon l'évaluation des besoins effectuée et de leur assurer une prestation de services continus, accessibles et sécuritaires, et ce, conformément aux orientations ministérielles.

Repérage des personnes vulnérables

16 Avec l'âge certaines personnes deviennent plus fragiles et développent des maladies chroniques, ce qui peut réduire leur autonomie et les mener progressivement à la dépendance. Le repérage précoce des personnes âgées vulnérables ou en perte d'autonomie permet d'intervenir rapidement auprès d'elles, c'est-à-dire avant que leur situation ne se détériore et ne nécessite une intervention d'urgence ou encore l'utilisation de ressources plus coûteuses. En effet, des recherches révèlent que de 30 à 80 % des personnes âgées (selon la catégorie d'âge) sont dans un état de **fragilité**, lequel est réversible si celles-ci sont repérées et suivies à un stade précoce.

La fragilité est l'état instable d'une personne, laquelle court le risque de perdre une fonction.

17 Dans les trois CSSS vérifiés, le repérage des personnes âgées vulnérables ou en perte d'autonomie est peu effectué. Il est principalement fait à l'urgence.

18 Les CSSS vérifiés n'ont pas mis en place de mécanismes de repérage formels et systématiques dans les milieux ayant une concentration significative de personnes âgées, tels que les groupes de médecine de famille, les cliniques de vaccination, les organismes communautaires ou les résidences privées pour aînés. Selon un des établissements vérifiés, l'état de santé de 60 à 70 % des personnes âgées qui se présentent à l'urgence est méconnu du réseau. De plus, celles-ci sont souvent déjà en perte d'autonomie.

19 Pour faciliter le repérage, une avenue à envisager est d'informer la clientèle visée et son entourage des services à domicile offerts et de l'importance d'intervenir à un stade précoce pour prévenir la perte d'autonomie. Une personne âgée bien informée sera sensibilisée à l'importance de recourir aux services avant de présenter une perte d'autonomie importante. Les CSSS vérifiés gagneraient à revoir leurs stratégies de communication à cet égard. En effet, l'information disponible sur le Web et dans les dépliants de même que celle fournie par téléphone sont incomplètes ou difficilement accessibles. Voici un portrait de l'information disponible :

- Les sites Web de la majorité des établissements vérifiés ainsi que Portail Québec donnent de l'information sur l'ensemble des services, dont ceux à domicile. Toutefois, selon une récente étude québécoise, seulement 49 % des personnes de plus de 65 ans utilisent Internet.
- Les CSSS vérifiés produisent différents dépliants, mais aucun ne présente de l'information sur l'ensemble des services à domicile. De plus, ces dépliants ne sont diffusés que dans les installations des CSSS ou, de façon ponctuelle, à une plus large échelle.
- De l'information est donnée par téléphone dans les CSSS vérifiés, mais ce moyen de communication ne permet pas de sensibiliser l'ensemble des personnes âgées à l'importance d'intervenir à un stade précoce.

20 Une fois que le repérage d'une personne âgée présentant des incapacités légères est effectué, le CSSS devrait suivre l'évolution de son état de santé afin de prévenir sa détérioration. Actuellement, le CSSS de Gatineau et celui du Sud de Lanaudière font un tel suivi pour une partie des personnes repérées. De plus, avant de diriger la personne vers un partenaire externe, le CSSS devrait l'évaluer afin de s'assurer que tous ses besoins ont été déterminés et que la ressource externe est la plus apte à y répondre. Seul le CSSS du Sud de Lanaudière procède à l'évaluation des personnes avant de les orienter vers une entreprise d'économie sociale.

Évaluation des besoins et plan d'intervention

21 L'évaluation des besoins est une étape incontournable qui permet d'établir le profil de besoins de la personne âgée et de planifier une réponse adéquate à ceux-ci en matière de services à domicile. Une fois réalisée, elle doit être mise à jour au moins une fois par année et davantage si la situation l'exige. Le plan d'intervention qui en découle permet d'avoir une vue d'ensemble des besoins de la personne et des objectifs associés aux interventions. Il précise les moyens choisis pour répondre aux besoins, l'intensité des services, leur durée prévisible, les fournisseurs ainsi que la stabilité des intervenants concernés, particulièrement lorsque le proche aidant donne le service.

22 Dans les CSSS vérifiés, les dossiers des personnes âgées qui reçoivent des services à domicile ne contiennent pas toujours une évaluation des besoins à jour. De plus, un plan d'intervention n'est pas systématiquement produit et, lorsqu'il l'est, il n'est pas toujours actualisé. Les CSSS font très peu de suivi à cet égard.

23 Nous avons examiné 46 dossiers de personnes âgées recevant des services à domicile, lesquels étaient répartis entre les 3 CSSS vérifiés. Il ressort de nos travaux que 93 % des dossiers contenaient une évaluation des besoins, mais que 26 % de ces évaluations n'étaient pas à jour puisqu'elles dataient de plus d'un an. De plus, malgré l'obligation légale de produire un plan d'intervention, seulement 48 % des dossiers examinés en comportaient un. Parmi ces plans, 36 % dataient de plus d'un an. En l'absence de tels documents, il devient difficile de planifier les ressources humaines et financières en fonction des besoins des usagers et d'évaluer si ces besoins sont satisfaits.

L'outil d'évaluation multiclientèle permet d'évaluer les différents aspects de la personne, dont sa santé physique, sa situation psychosociale ainsi que ses activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, etc.) et de la vie domestique (préparer ses repas, faire la lessive, etc.).

24 Comme ils ne font pas de suivi pour s'assurer que les évaluations des besoins et les plans d'intervention sont réalisés, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui de Gatineau n'ont pas été en mesure de nous indiquer le nombre d'utilisateurs pour lesquels ces documents ont été produits ou encore si ceux-ci sont à jour. Seul le CSSS du Sud de Lanaudière fait un tel suivi.

25 Afin d'évaluer les besoins des personnes âgées et de déterminer leur profil d'autonomie, le ministère a adopté dès 2003 **l'outil d'évaluation multiclientèle**. Selon des données ministérielles de 2012, le système d'évaluation des besoins, qui inclut l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle, est implanté à 75 % dans l'ensemble du réseau et à hauteur de 90 % au CSSS de Gatineau, de 77 % au CSSS du Sud de Lanaudière et de 60 % au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

26 Cet outil permet entre autres, pour les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique, de noter chaque aspect évalué en fonction du niveau d'incapacité de l'utilisateur et de l'aide qu'il reçoit des ressources de son milieu. Toutefois, dans les 46 dossiers examinés, nous n'avons pas trouvé de lien entre le nombre d'heures allouées à l'utilisateur et les notes accordées, ce qui ne permet pas d'uniformiser les services rendus aux personnes ayant des besoins similaires. Bien que d'autres paramètres doivent être pris en compte lors de la planification et de la prestation des services d'aide, notamment la santé de la personne et son comportement, un lien devrait exister entre l'outil d'évaluation et les heures allouées.

Offre de services

27 Actuellement, 54 % des fonds destinés aux services à domicile sont alloués aux services professionnels. Par ailleurs, 79 % des heures de services qui sont effectuées à domicile sont consacrées aux services d'aide à domicile.

28 L'offre de services à domicile varie en intensité d'un CSSS vérifié à l'autre. Dans chacun d'eux, les liens entre les services fournis et les besoins de l'utilisateur ne sont pas démontrés. D'ailleurs, selon des intervenants et des gestionnaires rencontrés, les services rendus aux personnes âgées sont parfois insuffisants, mais aucune analyse ne permet d'évaluer dans quelle mesure ils le sont.

29 En l'absence de lignes directrices provinciales concernant le niveau approprié de services à domicile à offrir en fonction des différents profils d'autonomie des personnes âgées, les trois CSSS vérifiés offrent l'ensemble des services professionnels aux utilisateurs, mais à des degrés d'intensité variables. Toutefois, comme il sera démontré plus loin dans cette section et dans celle relative à l'accès aux services, les personnes âgées n'ont pas nécessairement accès aux services professionnels en raison des contraintes financières de chaque établissement et des ressources humaines disponibles.

30 Chaque CSSS vérifié utilise des standards locaux ou régionaux quant aux services d'aide à domicile. Les standards relatifs à la fréquence des services rendus et au temps consacré à la prestation varient selon les établissements.

Par conséquent, des usagers ayant des besoins semblables peuvent recevoir différents niveaux de services selon le CSSS qu'ils fréquentent. Compte tenu des ressources limitées et de la grande demande à l'égard de l'aide à domicile, les établissements vérifiés ont fixé des plafonds quant à l'intensité des services, lesquels servent à guider les intervenants lors de l'allocation des ressources. Sauf exceptions, ces plafonds représentent le maximum de services qu'un établissement peut offrir à un usager. Le tableau 1 présente des exemples pour différents types de services.

Tableau 1 Nombre d'heures maximales consacrées à l'aide à domicile en 2011-2012 (par semaine et par usager)

	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	CSSS de Gatineau	CSSS du Sud de Lanaudière
Assistance personnelle et aide domestique	Moins de 5 ¹	40	s.o. ²
Préparation des repas	3	3	3
Approvisionnement (épicerie et commissions)	1 h 30 min toutes les 2 semaines pour les personnes seules	De 1 à 2	2 (milieu urbain) 3 (milieu rural)
Répit pour le proche aidant	De 3 à 6	n.d. ³	15

1. Un nombre restreint d'usagers ont droit à un maximum de 35 heures.

2. Il n'y a pas de plafond global pour l'ensemble des services, mais des plafonds relatifs à certains services, tels que les services d'aide domestique.

3. De 800 à 1 600 dollars par an sont versés selon les soins requis.

Source : CSSS vérifiés.

31 La disponibilité des ressources influence elle aussi l'offre de services. Nous avons relevé des écarts importants entre les régions quant au nombre moyen d'heures de services consacrées à chaque **usager**. Selon les bases de données du MSSS, le nombre d'heures de services rendus par personne âgée pour l'aide à domicile est en moyenne de 54 heures par année dans la région de l'Outaouais, de 96,4 heures dans celle de Montréal et de 101,6 heures dans celle de Lanaudière. À l'échelle de la province, ce nombre varie également : par exemple, une région n'alloue que 33 heures par usager. L'annexe 3 présente diverses données sur les services à domicile pour toutes les régions.

32 Une façon d'évaluer dans quelle mesure les services offerts correspondent aux services requis est de mesurer le taux de réponse aux besoins. Il est actuellement impossible pour les CSSS vérifiés de connaître cette information. En effet, beaucoup d'usagers n'ont pas de plan d'intervention dans lequel est consigné le nombre d'heures de services à effectuer. Quant au nombre d'heures réellement consacrées aux services à domicile pour chacun des usagers, il est rarement indiqué dans les dossiers, qu'ils soient papier ou informatiques. Par exemple, aucune information n'est disponible quant au nombre d'heures que les employés engagés de gré à gré ont consacrées à chaque usager. Seule une liste indiquant les heures de services allouées aux usagers et les sommes payées aux employés a été établie. Les statistiques sont globales et ne donnent aucune information par usager. Selon cette liste, seulement 42 % des usagers à qui des heures de services ont été accordées par le CSSS ont effectivement

Chez les aînés, les besoins non comblés en matière de services à domicile constituent un facteur important de détérioration de leur état de santé. Si les services requis ne sont pas offerts par l'établissement, l'usager peut se tourner vers un proche aidant ou encore payer pour se les procurer.

reçu des services. De plus, seulement 86 % des sommes qui ont été allouées aux usagers ont réellement été versées à ces employés. En l'absence d'information additionnelle, on peut se demander si les personnes âgées ont réellement bénéficié des services qui leur avaient été offerts.

33 Cette absence d'information est d'autant plus significative qu'un des établissements vérifiés utilise ce mode de prestation dans une forte proportion. Au CSSS du Sud de Lanaudière, 49 % des heures consacrées aux services d'aide à domicile ont été effectuées par des employés engagés de gré à gré en 2011-2012. Cette proportion est de 9 % pour le CSSS de Gatineau et de 1 % pour celui d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

34 Selon des intervenants et des gestionnaires rencontrés, les usagers ne reçoivent pas tous les services requis. Toutefois, aucune analyse démontrant l'ampleur du manque de services n'a été effectuée. Par conséquent, il est impossible de connaître les ressources qui sont nécessaires pour répondre aux besoins actuels des usagers.

Accès aux services

Accès général

35 L'accès aux services à domicile est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à la personne âgée. À l'heure actuelle, il est impossible d'avoir une image représentative des délais d'attente par type de services, tant dans les CSSS vérifiés que dans l'ensemble des établissements, puisque les listes d'attente sont incomplètes.

36 Il n'existe pas de standards d'accès provinciaux en fonction du niveau de perte d'autonomie de l'usager, ce qui ne permet pas d'assurer un accès équitable pour des besoins équivalents. Toutefois, les CSSS vérifiés ont établi des critères de priorité à cet égard, étant donné qu'ils ne réussissent pas à offrir l'ensemble des services requis à toutes les personnes qui le nécessitent. À l'échelle provinciale, la politique de soutien à domicile précise certains **critères de priorité** pour répondre aux besoins, mais ceux-ci sont très larges et devaient être améliorés selon le MSSS. Rien n'a encore été fait à ce sujet.

37 Chaque établissement vérifié a des niveaux de priorité différents associés à des délais d'attente qui varient selon les services. Ainsi, en fonction du CSSS qu'elles fréquentent, deux personnes âgées ayant un profil d'autonomie et des besoins similaires peuvent se voir accorder un niveau de priorité différent et, par le fait même, avoir accès aux services dans un délai plus ou moins long. Comme les services sont d'abord offerts aux personnes âgées dont les besoins ont été jugés les plus prioritaires, les autres usagers peuvent attendre longtemps avant d'avoir **accès aux services**, ce qui peut entraîner une détérioration de leur autonomie et une orientation en hébergement avant même qu'ils aient eu

Les critères de priorité sont notamment établis en fonction des besoins exprimés par la personne et ses proches aidants, de l'urgence de la situation et de la qualité du milieu de vie.

Chez le Protecteur du citoyen, le nombre de plaintes relatives aux services à domicile est passé de 89 en 2009-2010 à 142 au cours des premiers mois de 2011-2012. Ils portent principalement sur l'accès aux services.

accès aux services. Par exemple, au CSSS du Sud de Lanaudière, les personnes ayant un niveau de priorité 2 (priorité établie sur une échelle de 1 à 4, dont le niveau 1 est le plus élevé) attendent en moyenne 453 jours pour obtenir des services sociaux, 896 jours pour recevoir des services d'ergothérapie et 991 jours pour obtenir des services de nutrition. Pourtant, quoiqu'elle ne soit pas urgente, la priorité associée au niveau 2 est quand même élevée.

38 Par ailleurs, les méthodes utilisées pour compiler ces **délais** ne sont pas uniformes, ce qui rend leur comparaison impossible. Le moment où débute le calcul du délai d'attente et le moment où il se termine diffèrent selon le CSSS vérifié. Voici des exemples :

- Au CSSS de Gatineau, ce délai représente le temps d'attente entre la demande de services et l'assignation du dossier à un intervenant. Dès l'assignation du dossier, l'établissement considère que l'utilisateur est globalement pris en charge. Selon le CSSS, le délai moyen de prise en charge globale des usagers est de 178 jours (98 jours pour les personnes ayant des atteintes cognitives). Un autre délai est calculé entre l'assignation du dossier et le premier service. Par la suite, si d'autres services sont nécessaires (ex. : travail social, physiothérapie, ergothérapie), le temps d'attente n'est pas calculé par discipline.
- Au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, le délai d'attente correspond au temps entre le moment où le dossier de l'utilisateur est transféré à un secteur (ex. : physiothérapie) et celui où il est assigné à un intervenant. Par exemple, en ergothérapie, le délai d'assignation d'un dossier à un intervenant est de 38 jours en moyenne. Toutefois, selon le CSSS, l'utilisateur peut attendre jusqu'à un an si son cas n'est pas urgent ou s'il requiert certains services professionnels.

39 Dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière, la gestion des listes d'attente s'effectue de façon décentralisée, par secteur, et la plupart d'entre elles sont encore établies manuellement. La compilation de l'ensemble des listes peut donner une information sommaire sur l'accès aux services à domicile du CSSS, mais celle-ci demeure incomplète. Par exemple, elle ne permet pas de savoir si les personnes en attente sont inscrites sur plusieurs listes ou encore si l'attente concerne un premier ou un deuxième service. Le CSSS de Gatineau a récemment centralisé ses listes, ce qui lui a permis de réduire leur nombre de 18 à 6.

40 À l'échelle provinciale, une méthode est utilisée pour calculer les délais d'attente relatifs à un premier et à un deuxième service. Toutefois, cette méthode pourrait être améliorée puisque les délais ne sont déterminés qu'après le début de la prestation de services. Les personnes qui n'ont pas encore reçu de services ne sont pas prises en compte. De plus, le ministère exclut de ces délais les personnes qui ont attendu plus d'un an avant d'obtenir les services demandés. En outre, il n'y a aucune information sur les délais d'attente par type de services.

En 2000-2001, dans son rapport sur les services à domicile, le Vérificateur général recommandait d'établir des normes selon des profils d'incapacité quant aux délais d'attente ainsi que de compiler les données sur ces délais, par profil d'incapacité et par type de services offerts, en vue d'exercer un suivi plus rigoureux.

Accès aux services pour les personnes âgées en résidence privée pour aînés

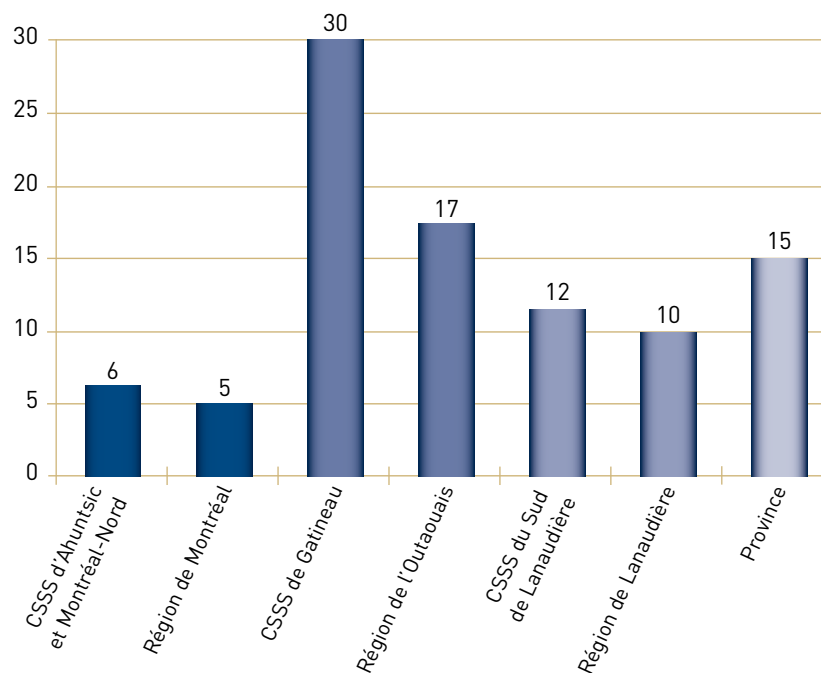
41 Malgré l'obligation des CSSS de fournir des soins et des services professionnels à domicile aux personnes âgées vivant en résidence privée pour aînés, les services rendus varient de façon importante entre les établissements. D'ailleurs, certains y offrent très peu de services.

Selon la politique de soutien à domicile, toute personne habitant dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence privée pour aînés est admissible au soutien à domicile.

42 En 2011-2012, les CSSS de la province ont consacré 15 % des heures de services à domicile aux personnes âgées vivant en **résidence privée pour aînés**. Toutefois, il existe des écarts importants d'un établissement à l'autre. Pour 13 des 94 CSSS, moins de 5 % des heures ont été effectuées en résidence privée pour aînés, alors que pour 16 d'entre eux, plus de 40 % des heures l'ont été. En 2012, le Protecteur du citoyen a soulevé le fait que certains CSSS se sont désengagés de leur obligation de donner des services aux personnes âgées demeurant dans une résidence privée pour aînés. Notons qu'au 2 avril 2013, le secteur privé offrait 113 490 unités locatives, d'une ou de plusieurs places, aux personnes âgées. Dans les trois régions visitées et à l'échelle provinciale, la proportion d'unités offertes par rapport au nombre de personnes âgées est semblable.

43 La figure 3 présente le pourcentage des heures de services à domicile effectuées dans les résidences privées pour aînés en 2011-2012 par rapport au nombre d'heures totales consacrées à ces services pour les trois CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements.

Figure 3 Pourcentage des heures de services à domicile offerts aux personnes âgées en résidence privée pour aînés en 2011-2012



Source : Données provenant d'un système d'information du MSSS.

44 Le manque de clarté des directives ministérielles relatives aux services offerts aux personnes âgées vivant en résidence privée pour aînés ne favorise pas leur application uniforme par l'ensemble des établissements. Le MSSS indique : « Lorsque des services additionnels, à ceux offerts par la résidence privée contre paiement, sont requis, l'instance locale doit offrir les services selon les modalités convenues avec les personnes comme pour l'ensemble de la clientèle ayant besoin de services de soutien à domicile. » L'interprétation différente de cet énoncé par les établissements peut amener des situations d'iniquité pour les personnes âgées vivant en résidence privée pour aînés puisque les services offerts ne seront pas les mêmes d'un CSSS à l'autre. Le CSSS du Sud de Lanaudière considère qu'il doit offrir gratuitement à l'utilisateur les services qui ne sont pas inclus dans son bail. Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui de Gatineau, de leur côté, estiment que si la résidence offre des services, qu'ils soient inclus ou non dans le bail, la personne doit les payer elle-même. Elle a alors accès à un crédit d'impôt.

45 Même si une personne âgée a droit à un crédit d'impôt s'élevant à 30 % des dépenses admissibles, celui-ci est plafonné, selon la nature des services, jusqu'à un maximum de 75 % du loyer pour une personne non autonome. Ainsi, le crédit d'impôt ne représente qu'une fraction du coût réellement payé. Par conséquent, la personne âgée vivant en résidence privée pour aînés paie des services qu'elle aurait pu recevoir gratuitement du CSSS si elle avait résidé dans un autre type de domicile ou dans une région où les services sont offerts. Prenons l'exemple d'une personne âgée de 70 ans qui vit seule dans une résidence privée pour aînés, qui a droit au maximum du crédit d'impôt et qui paie son **loyer** 1 410 dollars par mois, ce qui inclut une heure de services d'assistance personnelle par jour. Si l'on estime le coût total de ces services à 570 dollars (30 heures par mois à 19 dollars l'heure, soit le taux horaire estimé à partir de celui de certains partenaires externes), le coût net est de 485 dollars après le remboursement du crédit d'impôt. Cette personne doit donc assumer 85 % du coût de ces services.

Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement, le loyer mensuel moyen des studios et des chambres individuelles, ce qui inclut au moins un repas par jour et moins d'une heure et demie de soins par jour, était de 1 410 dollars au Québec en 2012.

46 Utiliser les services inclus dans le bail comme un critère pour exclure des services de soutien à domicile peut aussi créer de la confusion chez les personnes âgées. Celles-ci ne savent plus si elles ont le droit de recevoir les services gratuitement, ce qui peut conduire à des situations d'iniquité. En effet, certaines personnes âgées paient pour obtenir des services puisqu'ils sont inclus dans leur bail, alors que d'autres reçoivent ces mêmes services gratuitement puisqu'ils ne sont pas inclus dans celui-ci.

Recommandations

47 La recommandation suivante s'adresse au ministère, qui devra la mettre en œuvre en collaboration avec les agences.

- 1 S'assurer que l'ensemble du réseau utilise une méthode uniforme de calcul des délais d'attente relatifs aux services à domicile par type de services et pour tous les usagers afin d'obtenir une image représentative de ces délais.**

48 Les recommandations suivantes s'adressent aux établissements vérifiés.

- 2 S'assurer de repérer les personnes âgées vulnérables en temps opportun et de suivre l'évolution de leur condition.
- 3 Veiller à ce que tous les usagers recevant des services à domicile soient évalués à l'aide de l'outil multicientèle, à ce qu'un plan d'intervention soit élaboré pour chacun et à ce que l'évaluation et le plan soient mis à jour régulièrement.
- 4 Prendre des mesures pour que l'accès aux services à domicile et l'offre de services aux personnes âgées ayant des besoins similaires soient équitables, notamment en mesurant le taux de réponse aux besoins.

2.2 Optimisation des services à domicile

49 L'optimisation des services à domicile vise à augmenter l'efficacité, l'efficacité, l'accessibilité, la qualité et la continuité de ces services. De plus, une organisation du travail efficace et des systèmes d'information performants favorisent notamment l'amélioration de la productivité du personnel.

Mesure de la performance

50 Plusieurs dimensions de la performance ne sont pas encore mesurées par les établissements, telles que la qualité et l'efficacité des services. Par ailleurs, l'expertise et les outils de gestion développés par les CSSS lors de la réalisation de projets d'optimisation ne sont pas systématiquement partagés avec tous les établissements du réseau, ce qui entraîne la multiplication des dépenses pour des services semblables.

51 Afin d'accroître la performance des services à domicile, le MSSS a fixé dans son plan stratégique 2010-2015 l'objectif d'augmenter de 10 % le nombre total d'heures de services à domicile de longue durée (toutes clientèles confondues), et ce, sans budget additionnel. Cet objectif permettra d'implanter la mesure de la performance à plus large échelle dans le réseau. Chaque établissement doit ainsi évaluer son potentiel d'optimisation.

52 Faute d'expertise à l'interne, plusieurs CSSS se sont tournés vers les **firmes privées**. Celles-ci les aident à analyser leur performance quant au volume de production des services, à établir des cibles à cet égard et à mettre en place des actions structurantes, et ce, dans le but d'atteindre l'objectif ministériel. Certains ont déjà noté des gains de productivité à la suite des changements apportés.

53 Il est primordial d'intégrer tous les aspects de la performance dans les analyses. L'atteinte d'un certain volume de production n'est pas un gage de qualité et d'efficacité des services. D'autres aspects, tels que la performance financière et l'accès aux services, doivent être pris en compte. Lors de notre

Dans la région de Montréal, 10 des 12 CSSS travaillent ou ont travaillé avec des firmes privées pour définir des cibles associées à la performance. Les dépenses engagées représentent plus de 3,5 millions de dollars.

vérification, aucun établissement vérifié n'avait réalisé d'analyse sur la performance financière des services à domicile en relation avec leur qualité ni sur le coût des services. Pourtant, de telles analyses peuvent fournir des pistes de solution pour optimiser les services. Des variations de coûts entre les établissements pour des services semblables devraient susciter des questionnements chez les gestionnaires, notamment sur le niveau d'encadrement, le type d'employés qui rendent les services, la productivité de ceux-ci ou encore le mode de prestation des services.

54 Actuellement, les établissements reçoivent peu de directives de leur agence pour les aider à optimiser leurs processus. De plus, le MSSS n'a pas fixé de cibles quant au nombre d'interventions que les différentes catégories d'employés doivent effectuer par jour. Ces cibles permettraient d'uniformiser les efforts d'optimisation demandés au personnel. Toutefois, les firmes externes en ont défini un certain nombre, en collaboration avec les établissements. Par exemple, dans un des CSSS vérifiés, la cible a été fixée à quatre interventions par jour pour les ergothérapeutes.

55 Par ailleurs, puisque le réseau compte un grand nombre d'établissements et que le montant de chacun des contrats accordés à des firmes privées est relativement élevé (de 48 000 à 500 000 dollars pour les CSSS vérifiés), il serait profitable de transférer l'expertise acquise par les établissements ayant fait des travaux aux autres établissements, afin d'éviter la multiplication des dépenses. Bien qu'un suivi des efforts d'optimisation soit exercé à l'échelle provinciale et régionale, il ne garantit pas le transfert d'expertise. Dans la région de Montréal, mentionnons que trois contrats totalisant 1,4 million (466 350, 462 475 et 479 580 dollars) ont été attribués à la même firme sans appel d'offres, ce qui n'est pas conforme. En effet, lorsqu'une situation d'urgence n'est pas démontrée, les CSSS ont l'obligation de procéder par appel d'offres pour obtenir des services professionnels dont le montant dépasse 100 000 dollars.

Productivité des employés

56 Les professionnels affectés aux services à domicile ne passent qu'une faible partie de leur temps au domicile des personnes âgées, et les établissements vérifiés n'incitent pas suffisamment leurs employés à optimiser leur productivité.

57 Bien que certaines tâches importantes soient réalisées au bureau, telles que celles visant à assurer la qualité des services et la sécurité des personnes (ex. : échanges d'informations significatives avec le médecin traitant ou le pharmacien, démarches pour obtenir l'équipement nécessaire à la dispensation des soins) et celles visant à coordonner les soins et les services (ex. : échanges téléphoniques, suivis), d'autres tâches indirectes peuvent être éliminées, automatisées ou déléguées afin d'augmenter les services directs aux usagers.

58 Deux indicateurs sont utilisés dans le réseau afin de mesurer la productivité des employés, soit le temps passé à domicile et le nombre d'interventions réalisées par jour. Quoique différents facteurs puissent expliquer certains écarts

entre les résultats, notamment le temps de déplacement et la situation particulière d'un usager, ces indicateurs demeurent des outils de gestion utiles pour cibler des améliorations potentielles.

59 La proportion des heures que les professionnels passent au domicile de l'utilisateur est très variable d'un CSSS à l'autre. Elle est parfois peu importante par rapport au pourcentage des heures passées au bureau. Par exemple, à l'échelle de la province, cette proportion peut varier de 17 à 43 % pour les soins infirmiers et de 3 à 55 % pour les services d'ergothérapie. Le tableau 2 présente pour 2011-2012 la moyenne provinciale du temps passé à domicile par jour selon la nature des services rendus.

Tableau 2 Moyenne provinciale du temps passé à domicile en 2011-2012 (par jour)

Type de services	Durée		Durée moyenne d'une intervention à domicile (en minutes)
	Par ETC	En pourcentage	
Soins et services professionnels			
Physiothérapie	2 h 12 min	31	51
Inhalothérapie	2 h 10 min	31	49
Soins infirmiers	2 h 1 min	29	27
Nutrition	1 h 26 min	20	52
Ergothérapie	1 h 1 min	15	57
Services psychosociaux	45 min	11	61
Aide à domicile ¹	6 h 5 min	87	54

1. Les services d'aide à domicile comprennent les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique.

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

ETC Équivalent temps complet

60 Il ressort de ce tableau que peu d'heures de services professionnels sont effectuées à domicile et que le nombre d'heures varie grandement d'une catégorie d'employés à l'autre. On peut se questionner sur la nature et l'organisation du travail qui causent ces différences ainsi que sur les cibles établies.

61 Même une faible augmentation du pourcentage des heures passées à domicile permettrait des gains notables en ce qui concerne les services directs aux usagers. Par exemple, en 2011-2012, si tous les établissements qui n'atteignaient pas la moyenne provinciale quant au pourcentage d'heures de services effectuées à domicile l'avaient atteinte pour chaque type de services, des gains de plus de 328 000 heures de services directs aux usagers auraient été observés, soit une augmentation de 18 % des heures totales annuelles passées à domicile.

62 Le nombre d'interventions réalisées par jour est un autre indicateur permettant de mesurer la productivité des employés. Une intervention correspond à une visite, à un appel téléphonique ou encore à une discussion relative à un cas. Elle n'est pas nécessairement effectuée à domicile. Pour le même type de services, nous avons observé que le nombre d'interventions est très variable (du simple au double) entre les CSSS, et l'écart est encore plus marqué à l'échelle provinciale. Le tableau 3 présente le nombre moyen d'interventions journalières par ETC dans les CSSS des régions visitées ainsi que la moyenne provinciale.

Tableau 3 Nombre moyen d'interventions journalières par ETC en 2011-2012

	Région de Montréal	Région de l'Outaouais	Région de Lanaudière	Province
Soins et services professionnels				
Physiothérapie	De 3 à 4	De 2 à 3	De 3 à 4	De 1 à 6
Inhalothérapie	s.o. ¹	De 1 à 5	4	De 1 à 8
Soins infirmiers	De 4 à 6	De 4 à 6	De 4 à 5	De 3 à 7
Nutrition	De 2 à 3	3	De 2 à 3	De 1 à 5
Ergothérapie	De 2 à 4	De 2 à 3	De 2 à 3	De 1 à 8
Services psychosociaux	De 2 à 4	De 2 à 3	2	De 1 à 7
Aide à domicile²	De 5 à 8	De 4 à 9	De 4 à 6	De 3 à 17

1. Dans la région de Montréal, les services d'inhalothérapie sont centralisés. Ils ne sont pas offerts par les CSSS.

2. Les services d'aide à domicile comprennent les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique.

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

63 Dans une région donnée, si l'ensemble des employés des CSSS effectuait le même nombre d'interventions que celles qui ont été réalisées dans le CSSS le plus performant de la région, le pourcentage d'interventions augmenterait de façon notable. Par exemple, dans la région de Montréal, l'augmentation serait de l'ordre de 32 %. Cet indicateur est un bon indice de la productivité des employés. Pour obtenir un portrait plus juste de la situation, il faut toutefois tenir compte d'information additionnelle, telle que la durée de l'intervention et sa nature (appel téléphonique, visite ou discussion relative à un cas). Les trois CSSS vérifiés ne font pas ce type d'analyse. À titre d'exemple, dans 67 % des CSSS de la province, les intervenants psychosociaux utilisent principalement la **communication téléphonique** comme mode d'intervention. Le pourcentage de ce type d'interventions varie de 14 à 71 % selon l'établissement. D'autres CSSS (23 %) privilégient plutôt la rencontre en présence de l'utilisateur.

À l'échelle provinciale, les interventions relatives aux services psychosociaux se répartissent ainsi :

- communication téléphonique : 60 % ;
- rencontre en présence de l'utilisateur : 28 % ;
- rencontre sans la présence de l'utilisateur : 12 %.

64 En l'absence de standards provinciaux, les CSSS vérifiés se sont fixé des cibles quant au nombre d'interventions à effectuer par jour. Comme ces cibles diffèrent d'un établissement à l'autre, les efforts de productivité demandés aux employés varient. Voici des exemples :

- La cible relative au nombre d'interventions que les ergothérapeutes doivent effectuer par jour est de 2,4 au CSSS de Gatineau et de 4 au CSSS d'Achunsi et Montréal-Nord.
- Pour ce qui est des physiothérapeutes, la cible est de 2,4 au CSSS de Gatineau et de 5 ou 6 selon le type d'intervenants au CSSS d'Achunsi et Montréal-Nord.

Organisation du travail

65 Dans les trois CSSS vérifiés, des solutions efficaces en matière d'organisation du travail, telles que le recours aux techniciens, aux partenaires du milieu, aux ordonnances collectives et aux outils informatiques, sont sous-exploitées ou tardent à être mises en place. Peu d'analyses sont réalisées à cet égard.

Recours aux techniciens

66 Maximiser l'utilisation des compétences est judicieux, étant donné les économies pouvant en résulter et la rareté de certaines **ressources**. C'est d'ailleurs ce que prévoit la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, en vigueur depuis 2003. En effet, elle permet que des tâches réservées à des membres d'un ordre professionnel soient déléguées à des techniciens ou à d'autres ressources qualifiées afin de favoriser l'accès aux soins et aux services, notamment aux services à domicile.

67 À l'exception d'une note d'orientation transmise aux agences, les CSSS n'ont reçu aucune directive ministérielle afin d'optimiser les services professionnels offerts à domicile. Actuellement, des professionnels posent des gestes qui pourraient être accomplis par des ressources qualifiées, mais dont les services sont moins chers. Faute d'analyse de la part des établissements vérifiés, il est impossible de savoir dans quelle mesure certaines tâches auraient pu être déléguées à des techniciens. Le tableau 4 présente, pour les trois CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements, le taux d'utilisation des techniciens ou d'autres ressources pour différents services professionnels en 2011-2012.

Donner le bon service à la bonne personne implique l'utilisation de la ressource ayant les compétences les plus appropriées. Celle-ci ne doit être ni surqualifiée ni sous-qualifiée.

Tableau 4 Pourcentage des heures effectuées à domicile par des techniciens ou d'autres ressources qualifiées¹ en 2011-2012

	Soins infirmiers ²	Services psychosociaux	Ergothérapie	Physiothérapie
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	38	27	–	47
Région de Montréal ³	19 (de 6 à 38)	13 (de 0 à 27)	2 (de 0 à 8)	22 (de 0 à 85)
CSSS de Gatineau	32	7	–	25
Région de l'Outaouais ³	17 (de 0 à 32)	3 (de 0 à 7)	4 (de 0 à 18)	21 (de 0 à 78)
CSSS du Sud de Lanaudière	28	24	–	67
Région de Lanaudière ³	23 (de 19 à 28)	35 (de 24 à 43)	–	88 (de 67 à 98)
Province	20	28	3	45

1. Les autres ressources qualifiées ne sont pas nécessairement des techniciens ni des ressources de la discipline concernée. Par exemple, il peut s'agir d'auxiliaires familiales.

2. Aux fins du présent rapport, les infirmières techniciennes sont considérées comme des professionnels, par opposition aux infirmières auxiliaires.

3. Nous présentons entre parenthèses la variation pour l'ensemble des CSSS de la région.

Source : Données provenant d'un système d'information du MSSS.

68 Il ressort du tableau 4 que le recours aux techniciens est variable selon le type de services offerts et la région concernée. Bien que les différentes professions n'utilisent pas les services des techniciens de la même façon, notamment en raison des exigences des ordres professionnels concernant la délégation d'actes, des écarts notables sont observés pour une même profession. C'est le cas notamment des services psychosociaux pour lesquels le pourcentage des heures effectuées par des techniciens varie de 0 à 43 % dans les CSSS des régions visitées.

69 Quoique les 3 CSSS vérifiés recourent davantage aux infirmières auxiliaires pour fournir les soins infirmiers à domicile que l'ensemble des établissements, plusieurs autres CSSS des régions de Montréal et de l'Outaouais utilisent peu leurs services. À l'échelle provinciale, 17 CSSS, dont 3 en Outaouais, ne les utilisent pas. Si tous les CSSS de la province avaient recours aux infirmières auxiliaires pour au moins le même pourcentage d'heures que la moyenne provinciale, les infirmières pourraient allouer plus de 35 000 heures à d'autres activités. Par ailleurs, seulement 18 CSSS, dont 2 à Montréal et 1 en Outaouais, utilisent les services des techniciens en réadaptation ou d'autres ressources qualifiées plutôt que ceux des ergothérapeutes pour près de 15 % de l'ensemble des heures effectuées. Pourtant, les services d'ergothérapie sont souvent difficilement accessibles, étant donné la rareté des ressources professionnelles.

Achat de services

70 Les décisions concernant les modes de prestation des services à domicile à privilégier peuvent influencer de façon importante le volume de services offerts. Un des modes que les CSSS peuvent envisager est l'achat de services auprès de partenaires externes.

71 Bien que les CSSS vérifiés achètent des services à domicile, ni ces établissements ni les agences vérifiées n'ont effectué d'analyse afin de savoir si cette option est à privilégier pour certains types de services. Tant les considérations financières, la qualité des services, l'état de santé de la personne que les soins requis doivent être pris en compte lorsque les établissements délèguent la prestation de certains services à des partenaires externes. La section relative à l'appréciation de la qualité traite d'ailleurs de ce sujet, notamment en ce qui concerne les employés engagés de gré à gré. Le tableau 5 présente, pour les CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements, le pourcentage des heures effectuées à domicile par des partenaires externes, et ce, pour différents services.

Tableau 5 Pourcentage des heures effectuées à domicile par des partenaires externes en 2011-2012

	Soins infirmiers	Services psycho-sociaux	Ergothérapie	Physiothérapie	Aide à domicile
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	19	5	19	10	56
Région de Montréal	20	7	22	12	51
CSSS de Gatineau	21	–	–	–	9
Région de l'Outaouais	10	–	–	3	27
CSSS du Sud de Lanaudière	12	–	–	–	72
Région de Lanaudière	5	5	10	–	62
Province	10	3	7	4	45

Source : Données provenant de systèmes d'information du MSSS.

72 Comme le montre le tableau 5, il existe des différences notables entre les CSSS. Par exemple, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord fait affaire avec des partenaires externes pour offrir des services d'ergothérapie et de physiothérapie, ce qui n'est pas le cas des deux autres CSSS. En ce qui concerne l'aide à domicile, le CSSS de Gatineau achète peu de services des partenaires externes (9 %), alors que le CSSS du Sud de Lanaudière le fait beaucoup (72 %). Notons que ce dernier n'achète pas de services d'ergothérapie, alors que l'autre CSSS de la région de Lanaudière le fait en moyenne pour 19 % des heures.

73 De tels écarts peuvent notamment s'expliquer par la disponibilité des ressources. Toutefois, une analyse de l'incidence financière des choix effectués s'avère importante pour optimiser les services. Voici deux exemples illustrant les écarts entre les coûts des services d'aide à domicile selon le mode de prestation en 2011-2012 :

- Pour les services d'assistance personnelle, le taux horaire est de 21,50 dollars si le service est donné par une **entreprise d'économie sociale** et de 13,66 dollars s'il est offert par un employé rémunéré par l'intermédiaire du **chèque emploi-service** (CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord).
- Pour les services d'aide domestique, une heure de services effectuée par les employés du CSSS de Gatineau (22,62 dollars) coûte 62 % de plus qu'une heure effectuée par une entreprise d'économie sociale (14 dollars).

74 Pour d'autres services, notamment les services professionnels, le taux horaire peut être supérieur si ceux-ci sont offerts par des partenaires externes. L'analyse des CSSS est donc essentielle pour déterminer le mode de prestation le plus économique et le plus pertinent pour chaque type de services. Mentionnons que le MSSS n'a pas défini d'orientations à l'égard de l'achat de services. Par comparaison, le gouvernement de l'Ontario a décidé que presque tous les services à domicile seraient offerts par des partenaires externes, mais qu'il s'occuperait de faire le suivi de la qualité des services rendus.

L'entreprise d'économie sociale offrant de l'aide domestique fournit des services à domicile, principalement aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

Dans le cadre du Programme d'allocation directe — chèque emploi-service, le CSSS détermine le nombre d'heures allouées à la personne âgée, l'agence établit le taux horaire et la personne âgée embauche l'employé de gré à gré.

Ordonnance collective

75 Un autre aspect de l'organisation du travail qui permet de faire des gains d'efficacité est l'utilisation de l'**ordonnance collective**. Celle-ci contribue à renforcer l'accessibilité aux soins et leur continuité. Elle est particulièrement utile dans les cas d'urgence ou pour les situations fréquentes ou routinières et permet de gérer efficacement les maladies chroniques. Dans un des CSSS vérifiés, le retrait des points de suture fait partie de l'ordonnance collective. S'il n'y avait pas d'ordonnance collective pour cet acte, l'usager aurait besoin d'obtenir une ordonnance d'un médecin avant de recevoir ce service d'une infirmière. Conscient de l'avantage de ce mécanisme, le ministère a récemment annoncé l'uniformisation des ordonnances collectives pour quatre situations cliniques, dont l'hypertension artérielle et le diabète.

L'ordonnance collective est une prescription qu'un ou plusieurs médecins donnent à un professionnel habilité. Elle concerne notamment l'usage de médicaments, de traitements, d'examen ou de soins pour un groupe de patients ou encore lorsque des situations cliniques déterminées se manifestent.

76 Chaque CSSS est responsable de délivrer ses ordonnances collectives, mais certains établissements y ont peu recours. Le CSSS du Sud de Lanaudière en a délivré 4, celui de Gatineau, 5 et celui d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 12.

Outils informatiques

77 L'utilisation d'outils informatiques peut améliorer l'efficacité des services à domicile. Parmi ces outils, notons un logiciel qui permet de planifier les interventions et d'optimiser les itinéraires, un outil de gestion des listes

d'attente et l'ordinateur portable. Chaque CSSS possède ses propres outils, mais certains d'entre eux gagneraient à être utilisés davantage. Voici des exemples :

- Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui de Gatineau utilisent un logiciel pour planifier les interventions et les itinéraires des infirmières et des auxiliaires familiales, alors que le CSSS du Sud de Lanaudière en utilise un pour les auxiliaires familiales seulement.
- En ce qui concerne les listes d'attente, le CSSS de Gatineau les gère de façon informatisée, alors que le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière les gèrent principalement de façon manuelle.
- Quant aux ordinateurs portables, le CSSS du Sud de Lanaudière en a acheté pour le tiers de ses employés professionnels, celui d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour 60 % de ceux-ci et le CSSS de Gatineau pour la quasi-totalité de ses employés.

78 L'utilisation de certains de ces outils permet de faire des gains notables en matière de productivité. Par exemple, depuis 2007, une équipe d'un CSSS de la Montérégie affectée aux soins palliatifs utilise un logiciel pour organiser le travail. À la suite du déploiement de ce logiciel, des chercheurs ont évalué que les infirmières ont consacré par quart de travail une heure de plus aux soins directs et près d'une heure de moins à la documentation des dossiers. Celles-ci ont également effectué 18 % plus de visites à domicile par mois.

Systèmes d'information

79 Il n'existe pas de dossiers informatisés par usager que tous les intervenants pourraient consulter afin de suivre l'ensemble des services rendus. Par ailleurs, les CSSS effectuent très peu de contrôles pour vérifier la fiabilité de l'information qui provient de la principale base de données utilisée pour les services à domicile.

80 En 2001, le MSSS a formulé plusieurs orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. La première orientation qu'il a définie visait l'intégration des services en réseaux. Le ministère mentionnait alors que les **systèmes de communication interactifs** constituaient un élément essentiel pour soutenir l'implantation et le fonctionnement de tels réseaux.

81 En 2006, le gouvernement a lancé un projet pour informatiser les réseaux de services intégrés aux personnes âgées. La première livraison du système d'information RSIPA, qui a été effectuée en septembre 2009, comprenait un outil pour repérer les usagers, l'outil d'évaluation multiclientèle informatisé et une fonction servant à déterminer le profil d'autonomie d'un usager (profils Iso-SMAF). Toutefois, cette livraison ne permettait de transmettre de l'information qu'à l'intérieur d'un établissement. Les livraisons subséquentes devaient permettre aux intervenants de communiquer également avec les autres établissements, avec les groupes de médecine de famille et avec l'ensemble du réseau. Or, ces livraisons ont été suspendues en 2009. Les établissements de santé se retrouvent donc avec un projet inachevé et une plateforme informatique incomplète.

Les systèmes de communication interactifs permettent aux différents intervenants de communiquer entre eux. Ils fournissent l'historique médical du patient, son évaluation ainsi que les protocoles et permettent aux intervenants d'agir rapidement.

82 Les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin d'une gamme de services qui sont offerts par différents intervenants provenant de plusieurs ressources du réseau (ex. : hôpital, groupe de médecine de famille). Or, pour chaque usager, il n'existe pas de dossier unique que tous les intervenants pourraient consulter en temps réel. Les établissements utilisent des systèmes différents qui ne permettent pas nécessairement le transfert d'information. Par exemple, la période de traitement à l'hôpital est enregistrée dans un système qui diffère de celui utilisé pour les services rendus à domicile.

83 Les professionnels et les gestionnaires n'ont pas de portrait de l'ensemble des services rendus par usager puisque les différents systèmes d'information n'interagissent pas entre eux. De plus, certaines données sont consignées sur support papier et ne sont pas toujours numérisées. Afin d'obtenir tous les renseignements sur les services qu'un usager reçoit, un archiviste doit faire des extractions de données dans différents systèmes. Voici les principaux systèmes d'information utilisés par les trois CSSS vérifiés en 2011-2012 (tableau 6).

Tableau 6 Systèmes d'information utilisés en 2011-2012

Nature de l'information	Système d'information	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	CSSS de Gatineau	CSSS du Sud de Lanaudière
Évaluation sommaire des besoins de la personne ¹	I-CLSC			√
Évaluation détaillée des besoins de la personne ¹	RSIPA	√	√	√
Plan d'intervention ¹	–			
Évolution du patient (notes des intervenants) ¹	I-CLSC		√	
	SYMO ²		√ ³	
Services rendus à domicile	I-CLSC	√	√	√
Services rendus à l'urgence	SIURG	√	√	√
Services rendus par un groupe de médecine familiale	–			
Services rendus en clinique externe	I-CLSC			√
Services rendus par des partenaires externes (entreprise d'économie sociale, travailleurs de gré à gré, etc.)	Excel ²		√	
	Access ²			√ ⁴
	Horaire Plus ²	√		√
Médicaments délivrés sur ordonnance et consommés par l'usager ¹	–			

1. L'information peut être disponible sur support papier.

2. Ces systèmes d'information et ces logiciels ne sont pas la propriété du MSSS et ne sont pas mis à la disposition de l'ensemble des entités du réseau.

3. Le système n'est utilisé que pour les soins infirmiers.

4. Le système est utilisé pour la facturation.

84 Afin d'améliorer l'accessibilité des données provenant des différents systèmes, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière numérisent les documents et les incluent dans un dossier électronique. Cependant, ce dossier n'est pas mis à jour en temps réel. Les intervenants effectuent donc des visites à domicile en n'ayant pas en main toute l'information

Remplir directement à l'ordinateur l'évaluation des besoins de la personne âgée permet une économie de temps estimée à 30 minutes lors d'une première évaluation et à 45 minutes lors d'une réévaluation.

à jour sur les usagers. Par exemple, les plans thérapeutiques infirmiers sont numérisés et versés au dossier seulement lorsque la période de traitement est terminée. Par conséquent, si la personne âgée est hospitalisée dans un établissement pendant qu'elle reçoit des services à domicile de celui-ci, son plan thérapeutique infirmier peut ne pas être inclus dans le dossier.

85 L'informatisation des données permet certainement d'optimiser le temps des intervenants. Par exemple, bien que l'outil d'**évaluation** multiclientèle soit informatisé, certains intervenants remplissent encore l'évaluation des besoins à la main au domicile de l'usager et la retranscrivent ultérieurement sur support informatique.

86 D'autre part, lorsque les systèmes servent à emmagasiner et à diffuser de l'information, la fiabilité des données enregistrées est primordiale. Des données erronées peuvent influencer les décisions cliniques et administratives et nuire à l'efficacité des services rendus. Le principal système d'information relatif aux services à domicile est la base de données I-CLSC. Très peu de contrôles administratifs systématiques sont effectués quant à la validité des données qui y sont enregistrées, et plusieurs intervenants du réseau nous ont fait part de leurs préoccupations à cet égard. Même si nous n'avons pu évaluer la fiabilité des données de cette base, nous avons tout de même relevé différents facteurs pouvant augmenter le risque d'y trouver des données erronées.

Le cadre normatif est le document de référence qui sert à guider la saisie d'une information normalisée dans un système d'information. Il vise à documenter le contexte du système, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données ainsi que les principaux rapports qui sont tirés du système.

Facteur de risque	Commentaires
Le cadre normatif disponible en ligne n'est pas actualisé.	La dernière version électronique du cadre normatif date de 2009. Le MSSS transmet les mises à jour annuelles aux pilotes régionaux du système, qui les font parvenir aux pilotes de chacun des CSSS.
Selon les intervenants et les pilotes de système rencontrés, le cadre normatif laisse place à interprétation.	Le grand nombre d'intervenants qui enregistrent des données dans le système augmente le risque d'interprétations différentes.
Chaque CSSS prépare sa propre formation. Certains établissements se sont dotés d'un guide de l'utilisateur pour favoriser la fiabilité des données.	La répétition des travaux ne favorise pas une utilisation efficace des ressources. La formation et les guides offerts aux intervenants ne sont pas harmonisés.
Aucun contrôle systématique de la qualité et de la fiabilité des données n'est effectué.	Des correctifs étaient nécessaires à la suite de certains contrôles ponctuels. Toutefois, les agences et les CSSS vérifiés n'ont effectué aucun suivi afin de s'assurer que les incohérences et les erreurs relevées ont été corrigées.

Recommandations

87 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, qui devra les mettre en œuvre en collaboration avec les agences.

- 5** Poursuivre et accélérer la mise en place de systèmes d'information intégrés qui permettent de suivre l'usager dans le continuum de services aux personnes âgées.
- 6** S'assurer que des contrôles systématiques sont réalisés quant à la fiabilité des données relatives aux services à domicile enregistrées dans les systèmes.

88 Les recommandations suivantes s'adressent aux agences vérifiées.

- 7** Partager avec tous les établissements les outils de gestion et l'expertise développés lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des établissements afin d'éviter la multiplication des dépenses.
- 8** S'assurer que les établissements, notamment ceux de Montréal, respectent la réglementation relative aux appels d'offres lorsqu'ils recourent à des firmes externes pour optimiser leurs processus.

89 Les recommandations suivantes s'adressent aux établissements vérifiés.

- 9** Analyser régulièrement la performance des services à domicile en considérant le volume des services rendus, la qualité et le coût.
- 10** Optimiser l'organisation du travail afin d'accroître les heures de services à domicile en présence des usagers.

2.3 Encadrement des services à domicile

90 Une gestion efficiente des services à domicile repose sur des orientations et des standards clairs. Il s'avère toutefois essentiel que ceux-ci soient mis en œuvre de manière uniforme afin que toutes les personnes âgées reçoivent des services à domicile comparables, en ce qui concerne tant l'intensité et la qualité des services que l'accès à ceux-ci. Quant aux fonds alloués à ces services, ils doivent être accordés en fonction des orientations déterminées par le ministère ainsi que des besoins de la clientèle.

91 En 2003, le MSSS a publié une politique de soutien à domicile, laquelle est la principale source d'encadrement des services à domicile.

Orientations, standards et suivi

92 Les orientations que le MSSS a définies en 2003 dans sa politique de soutien à domicile ne sont que partiellement mises en œuvre. L'absence de standards et le manque d'indicateurs associés à des cibles font que la performance des services à domicile peut difficilement être évaluée.

93 Selon la politique de soutien à domicile, le MSSS devait préparer un plan pour mettre en œuvre les orientations qui y sont énoncées, mais celui-ci n'a jamais été produit. Le ministère a publié un plan d'action pour 2005-2010, mais ce dernier visait plutôt l'ensemble des services aux aînés. De plus, très peu d'éléments de ce plan concordaient avec ceux de la politique de soutien à domicile.

94 Le MSSS aurait pu faire le suivi de plusieurs des orientations définies dans la politique afin de s'assurer de leur mise en œuvre. Voici des exemples d'orientations que le ministère n'a pas suivies et qui n'ont jamais été mises en œuvre :

- offrir les services à domicile jusqu'à concurrence du coût à payer pour héberger une personne présentant un même profil dans un établissement public ;
- gérer les listes d'attente selon des critères de priorité uniformes et les mêmes modalités ;
- harmoniser les plans d'intervention par le suivi des pratiques de chaque intervenant afin de prévenir les disparités dans l'intensité des services ;
- déterminer des critères et des normes de qualité pour les fournisseurs de services d'aide à domicile ;
- établir des indicateurs qui permettraient de suivre l'évolution des services à domicile et de mesurer l'accès à ceux-ci, leur intensité, leur continuité et le coût des interventions.

95 Soulignons que les nombreux changements apportés à l'équipe ministérielle responsable des services aux personnes âgées n'ont pas favorisé un suivi planifié et organisé quant à la mise en œuvre des orientations. En plus des modifications annuelles qui ont été apportées à la structure organisationnelle depuis 2009, une rotation importante du personnel a été observée depuis les huit dernières années. D'une part, trois sous-ministres adjoints et cinq directeurs se sont succédé. D'autre part, pour chacune des huit dernières années, une moyenne de 36 % des postes permanents étaient vacants au 31 mars jusqu'en 2012. Une telle situation n'a sûrement pas facilité le transfert des connaissances et l'efficacité du suivi.

96 Bien que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule que le MSSS est responsable de diffuser auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficience et d'efficacité, très peu l'ont été à ce jour en matière de services à domicile. Pourtant, comme nous l'avons mentionné précédemment, le ministère gagnerait à préciser plusieurs standards, par exemple l'offre de services et l'intensité par profil d'autonomie, les critères de priorité relatifs à l'accès aux services et les cibles de productivité par type d'employés.

97 Pour pallier l'absence de standards provinciaux, les agences et les établissements en ont défini un certain nombre dans leur propre **cadre de référence**. Soulignons que l'élaboration de tels cadres n'est pas une tâche simple. Pour une des agences vérifiées, le processus aura duré deux ans (réunions, consultations de l'ensemble des établissements, rédaction, etc.). Compte tenu du grand nombre de CSSS et d'agences (94 et 16 respectivement), des standards provinciaux permettraient assurément une grande économie de temps et favoriseraient l'équité des services offerts aux usagers. Ils serviraient également à comparer les résultats entre eux.

Bien que les cadres de référence des agences et des CSSS tiennent compte des particularités propres à leur territoire, des standards communs devraient être utilisés à l'échelle de la province.

98 Afin de mesurer l'évolution des services à domicile de façon continue, le MSSS suit plusieurs **indicateurs** de gestion, tels que le nombre moyen d'interventions par usager et la durée moyenne des interventions effectuées à domicile. Toutefois, ces indicateurs ne permettent pas de s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, des services sécuritaires et de qualité qui répondent à leurs besoins. De plus, ils ne servent pas à évaluer la performance des services à domicile puisque seulement trois indicateurs sont associés à des cibles. Un indicateur qui n'est pas accompagné d'une cible ne sert qu'à observer des tendances. Par exemple, en suivant le nombre moyen d'interventions par usager, le MSSS peut constater sa variation entre les différents établissements et son évolution dans le temps, mais il ne peut juger de la performance des établissements quant à l'atteinte des résultats.

Comme le précise la politique de soutien à domicile, les indicateurs devraient au minimum permettre de mesurer l'accès aux services, leur intensité et leur continuité ainsi que le coût des interventions.

99 À l'échelle régionale et locale, les agences et les CSSS vérifiés suivent aussi différents indicateurs. Ceux-ci diffèrent selon les régions et les établissements, et peu sont associés à des cibles.

100 Ce n'est pas la première fois que le Vérificateur général souligne l'importance pour le ministère et les agences de se doter d'indicateurs de résultats afin d'évaluer l'atteinte des objectifs. Il en avait déjà fait mention en 2000-2001 dans son rapport portant sur les services à domicile, et il avait d'ailleurs formulé une recommandation à cet égard.

Appréciation de la qualité

La qualité des services à domicile doit être une préoccupation importante, d'autant plus que ceux-ci sont souvent offerts par des partenaires externes. Un tel contexte comporte des facteurs de risque significatifs en raison de la vulnérabilité des personnes âgées en perte d'autonomie.

101 Les mesures en place pour apprécier la qualité des services à domicile ne permettent pas au ministère, aux agences et aux établissements d'effectuer un contrôle suffisant de cette qualité.

102 Dans son plan d'action 2005-2010, le ministère s'est donné comme objectif de mettre en place un programme d'appréciation de la **qualité des services** à domicile de longue durée, mais peu de gestes ont été posés à cet égard. Bien que les différents ordres professionnels exercent un contrôle sur la qualité de la pratique de leurs membres, le MSSS doit quand même s'assurer de la qualité des services à domicile. En effet, plus de 79 % des heures consacrées à ceux-ci ne concernent pas les services professionnels : elles sont effectuées par différents types d'employés, tels que les auxiliaires familiales. Actuellement, les services à domicile sont soumis à des contrôles qui touchent l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts par les CSSS. Ces contrôles ne visent toutefois pas tous les services rendus à domicile. Les principales mesures de contrôle sont les suivantes.

Mesure	Description sommaire	Limites
Agrément par une autorité externe	Évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles d'un CSSS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agrément délivré tous les trois ans (pas un contrôle annuel) ■ Services rendus par les partenaires externes non visés par la mesure ■ Information sur les résultats publiée, mais ne permettant pas une évaluation comparative des services
Examen des plaintes	Contrôles effectués par les commissaires locaux et régionaux aux plaintes et à la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôles très ciblés ■ Information sur les résultats non publiée
Registre des accidents et des incidents	Processus de déclaration par les établissements des accidents et des incidents	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obligation pour les partenaires externes de déclarer les accidents et les incidents (lorsqu'un contrat est signé avec un CSSS), ce qui exclut les employés engagés de gré à gré ■ Information sur les résultats publiée, mais sommaire

103 D'autres mesures permettent de contrôler la qualité des services à domicile, telles que l'appréciation des services rendus par rapport aux services requis, la coordination des services et les sondages auprès des usagers. Elles sont cependant peu appliquées et varient d'un CSSS à l'autre. La responsabilité de s'assurer que les usagers reçoivent des services appropriés et de qualité revient principalement au professionnel responsable du dossier. L'appréciation des services devrait se faire notamment lors de la révision du plan d'intervention.

Or, moins d'un usager sur deux possède un tel plan. De plus, dans les 46 dossiers examinés, nous n'avons pas trouvé d'éléments qui prouvent que la qualité des services a été évaluée.

104 Si la situation de l'usager est complexe, notamment lorsque les fournisseurs de services proviennent de plusieurs ressources, c'est le « gestionnaire de cas » qui assure la **coordination** des intervenants et des services. Selon la littérature, de 7 à 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus nécessiteraient un gestionnaire de cas. Celui-ci élabore alors un plan de services individualisé pour la personne et apprécie globalement la qualité des services. Or, cette coordination n'est pas toujours effectuée puisque la gestion de cas n'est pas mise en place dans tous les établissements. Ce mode de gestion est instauré au CSSS de Gatineau, il est en révision au CSSS du Sud de Lanaudière et il commence à être utilisé au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Le manque de coordination des intervenants peut favoriser ou accélérer la perte d'autonomie de l'usager et compromettre son maintien à domicile.

105 Notons que peu de mesures de contrôle visent la qualité des services rendus par les **partenaires externes**. Bien que les CSSS soient responsables d'assurer la qualité de ces services selon la politique de soutien à domicile, seules quelques mesures sont prévues pour évaluer ceux offerts par les entreprises d'économie sociale. Pourtant, dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière, il s'agit du principal mode de prestation des services à domicile, soit 56 et 72 % de toutes les heures de services effectuées. D'autre part, les CSSS n'exercent aucun contrôle sur les services rendus par les **employés engagés de gré à gré**. En fait, ils sont dégagés de toute responsabilité légale puisque ces employés ne sont pas soumis à leur autorité. C'est la personne âgée qui est considérée comme un employeur : elle sélectionne l'employé et s'assure de la qualité des services qu'il rend.

Les services rendus par les partenaires externes représentent 45 % de l'aide à domicile pour l'ensemble du Québec, ce qui inclut ceux rendus par les employés engagés de gré à gré qui sont de l'ordre de 18 %.

106 Par ailleurs, les agences et les CSSS vérifiés effectuent très peu de sondages auprès des usagers et des proches aidants. En 2007, l'agence de Montréal a évalué la satisfaction des usagers recevant des soins à domicile pour tous ses CSSS. Le CSSS du Sud de Lanaudière, de son côté, a réalisé un sondage portant sur l'ensemble des services à domicile en 2008.

107 Outre les sondages réalisés de façon ponctuelle, les CSSS ont l'obligation d'en effectuer d'autres de façon régulière. En effet, le processus d'agrément exige que les CSSS réalisent, tous les trois ans, des sondages sur la **satisfaction des usagers**, y compris ceux recevant des services à domicile. Toutefois, une faible proportion des usagers bénéficiant de tels services participent à ces sondages. À titre d'exemple, au CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, les personnes âgées (tant celles qui sont hébergées que celles recevant des services à domicile) ne représentent que 16,4 % de la clientèle sondée.

L'Organisation mondiale de la Santé place la satisfaction des usagers au cœur de sa définition de la qualité des soins.

108 Par comparaison, d'autres administrations publiques ont mis en place différentes mesures afin de favoriser la qualité des services à domicile et de l'évaluer. Voici des exemples.

Administration publique	Mesures
Allemagne et Danemark	<ul style="list-style-type: none"> ■ Au moins une visite par année est effectuée au domicile de l'utilisateur afin de vérifier de quelle manière l'aide est apportée. Elle permet de s'assurer de la bonne utilisation des fonds publics.
Ontario	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des contrats sont conclus avec les fournisseurs de services, lesquels prévoient des mesures de contrôle de la qualité : visites des locaux des fournisseurs, examens des données relatives au rendement (par exemple, le pourcentage de visites manquées), suivi des plaintes formulées par les usagers, leur famille et la collectivité et sondages sur la satisfaction de la clientèle. ■ Des rapports présentant les résultats de 11 indicateurs de qualité sont publiés annuellement. Plusieurs thèmes y sont abordés, dont les temps d'attente et les chutes. La publication de tels rapports favorise la transparence et la responsabilisation dans le système de santé.
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Colombie-Britannique a créé un registre des aides-soignants et des travailleurs offrant des soins communautaires. L'objectif est de protéger les usagers vulnérables à l'échelle de la province.

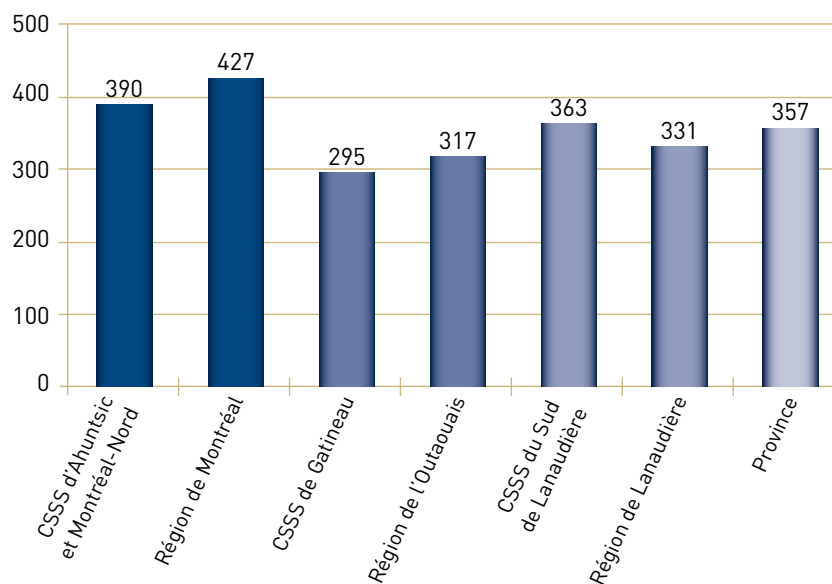
Financement

109 Le MSSS n'a pas évalué si les fonds alloués sont suffisants pour offrir les services prévus dans la politique de soutien à domicile, tant pour les besoins actuels de la clientèle que pour ses besoins futurs. Les CSSS vérifiés, de leur côté, n'ont pas déterminé les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins des usagers à cet égard.

110 Chaque CSSS reçoit une enveloppe budgétaire de l'agence de sa région et la répartit entre les différents programmes-services (Santé physique, Santé mentale, PALV, etc.). Cette enveloppe est une reconduction d'un budget historique indexé et elle n'est pas établie en fonction des besoins de la population. De son côté, l'agence se voit allouer une enveloppe annuelle globale du MSSS, dont le montant est principalement basé sur le budget de l'année précédente, lequel a été indexé. De façon ponctuelle, elle reçoit également un budget de développement qui tient compte des besoins de la population. Bien que le MSSS tende à diminuer les écarts de richesse entre les régions, ceux-ci existent toujours.

111 Actuellement, les sommes affectées aux services à domicile varient beaucoup selon les régions et les CSSS, et les écarts ne sont pas nécessairement liés à la richesse relative de chaque agence et de chaque établissement. En 2011-2012, la variation était de 35 % entre la région visitée où les dépenses par personne de 65 ans et plus étaient les plus élevées et celle où ces dépenses étaient les moins élevées. La figure 4 présente pour l'année 2011-2012 les dépenses moyennes par personne de 65 ans et plus pour les CSSS vérifiés, leur région respective et l'ensemble des établissements.

Figure 4 Dépenses moyennes¹ liées aux services à domicile par personne de 65 ans et plus en 2011-2012 (en dollars)



1. Les dépenses moyennes ont été calculées à partir des dépenses directes annuelles (499 millions de dollars) moins les dépenses allouées aux organismes communautaires (34 millions).

Sources : Données provenant de systèmes d'information du MSSS et Institut de la statistique du Québec.

112 Plusieurs personnes du réseau de la santé et des services sociaux nous ont mentionné que les ressources financières allouées aux services à domicile étaient insuffisantes pour répondre aux besoins. Toutefois, aucune analyse démontrant ce manque de ressources n'a été effectuée.

113 D'autre part, le ministère n'a pas évalué le coût de mise en œuvre des orientations énoncées dans sa politique de soutien à domicile. De plus, il n'a pu nous fournir d'analyse concernant les fonds qui seront nécessaires au cours des **prochaines années** pour financer les services à domicile en fonction de la croissance prévue de la population âgée. Le MSSS est en réflexion à ce chapitre. Il considère différentes avenues, mais aucune mesure concrète n'a encore été adoptée.

Dans son rapport sur les services à domicile publié en 2000-2001, le Vérificateur général mentionnait que la couverture de tous les services d'aide à domicile était largement remise en cause, compte tenu de l'augmentation prévisible de la clientèle au cours des prochaines années et des ressources limitées.

Selon l'OCDE, le Québec se situait en 2009-2010 dans la moyenne inférieure des pays membres en matière d'investissement dans les services à domicile.

114 Comme nous l'avons mentionné précédemment, les soins et services professionnels sont fournis gratuitement aux citoyens. Toutefois, les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique peuvent faire l'objet d'une tarification. Au Québec, ces services sont offerts sans frais aux personnes âgées en perte d'autonomie sous certaines conditions. En 2011-2012, les dépenses directes liées à ce type de services ont représenté 38 % du montant total investi dans les services à domicile offerts aux personnes âgées.

115 Composant avec la même réalité, d'autres administrations publiques ont choisi différentes avenues afin d'assurer la pérennité de leurs **services à domicile**. Par exemple, six provinces canadiennes ont opté pour la tarification de certains services d'aide à domicile. Le Royaume-Uni et la Suède, de leur côté, ont récemment restreint l'ampleur de l'aide publique à domicile, mais non la quantité totale d'aide fournie. Celle-ci se concentre de plus en plus sur les personnes les moins autonomes puisque ces pays considèrent que l'aide à domicile fournie de manière intensive est plus efficace pour maintenir ces personnes à domicile.

Recommandations

116 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère, qui devra les mettre en œuvre en collaboration avec les agences.

- 11** Effectuer un suivi des orientations relatives aux services à domicile afin d'en assurer la mise en œuvre.
- 12** Établir des standards de services, d'accès, de qualité et d'efficience pour les services à domicile.
- 13** Déterminer le financement nécessaire pour les services à domicile en fonction des orientations et des besoins actuels et futurs de la clientèle.
- 14** Mettre en place des mécanismes permettant de s'assurer d'une prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité lorsque ceux-ci sont rendus par des partenaires externes.
- 15** Suivre régulièrement la performance des établissements dans l'atteinte des standards établis pour les services à domicile.

117 La recommandation suivante s'adresse aux établissements vérifiés.

- 16** S'assurer que chaque usager reçoit des services appropriés, de qualité et bien coordonnés lorsqu'ils sont offerts par plusieurs intervenants.

Commentaires des entités vérifiées

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 a accueilli favorablement le rapport du Vérificateur général et est en accord avec les recommandations qui y sont formulées. D'ailleurs, comme mentionné dans notre réponse au rapport de vérification précédent portant sur les services d'hébergement et lors de la commission parlementaire qui s'est déroulée en avril dernier, le MSSS a déjà entrepris divers travaux afin de poursuivre l'effort d'amélioration des soins et des services destinés aux personnes âgées.

« Afin de faire face au phénomène démographique qu'est le vieillissement de la population, le MSSS travaille actuellement à formuler des orientations renouvelées pour améliorer la qualité des services aux aînés et aux adultes en perte d'autonomie et mieux répondre à leur désir de demeurer à domicile le plus longtemps possible. À cet égard, trois démarches d'envergure sont en cours, soit la création d'une assurance autonomie, la rédaction d'une politique nationale sur le soutien à l'autonomie et l'élaboration d'une offre de services destinée aux aînés qui abordera notamment le soutien à domicile.

« En ce qui concerne la création d'une assurance autonomie, le gouvernement prévoit rendre public un livre blanc dans les prochaines semaines afin d'exposer sa vision pour répondre au défi du vieillissement accéléré de la population. Entre autres, il y est mentionné qu'il est nécessaire d'opérer un certain nombre de transitions pour mieux répondre à la volonté des personnes d'avoir accès aux services que leur état requiert, dans le milieu où elles résident, et sécuriser le financement dédié à cette clientèle, et ce, dans le respect des capacités financières de l'État à répondre à une telle demande.

« Quant à la politique nationale et à l'offre de services, les orientations contenues dans ces deux documents permettront de préciser les rôles et responsabilités des différents dispensateurs de services et de définir des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Les trois démarches et le suivi qui en sera effectué permettront de répondre non seulement aux lacunes observées par le Vérificateur général, mais seront de plus très porteurs d'une réelle modification des façons de faire auprès des personnes âgées. Dans un même temps, le MSSS et les agences poursuivent la mise en place des composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées et de sa solution informatique. Ces travaux permettront d'améliorer la qualité et le suivi de la trajectoire des services offerts à cette clientèle.

«Toujours dans un souci d'amélioration de la qualité des services, il est également important de souligner que le MSSS et le réseau ont mis en place plusieurs mesures de soutien à l'intervention et se sont dotés de mécanismes pour s'assurer de la qualité des soins et des services dispensés à domicile par le personnel des CSSS. À titre d'exemples, mentionnons notamment le comité de vigilance et de la qualité, l'agrément, la gestion des risques et la sécurité des patients mis en œuvre dans les CSSS et qui couvrent les activités à domicile. De plus, un régime d'examen des plaintes s'applique à tous les usagers du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, il est également prévu de mettre en place un processus d'appréciation et de reconnaissance de la qualité pour les prestataires externes.

«Au-delà de ces travaux, des sommes additionnelles ont été allouées à ce secteur d'activité au cours des dernières années. Ainsi, un investissement de 110 millions de dollars en soutien à domicile a été annoncé le 21 novembre 2012. Nous devons aussi souligner que le MSSS a accordé une priorité à l'optimisation et à l'accessibilité aux services dans son plan stratégique 2010-2015. Ainsi, on retrouve un objectif visant l'optimisation des services de soutien à domicile, soit une augmentation de 10 % du nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services. Les services de soutien à domicile aux personnes âgées sont inclus dans cette cible qui a été reprise dans les ententes de gestion et d'imputabilité liant le MSSS et les agences. Le MSSS a aussi spécifié aux agences que, pour ce faire, il est nécessaire de mettre en œuvre de manière coordonnée et intégrée un ensemble d'opérations et de moyens qui permettront d'augmenter la productivité. C'est pourquoi les agences de la santé et des services sociaux ont déposé au MSSS, en septembre 2011, un plan d'action sur l'optimisation et que, depuis, un suivi annuel est effectué. De plus, toujours 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". Cet engagement s'inscrit dans l'esprit de la *Loi sur l'administration publique* et est cohérent avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. À cet égard, le MSSS a diffusé, en novembre 2012, le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Des travaux spécifiques portant sur la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie viennent de débiter.

«Bien que le MSSS accepte les recommandations formulées dans le rapport du Vérificateur général, nous considérons par ailleurs important de nuancer certains constats.

«Le Vérificateur général mentionne que, dans les 46 dossiers examinés, il n'a pas trouvé de lien entre le nombre d'heures allouées à l'utilisateur et les notes accordées. Selon le MSSS, la corrélation ne peut se faire. Le plan d'intervention vient cibler les services à offrir afin de diminuer la situation de handicap en lien avec les incapacités. Par exemple, il se peut que l'aide au bain soit refusée par l'utilisateur et sa famille, même si elle est déterminée comme un besoin, parce que l'utilisateur et sa famille ont convenu que ce service relèverait d'eux.

« Selon le MSSS, le repérage des personnes vulnérables et l'information à la population sont deux concepts différents. Le repérage vise à identifier les personnes à risque ou en perte d'autonomie, mais dont on ne connaît pas l'état, état qui peut se détériorer rapidement si aucune intervention n'est effectuée. Rendre disponible de l'information sur le site Internet des établissements ne peut, à notre avis, répondre à cet objectif.

« Enfin, dans la section sur le financement, le MSSS maintient sa position à l'effet que la répartition des ressources doit considérer l'ensemble des activités dédiées à cette clientèle, car elle assure l'équité au niveau des ressources financières accordées aux régions, et ce, indépendamment des choix d'organisation de services établis antérieurement. »

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

« Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour le calcul des délais d'attente, il faudra s'assurer que la méthode choisie utilise les systèmes d'information déjà disponibles pour ne pas multiplier les outils et les saisies à réaliser. Cette proposition nous semble essentielle afin que le plus d'intervenants possible soient dévolus aux soins directs et non à la double saisie des données. Dans le but d'atteindre notre objectif, le rehaussement des systèmes en place de façon provinciale pourrait être envisagé (I-CLSC/RSIPA – seule la première phase étant déployée jusqu'à présent).

« **Optimisation des services à domicile.** Le développement du système RSIPA devrait permettre une interopérabilité entre les différents systèmes d'exploitation et une communication entre les bases de données des différents établissements et partenaires du réseau. Cela augmenterait l'efficacité et la validité des données et des indicateurs, car les renseignements concernant un même usager doivent souvent être saisis dans plusieurs systèmes et peuvent différer de l'un à l'autre. De plus, certains taux sont calculés avec un numérateur et un dénominateur venant de deux systèmes d'information différents.

« Nous tenons à vous mentionner que des travaux intensifs en lien avec les cibles d'optimisation en soutien à domicile ont été réalisés dans notre région. Nous avons déjà mis en place des plans d'optimisation en soutien à domicile, et ce, pour les deux CSSS. Un comité régional assurant le suivi, le partage de l'expertise et l'analyse des résultats se rassemble neuf fois par année. Les CSSS de la région ont d'ailleurs bénéficié, pour les deux dernières années, de la présence d'une accompagnatrice régionale en appui au projet d'optimisation en soutien à domicile. Cette personne a favorisé la concertation régionale. Elle a aussi permis la liaison et le partage d'expertise entre les acteurs de diverses régions.

« **Encadrement des services à domicile.** Régionalement, notre processus d'harmonisation du soutien à domicile vise à assurer la mise en œuvre des orientations ministérielles selon les ressources mises à notre disposition, tout en assurant une réponse aux besoins harmonisée et équitable.

« Le MSSS et la région de Lanaudière se sont tous deux dotés de tableaux de bord en lien avec le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Les indicateurs pertinents qui ne s'y retrouvent pas déjà pourraient y être ajoutés. Il est d'ailleurs recommandé aux établissements de mesurer le taux de réponse aux besoins. Cela devrait être fait de concert avec le ministère, afin d'avoir des cibles uniformes entre les régions. Des balises ministérielles pourraient soutenir les efforts d'optimisation déployés dans les CSSS.

« À l'égard du financement, la nouvelle politique d'assurance autonomie devrait répondre à cette orientation. Afin d'assurer la qualité et la sécurité des services dispensés par des partenaires externes, la capacité des usagers à faire l'autogestion du chèque emploi-service est évaluée, des formations sont offertes par les CSSS aux travailleurs des entreprises d'économie sociale offrant de l'aide à domicile et des ententes écrites, incluant des balises de qualité, sont conclues avec ces derniers et le seront également, sous peu, avec les résidences privées pour aînés.

« L'agence, en collaboration avec les CSSS, s'est munie d'un tableau de bord de suivi de l'ensemble du continuum du programme SAPA, incluant, bien entendu, le soutien à domicile. Le suivi se fait lors des rencontres du comité régional en soutien à domicile. La problématique demeure cependant entière concernant les comparaisons entre les régions qui pourraient être faites à partir de ces tableaux. Par contre, les données recueillies ne tiennent pas compte de l'historique dans l'organisation des services, des différentes manières dont les données sont comptabilisées à travers les régions, des enjeux sociodémographiques et des dimensions cliniques (pauvreté, isolement social, ruralité) qui impactent ces indicateurs. Pour bien répondre aux recommandations du Vérificateur général, certains indicateurs de performance pourraient également y être ajoutés. »

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

« **Commentaires généraux.** Les trois axes du rapport et les recommandations s'y rattachant sont pertinents et très intéressants.

« **Optimisation des services à domicile.** Concernant le paragraphe numéro 55, il est écrit ceci : « Dans la région de Montréal, mentionnons que trois contrats totalisant 1,4 million [...] ont été attribués à la même firme sans appel d'offres, ce qui n'est pas conforme. » Il est important de préciser que ces trois contrats ont été octroyés en 2010 et en 2011. La situation est en amélioration depuis 2012, notamment quatre contrats totalisant 1,9 million de dollars ont été octroyés à cette firme suite à un appel d'offres public.

« Concernant la section “Productivité des employés”, nous reconnaissons le besoin d'optimiser le travail des différentes catégories d'intervenants et constatons que cela est en voie de réalisation. Lors de l'analyse des différentes données, il est important de considérer les caractéristiques du système d'information I-CLSC et la nature du travail à domicile. En effet, les travaux d'optimisation en soutien à domicile menés dans notre région ont mis en évidence que le

système d'information clientèle I-CLSC permet de bien documenter les interventions directes effectuées auprès des usagers. Toutefois, il ne permet pas d'apprécier, à sa juste valeur, l'ensemble du travail réalisé par les intervenants puisqu'il ne rend pas compte de toutes les interventions professionnelles requises pour l'usager, notamment les nombreuses démarches indirectes pour créer et coordonner le réseau de services autour de la personne ou pour adapter son environnement, et nécessaires à des services à domicile de qualité et sécuritaires. Cela mérite une réflexion. Un des enjeux au niveau des indicateurs de productivité est de préciser des cibles adaptées, quant à la nature du travail des différentes catégories d'intervenants en soutien à domicile ainsi qu'aux caractéristiques du système d'information I-CLSC.»

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

« **Optimisation des services à domicile.** Le partage des outils de gestion et de l'expertise développés lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des CSSS doit effectivement se faire entre les établissements d'une même région, mais une plate-forme provinciale devrait également être développée pour permettre le partage des connaissances acquises et des expériences réalisées entre les régions du Québec (MSSS, agences et établissements).

« **Encadrement des services à domicile.** Les cibles des établissements devraient être revues en fonction des services devant effectivement être rendus par les établissements. Le fait de ne pas avoir rencontré les cibles établies en 2009-2010, associé à l'optimisation qui y est rajoutée, peut faire en sorte que les modes de dispensation de services en découlant ne soient pas pleinement adaptés aux besoins et aux volumes de clientèle sur chaque territoire. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

« **Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.** Effectivement, le processus de repérage doit être revu et repensé afin de le déployer à tous les niveaux de notre CSSS, en définissant les rôles et responsabilités de chacun des intervenants ciblés du continuum. Cette action est intégrée dans notre démarche d'optimisation des soins et des services.

« Nous avons eu le portrait de la qualité relié à l'utilisation de l'outil multiclientèle par les intervenants de notre CSSS lors de la démarche d'évaluation régionale. Les résultats démontrent que la compréhension des raisons d'utilisation de cet outil peut varier d'un secteur à l'autre, par exemple en centre hospitalier *vs* en soutien à domicile. Nous collaborons via le comité RSIPA régional aux travaux d'élaboration d'une formation qui harmonisera les pratiques internes de nos intervenants, permettant ainsi une utilisation selon les meilleures pratiques.

Tous les plans d'intervention sont en version papier et non intégrés à la version informatique RSIPA, ce qui rend difficile le suivi de tous les dossiers de tous les intervenants. Notre réflexion se porte sur la possibilité de faire des audits de dossiers. Il serait cependant intéressant de pouvoir avoir un champ de saisie de cette information dans la version informatique RSIPA. Cela faciliterait nos suivis d'avoir accès à un rapport informatique donnant un portrait rapide et périodique de notre situation.

« En ce qui a trait à l'accès aux services à domicile, nous avons également commencé la révision du fonctionnement de notre accueil centralisé et cela touchera les guichets d'accès et les processus qui y sont reliés. Actuellement, il n'existe pas d'outil pour effectuer ce calcul.

« **Optimisation des services à domicile.** Nous sommes conscients de l'ampleur du travail à réaliser. À cette fin, nous avons débuté à l'automne 2011 par une observation directe de l'organisation du travail et de notre gestion des processus afin d'avoir un premier portrait de notre situation. Par la suite, nous avons entrepris en février 2012 une démarche d'optimisation de nos soins et services. Nos travaux ont touché principalement la gestion opérationnelle de nos secteurs, nos outils d'aide à la gestion ainsi que le développement de nouveaux outils. Ils ont permis d'avoir de l'information qui ne nous était pas accessible et qui pourtant facilite les suivis.

« C'est à partir de ce moment que la portée de notre analyse est devenue plus tangible. Dans les faits, nous avons peu d'outils d'aide à la gestion, nous devons les développer et s'assurer que nos données sont fiables tout en reflétant notre réalité. Il serait intéressant de pouvoir faire évoluer les logiciels que nous utilisons présentement afin d'obtenir nos informations de gestion sans devoir manipuler différents systèmes, transférer des données, etc. Nous sommes au tout début de notre démarche, car il a fallu nous assurer que l'entrée des données et la codification étaient effectuées avec la même compréhension par tous les intervenants et par nos pilotes du système I-CLSC.

« Nous poursuivons la formation et l'information afin de nous assurer que cette compréhension est harmonisée dans tous nos secteurs en raison des mouvements de personnel. Des cibles relatives aux interventions et aux visites ont été instaurées et un suivi régulier en est fait. Cependant, là aussi nous devons être vigilants en raison des mouvements de personnel et de la lourdeur de la clientèle, qui font en sorte que certaines interventions sont plus complexes et nécessitent un suivi plus étroit ainsi qu'une collaboration interdisciplinaire professionnelle auprès d'un client. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte et le travail d'un professionnel est très large et comporte de multiples facettes.

« Nous ne sommes pas encore à l'étape de pouvoir analyser nos résultats en considérant notre volume de services rendus, la qualité et le coût en relation avec notre capacité. Bien que nous ayons accès à un portrait régional, nous aimerions pouvoir bénéficier de ces données de façon périodique en temps réel. Il est aussi prévu de mettre en place un groupe de travail touchant la performance. Enfin, nos résultats actuels démontrent une amélioration de notre accessibilité

pour toutes les professions, et nos travaux se poursuivront dans ce sens selon notre plan d'action : révision du processus de la charge de cas, terminer l'information de nos listes d'attente afin de structurer notre gestion et nos suivis.

« **Encadrement des services à domicile.** En matière de prestation de services à domicile sécuritaires et de qualité, nous avons régulièrement des rencontres avec certains partenaires, et de la formation est disponible pour le volet de la loi 90 concernant les activités confiées. Nous acceptons ces recommandations, car des améliorations peuvent être apportées et elles seront intégrées dans notre plan d'action. En ce qui a trait à la performance des services à domicile, cela fait partie de nos travaux qui sont en cours. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

« **Commentaires généraux.** Nous avons analysé attentivement le rapport et nous avons constaté que celui-ci représente très bien notre réalité. Les recommandations sont très pertinentes et nous sommes en accord avec celles-ci. »

Commentaires du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

« **Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.** Nous convenons que le repérage peut être plus élargi dans notre CSSS, mais il est important de préciser que le repérage doit être élargi de façon à être adapté à notre capacité de prise en charge.

« Au CSSS du Sud de Lanaudière, les usagers recevant des services à domicile ont tous une évaluation des besoins (OEMC), bien qu'elle ne soit pas nécessairement à jour dans 100 % des cas. De plus, nous faisons des suivis importants afin de nous assurer que l'évaluation est à jour et que les plans d'intervention sont documentés et à jour. À titre d'exemple, nous sommes passés de 530 plans d'intervention documentés en 2011-2012 à 1 179 en 2012-2013.

« En ce qui a trait à l'amélioration de l'accès aux services à domicile, nous croyons que ces mesures doivent être sous l'initiative du MSSS afin d'uniformiser la méthode de mesure et les cibles et nous souhaitons, comme CSSS, être associés à une telle démarche.

« **Optimisation des services à domicile.** En ce qui a trait à l'analyse de la performance des services à domicile, nous sommes partiellement en accord avec l'énoncé. Nous analysons déjà les volumes de façon périodique, et les coûts de façon plus ponctuelle. Nous convenons qu'il serait opportun de les analyser de façon plus systématique.

« L'analyse de la qualité comporte plusieurs dimensions. Au niveau national, il faudrait compter sur des lignes directrices identifiant les axes liés à la qualité devant être analysés. Enfin, en ce qui a trait à l'optimisation de l'organisation du travail afin d'accroître les heures de services à domicile en présence des usagers, nous sommes en processus à ce sujet via les travaux d'optimisation.

« **Encadrement des services à domicile.** Le CSSS a des ententes formelles précisant des éléments de sécurité et de qualité. Des formations incluant des partenaires externes se tiennent au besoin selon les ressources disponibles, par exemple la formation PDSB [principes de déplacements sécuritaires de bénéficiaires], des activités de la loi 90 et des interventions auprès de personnes présentant des troubles cognitifs. Enfin, au niveau de la performance des services à domicile, nous suivons nos résultats via un tableau de bord périodique, mais nous convenons qu'il y a des améliorations à apporter en particulier au niveau du coût d'intervention. »

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Annexe 2 Principaux rôles et responsabilités des acteurs

Annexe 3 Diverses données sur les services à domicile offerts aux personnes âgées en 2011-2012

Sigles

CSSS Centre de santé et de services sociaux

ETC Équivalent temps complet

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

PALV Perte d'autonomie liée au vieillissement

PEFSAD Programme d'exonération financière
pour les services d'aide domestique

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*, sur la *Loi sur le développement durable* et 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 de travail 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 afin que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, des services à domicile sécuritaires et de qualité.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les objectifs et les orientations concernant les services à domicile sont déterminés et un suivi est réalisé afin d'en assurer la mise en œuvre. ■ Les standards quant à l'offre de services à domicile, à l'accès à ces services, à la qualité ainsi qu'à l'efficacité et à l'efficience sont définis et diffusés. Ils reposent sur le principe que chaque citoyen a droit au même service pour des besoins équivalents. ■ Les services à domicile couverts par l'État sont précisés et communiqués aux citoyens. ■ Un mécanisme central de contrôle de la qualité est en place afin d'assurer aux usagers une prestation sécuritaire des services à domicile. ■ Des fonds sont alloués aux services à domicile en fonction des orientations déterminées et un contrôle des sommes spécifiquement destinées à ces services est réalisé.
S'assurer que les CSSS vérifiés, en collaboration avec les partenaires du milieu, rendent des services à domicile sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins de la clientèle, et ce, en temps opportun et de façon équitable.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent les services à domicile dont elles ont besoin, et ce, en temps opportun et de façon équitable. ■ Les services à domicile font l'objet de mesures de contrôle suffisantes afin d'assurer des services sécuritaires et de qualité.
S'assurer que les CSSS optimisent l'utilisation des ressources humaines, informationnelles et financières allouées aux services à domicile.	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'organisation du travail et la coordination des ressources humaines favorisent l'optimisation des ressources. ■ Les sommes allouées aux services à domicile offerts aux personnes âgées sont utilisées aux fins prévues et les services sont rendus au meilleur coût possible, lequel doit tenir compte de la qualité des services et de la complexité des besoins. ■ Les systèmes d'information en place permettent aux différents intervenants d'avoir accès, de façon efficiente, au dossier de l'utilisateur, lequel inclut l'évaluation des besoins, le plan d'intervention, les services rendus et le suivi effectué.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de Montréal et de l'Outaouais ainsi que des CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, de Gatineau et du Sud de Lanaudière. Nous avons choisi les établissements vérifiés en fonction de leurs modes de prestation des services à domicile, du coût à l'heure de ceux-ci et de l'importance de la région.

Les résultats de la vérification ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements de la province, mais les constats retenus dans ce rapport méritent l'attention de tous les intervenants.

Lors de notre vérification, nous avons analysé des données financières et des données relatives aux activités, lesquelles sont accessibles entre autres dans les systèmes d'information du MSSS, des agences et des établissements vérifiés. Les systèmes étant sous la responsabilité de l'une ou de l'autre de ces entités, les données n'ont pas fait l'objet d'une vérification de notre part quant à leur fiabilité et à leur intégralité. Nous avons aussi effectué des entrevues auprès de 83 membres du personnel de ces entités, examiné des documents et observé les pratiques en vigueur. Nous avons également fait des comparaisons avec d'autres établissements du Québec et d'autres administrations publiques.

De plus, nous avons rencontré des représentants de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, d'une entreprise d'économie sociale offrant de l'aide domestique et d'une entreprise privée fournissant de l'aide à domicile.

Nos travaux se sont déroulés principalement de juin 2012 à mars 2013. Notre vérification a porté sur les activités des exercices 2011-2012 et 2012-2013, mais certaines analyses ont trait à des situations antérieures à cette période.

Annexe 2 Principaux rôles et responsabilités des acteurs

Ministère de la Santé et des Services sociaux	<p>Le ministre¹ détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. En matière de soins à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie, il doit entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ établir des politiques, voir à leur mise en œuvre par les agences et en effectuer une évaluation ; ■ diffuser auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience ; ■ répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions en fonction de la population ; ■ approuver le plan de répartition des ressources financières des agences et voir au contrôle de leur utilisation ; ■ prendre les mesures nécessaires pour assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ; ■ assurer la coordination interrégionale des services en vue notamment de favoriser leur accessibilité ; ■ déterminer, dans une entente de gestion conclue avec une agence, les objectifs que cette dernière doit atteindre et exercer une surveillance à cet égard.
Agence de la santé et des services sociaux	<p>L'agence est responsable de coordonner 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 doit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ assurer la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux et soutenir les établissements dans l'organisation des services ; ■ allouer les budgets destinés aux établissements et les subventions aux organismes communautaires ; ■ s'assurer de la coordination des services avec ceux offerts dans les autres régions et de la mise en place de mécanismes de référence entre les établissements ; ■ assurer la gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ; ■ développer des outils de gestion et d'information pour les établissements ; ■ rendre compte au ministre des résultats des objectifs énoncés dans l'entente de gestion conclue avec celui-ci et effectuer le suivi des ententes signées avec les établissements ; ■ évaluer l'efficacité des services de santé, le degré d'atteinte des objectifs et le degré de satisfaction des usagers ; ■ déterminer, en tenant compte des orientations ministérielles, les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région ; ■ s'assurer que les établissements de sa région remplissent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers.

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

Centre de santé et de services sociaux	<p>Conformément aux orientations ministérielles, aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi qu'aux ressources disponibles, le CSSS d'un territoire, à titre d'instance locale, doit :</p> <ul style="list-style-type: none">■ établir les besoins de la population sur son territoire et cibler les objectifs à atteindre pour améliorer la santé de celle-ci ;■ déterminer l'offre de services requise (services généraux, spécialisés et surspécialisés) pour répondre aux besoins, les modes d'organisation et la contribution attendue de ses différents partenaires ;■ prendre en charge les usagers afin d'assurer une continuité des services ;■ assurer une prestation de services continus, accessibles, sécuritaires et respectueux afin de réduire les problèmes de santé ;■ établir un plan d'intervention ou un plan de services individualisé, lorsqu'ils sont requis, en collaboration avec l'utilisateur ;■ établir annuellement la répartition de ses ressources financières entre les différents postes budgétaires suivant les besoins de l'organisation et en rendre compte à l'agence ;■ assurer la coordination des services requis ;■ définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers ;■ instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents partenaires ;■ prendre en charge, accompagner et soutenir les usagers afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local, la continuité des services que requiert leur état.
---	---

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

Annexe 3 Diverses données sur les services à domicile offerts aux personnes âgées en 2011-2012

Régions	Population de 65 ans et plus	Nombre d'usagers différents	Nombre moyen d'heures par usager différent	Dépenses annuelles		Heures moyennes annuelles selon le nombre d'usagers par type de services		Pourcentage des heures de services d'aide à domicile rendus		
				Totales (M\$)	Par personne de 65 ans et plus (\$)	Par usager différent (\$)	Services professionnels	Aide à domicile	Par le CSSS	Par d'autres fournisseurs
Bas-Saint-Laurent	40 607	6 846	16,0	20,0	493	2 924	5,7	33,4	86	14
Saguenay-Lac-Saint-Jean	49 456	7 474	19,7	20,0	405	2 679	7,8	41,7	43	57
Capitale-Nationale	126 613	16 591	24,3	51,1	403	3 078	4,7	81,6	68	32
Mauricie et Centre-du-Québec	96 674	14 663	20,2	38,9	402	2 653	6,2	52,2	74	26
Estrie	55 401	7 352	25,3	28,5	514	3 872	6,2	100,6	58	42
Montréal	306 198	51 028	33,0	168,7	551	3 305	6,5	96,4	49	51
Outaouais	49 920	5 908	21,3	20,7	414	3 498	5,9	54,0	73	27
Abitibi-Témiscamingue	22 480	4 324	21,2	14,3	635	3 301	7,5	41,4	75	25
Côte-Nord	14 217	2 266	25,8	8,8	618	3 879	8,0	61,4	66	34
Nord-du-Québec	1 590	225	50,1	1,9	1 167	8 249	14,4	122,4	71	29
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	20 202	3 694	32,4	11,6	572	3 129	6,8	68,5	52	48
Chaudière-Appalaches	70 228	9 832	19,0	31,0	442	3 157	5,8	48,6	66	34
Laval	63 609	8 497	27,9	30,2	475	3 554	7,8	94,5	79	21
Lanaudière	70 272	9 483	35,1	27,9	397	2 939	5,3	101,6	38	62

Régions	Population de 65 ans et plus	Nombre d'usagers différents	Nombre moyen d'heures par usager différent	Dépenses annuelles		Heures moyennes annuelles selon le nombre d'usagers par type de services		Pourcentage des heures de services d'aide à domicile rendus		
				Totales (M\$)	Par personne de 65 ans et plus (\$)	Par usager différent (\$)	Services professionnels	Aide à domicile	Par le CSSS	Par d'autres fournisseurs
Laurentides	84 500	10 893	27,6	34,1	404	3 133	7,1	86,7	46	54
Montréal	227 670	26 842	26,6	84,3	370	3 141	6,8	97,8	43	57
Nunavik	414	n.d.	n.d.	3,1	7 392	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	865	n.d.	n.d.	3,7	4 271	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total ¹	1 300 916	185 918		598,6						
Moyenne ¹			26,9		460	3 183	6,4	79,0	55	45

1. Les totaux et les moyennes excluent les données non disponibles.

Sources : Données provenant de systèmes d'information du MSSS et Institut de la statistique du Québec.

