



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



Cadre de référence régional Soutien à domicile



Région 10

Nord-du-Québec



Décembre 2007

Adopté au conseil d'administration le 22 janvier 2008

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier spécialement tous les professionnels qui interviennent de près ou de loin au programme « Soutien à domicile » et qui ont investi généreusement temps et expertise à ce projet. Ce fut très apprécié et je vous en suis très reconnaissante.

Colette Girard, chargée de projet

agente de planification et organisation des services,
Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement
Direction des soins infirmiers et des programmes,

COMITÉ DE TRAVAIL RÉGIONAL

CS Chibougamau	Danielle Desjardins, coordonnatrice des services sociaux et santé mentale Suzie Potvin, agente de relations humaines soutien à domicile Marie-Josée Laforge, chef d'équipe soutien à domicile
CS René-Ricard	Nathalie Boisvert, chef des programmes et services Jacynthe Gosselin, chef d'équipe soins infirmiers soutien à domicile
CS Lebel	Nicole Mérizzi, chef des programmes et services Lyne St-Pierre, chef d'équipe soutien à domicile
CS Isle-Dieu	Nicole Auger, chef des programmes et services
Centre administratif	Véronique Villeneuve, agente de planification et organisation de services, programme déficience physique Direction des affaires médicales, sociales et services professionnels

SOUS-COMITÉ DE TRAVAIL

CS Chibougamau	Christine Laprise, auxiliaire familiale Suzie Potvin, agente de relations humaines Marie-Josée Laforge, chef d'équipe soutien à domicile
CS René-Ricard	Caroline Gagnon, agente de relations humaines
CS Lebel	Lyne St-Pierre, chef d'équipe soutien à domicile Lise Lord, auxiliaire familiale

Équipe de direction

Équipe technique secrétariat

Partenaires

Merci à M^{me} Suzie Lebel, infirmière SAD et chargée de projet, qui a collaboré initialement au projet d'élaboration du cadre de référence en soutien à domicile.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC	2
CONTEXTE RÉGION NORD-DU-QUÉBEC	3
Territoire desservi	5
LES ORIENTATIONS RÉGIONALES DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES	6
La mission	7
LE PLAN D'ORGANISATION DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES	8
PARTIE 2 LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	11
PARTIE 3 L'ORGANISATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DU CRSSS DE LA BAIE- JAMES	15
DÉFINITION ET NATURE DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	15
OBJECTIFS VISÉS PAR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE.....	16
LA CLIENTÈLE	16
NOTION DE DOMICILE.....	17
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	18
ÉVALUATION DES BESOINS.....	21
DESCRIPTION DU CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN À DOMICILE	24
TABLEAU 1 CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN À DOMICILE	27
GAMME DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE STANDARDISÉE	28
Les soins et services professionnels.....	28
Les services de soutien à domicile	30
FOURNISSEURS DE SERVICES	31
<u>Tableau 2</u> Situation recherchée pour la prestation des services de soutien à domicile.....	33
Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) et recours aux entreprises d'économie sociale.....	34
Allocation directe.....	34
LES SERVICES AUX PROCHES-AIDANTS	35
LE SUPPORT TECHNIQUE	37
COORDINATION DES SERVICES	39
QUALITÉ DES SERVICES	40
CONCLUSION	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	44
ANNEXES	
Annexe 1 Questionnaire PRISMA-7.....	
Annexe 2 Outils d'évaluation multientèle	
Annexe 3 Circulaire du MSSS concernant les services d'aide domestique	
Annexe 4 Entente de service – programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique	
Annexe 5 Circulaire concernant le déplacement temporaire et de déménagement	
Annexe 6 Fiche sur le concept de première ligne	

INTRODUCTION

L'ensemble du système de santé et de services sociaux connaît les transformations qui imposent de revoir notre façon d'organiser, de dispenser et de gérer les services à domicile. Dans son document *Consolidation du modèle d'organisation et de gouverne du CRSSS de la Baie-James* adopté en janvier 2004, notre organisation prévoit l'instauration de modalités pour favoriser la complémentarité des services de première ligne sur l'ensemble du territoire avec la collaboration des partenaires impliqués. Ces partenaires sont autant du domaine communautaire et/ou privé que du réseau public. Le présent document *Cadre de référence régional en soutien à domicile, région Nord-du-Québec* sert à présenter les partenaires impliqués (approche interdisciplinaire), le partage des responsabilités, les ressources requises, les modalités de référence et de suivi, les mécanismes de coordination et de communication pour les services de soutien à domicile de notre territoire.

Cette organisation des services en soutien à domicile doit découler des nouvelles orientations ministérielles, qui viennent remplacer le *Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne* de 1994. Elle est donc basée sur *La Politique de soutien à domicile* du ministère de la Santé et des Services sociaux, déposée en 2003 et autres documentations développées par des partenaires du réseau et associations. Elle est également fondée sur l'expertise des professionnels et collaborateurs des milieux, pour finalement résulter à un cadre de référence à notre image.

Les services de soutien à domicile ne forment pas un nouveau champ d'activités, mais plutôt une manière plus efficace de répondre aux besoins de la clientèle visée, adaptée à la réalité d'aujourd'hui. Aussi, ce cadre de référence arrive dans les équipes en même temps que les projets cliniques qui sont un bon levier pour réviser nos façons de faire et justement les adapter. Cela permet de reconnaître, maintenir et renforcer les expertises déjà existantes dans nos milieux.

Ce document formule donc les balises qui bornent l'action des intervenants dans les programmes de soutien à domicile du CRSSS de la Baie-James. Les administrateurs, gestionnaires, conseillers croient également à la nécessité d'élaborer un cadre de référence en soutien à domicile et sont d'accord pour soutenir les intervenants dans son développement et sa réalisation, toujours dans le but de mieux desservir la communauté du territoire Nord-du-Québec.

Les services de soutien à domicile sont ciblés comme un service de première ligne et comme une assise des services de santé et des services sociaux de demain. Le présent cadre de référence vient consolider cette vision.

Bonne lecture !

PARTIE 1

LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC

CONTEXTE RÉGION NORD-DU-QUÉBEC ¹

Le CRSSS de la Baie-James est l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10). Son territoire, celui de la Baie-James, est immense avec une superficie de 300 000 km². Les Jamésiens sont regroupés principalement dans cinq villes et localités très éloignées les unes des autres : Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson. On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de centre hospitalier, de centre d'hébergement et de soins longue durée, de CLSC, de centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes. Le CRSSS de la Baie-James compte un centre local de services dans chacune de ces communautés :

- Centre de santé René-Ricard - Chapais
- Centre de santé de Chibougamau - Chibougamau
- Centre de santé Lebel - Lebel-sur-Quévillon
- Centre de santé Isle-Dieu - Matagami
- Centre de santé de Radisson - Radisson

Les localités de Valcanton et Villebois font également partie de la région. Le CRSSS de la Baie-James les dessert en ce qui concerne le financement des soins et services et celui des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de services sont assurés par entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux des Aurores boréales de La Sarre. Une infirmière de milieu et un intervenant social oeuvrent dans ces localités depuis 2004.

Les distances entre chaque localité, l'isolement et l'éloignement des grands centres contribuent à rendre difficile l'organisation des services. On ne peut, par exemple, faire beaucoup de partages entre deux villes séparées par des centaines de kilomètres. Cette situation force le maintien des services de base et d'infrastructures dans des localités dont la population est restreinte. De plus, le déplacement des usagers pour les services spécialisés ou les cas d'urgence est une réalité inévitable et entraîne des coûts que l'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres régions.

¹ CRSSS de la Baie-James. *Plan d'organisation, Chibougamau*, février 2005, p. 6-7.

La carte ci-dessous illustre l'éloignement relatif entre les villes et donne un aperçu des distances impliquées.

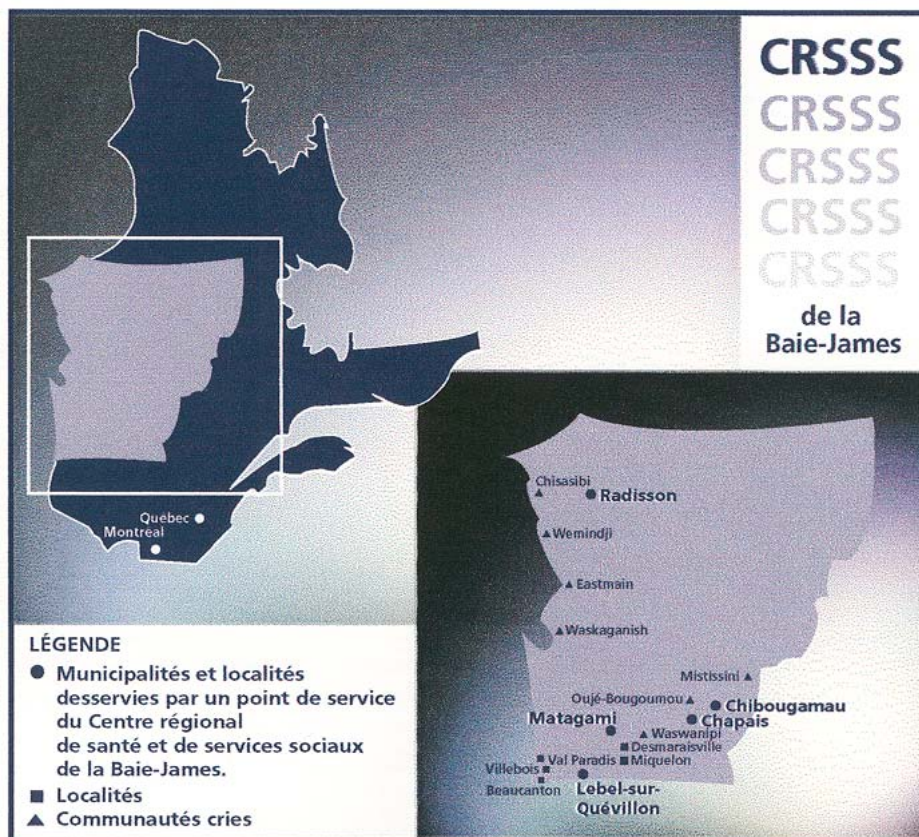


Tableau 1 : Distances en kilomètres

						Beaucanton	
					Val-Paradis	16	
				Villebois	17	14	
		Chibougamau	566	569	552		
	Chapais	44	522	525	508		
	L-S-Q*	214	262	308	311	294	
	Matagami	349/113 ¹	563	607	327	331	314
Radisson	625	977	1152	1235/792 ²	952	956	939

* Lebel-sur-Quévillon

Source : Société de développement de la Baie-James

1 Kilométrage via la route traditionnelle/kilométrage via R-1005 (route forestière)

2 Kilométrage via la route traditionnelle/Kilométrage via la Route du Nord

Les communautés criées et inuites possèdent leur propre organisation de santé et de services sociaux, respectivement le Conseil cri de la santé et de services sociaux de la Baie-James (région sociosanitaire 18) et la Régie régionale Kativik (région sociosanitaire du Nunavik, 17). Ensemble, les trois régions sociosanitaires desservent la population de la grande région administrative Nord-du-Québec.

Malgré ses dimensions phénoménales, le territoire est peu densément peuplé. En effet, les données non corrigées du dernier recensement établissent à 16 314 personnes la population jamésienne. Toutefois, lorsque l'on ajoute la population crie habitant le territoire (12 629 personnes selon la même source), ce nombre s'élève à 28 943 personnes. Si les Cries possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, il arrive tout de même que nous ayons à offrir des services aux autochtones, surtout pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des terres: Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette clientèle de l'intérieur des terres s'élevait à 4 977 personnes en 2001. Fait intéressant : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13,5 % entre 1996 et 2001.

TERRITOIRE DESSERVI

Le territoire se définit tel que précisé dans l'article 2 du Règlement sur l'élection par la population de certains membres du conseil d'administration de l'établissement public visé à la partie IV.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.²

Le territoire desservi par l'établissement est divisé en cinq parties ou sous-régions suivantes :

- sous-région 1 Matagami;
- sous-région 2 Lebel-sur-Quévillon (incluant Comtois, Desmaraisville, Miquelon et les secteurs de villégiature Lac-Quévillon et Lac-Madeleine);
- sous-région 3 Chapais, incluant les secteurs du Lac-Opémiska et du Lac Caven;
- sous-région 4 Chibougamau, incluant :
 - les secteurs de villégiature de Chibougamau: (Lac Caché, Lac-aux-Dorés; Lac Merrill, Baie-Queylus, Baie-Machin, Développement Rustique et Lac Cumming);
 - Les secteurs de villégiature de la municipalité de la Baie-James: (Lac David, Lac Buckell, Lac Dulieux et Baie-Demers);
- sous-région 5 Radisson, Valcanton et Villebois.

² Gazette officielle du Québec, Partie 2, 138^e année, no 33, 16 août 2006

L'Institut de la statistique du Québec prévoit un déclin démographique considérable sur notre territoire à l'exception des 65 ans et plus qui devraient connaître un bond de 57% entre 2004 et 2021.

Il est donc évident que les besoins de services à domicile augmenteront au cours des prochaines années, car selon différentes statistiques, ces services s'adressent à une clientèle en constante augmentation dont :

- les personnes âgées en perte d'autonomie;
- les personnes qui ont une déficience physique ou intellectuelle;
- les personnes qui ont un trouble mental grave;
- les personnes qui ont une maladie chronique;
- les personnes qui ont un trouble envahissant du développement;
- les personnes qui ont reçu un traitement ou une chirurgie à l'hôpital ou en centre ambulatoire;
- les personnes qui vivent des périodes de perturbation dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux ou familiaux;
- les personnes qui ont une maladie terminale ou pré-terminale;
- les personnes qui sont à risque d'abus, de violence et de négligence;
- les proches de ces personnes.

Une enquête menée auprès des aînés de la région Nord-du-Québec en 2004 présente leurs principales préoccupations et recommande entre autres de

[... Maintenir dans leur milieu de vie les personnes en perte d'autonomie ...]

LES ORIENTATIONS RÉGIONALES DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

Le CRSSS de la Baie-James identifie cinq orientations qui devraient servir d'assise à l'élaboration de l'organisation clinique et au développement de services intégrés dans notre centre :

- Miser sur la promotion et la prévention;
- Consolider une première ligne incontournable;
- Adapter et rehausser les services aux personnes âgées dans la communauté;
- Garantir l'accessibilité aux services de santé mentale;
- Garantir l'accès à des services spécialisés au bon moment.

Le modèle d'approche de gestion par programme proposé au CRSSS de la Baie-James rejoint les orientations ministérielles actuelles; il vise les clientèles avec des problématiques particulières dans les programmes suivants, qui incluent toutes les clientèles vulnérables.

L'approche de gestion par programme favorise une diminution des situations de cloisonnement et de discontinuité de services et renforce l'intégration des interventions. Elle favorise donc :

- l'approche populationnelle;
- une qualité et une continuité des actions posées vue l'intervention interdisciplinaire;
- le bon fonctionnement des réseaux de services intégrés;
- la décentralisation de la prise de décision pour les intervenants rattachés aux programmes de clientèles vulnérables;
- une gestion centrée sur les résultats.

Cette approche basée sur la notion de programme se définit comme étant :

« Un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie ». ³

LA MISSION

Le CRSSS de la Baie-James se définit comme une composante importante et significative de sa communauté. Il veut participer activement à son devenir en planifiant, en coordonnant et en dispensant, pour le bien-être de la population du territoire, un ensemble de services et de programmes de santé et de services sociaux qui répondent aux attentes et besoins de ses clientèles. Ainsi, le CRSSS de la Baie-James, via ses installations dans les localités de son territoire, offre une gamme de services de base intégrés et continus, soit des services de santé et des services sociaux courants, des services diagnostiques et des soins médicaux généraux ou spécialisés. De plus, il offre à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion et des services d'hébergement.

À cette fin, l'établissement s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile, ou, si nécessaire, l'établissement s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Comme organisation de santé et de services sociaux, elle en est la principale promotrice à travers toutes ces composantes. Plus particulièrement, elle se définit et s'engage :

³ CRSSS de la Baie-James. *Consolidation du modèle d'organisation et de gouverne de CRSSS de la Baie-James, Chibougamau*, janvier 2004, p.4.

Vis-à-vis les clients

À promouvoir, maintenir et améliorer la santé des personnes résidant sur le territoire afin qu'elles puissent assumer les rôles qu'elles entendent jouer dans leurs communautés;

À dispenser et rendre accessibles des services de qualité à travers un éventail de programmes axés sur leurs besoins et attentes spécifiques, en tenant compte de leur environnement de vie et de travail.

Vis-à-vis le personnel

À privilégier leur implication au sein de l'organisation et leur participation à la création d'un milieu de travail sain et valorisant.

Vis-à-vis les organismes communautaires et les autres partenaires

À privilégier et favoriser en tout temps une approche de concertation, de telle sorte que ses décisions et ses actions reflètent le plus fidèlement possible les caractéristiques et forces créatrices de ces organisations.

LE PLAN D'ORGANISATION DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

LES PRINCIPES DIRECTEURS DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

Pour chaque décision à prendre et geste à poser, un principe directeur doit guider les administrateurs, les gestionnaires, les médecins et les membres du personnel, peu importe le type de travail qu'ils ont à accomplir.

**La satisfaction du client est la première préoccupation de tous,
la raison d'être du CRSSS de la Baie-James.**

Chacun doit aspirer à toujours offrir le meilleur service possible aux clients, les citoyens de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec individuellement et en groupe.

ORIENTATIONS

Dans le but d'actualiser sa mission, le CRSSS de la Baie-James entend poursuivre les orientations suivantes :

Créer un **réseau de services intégrés**, en offrant et en coordonnant des programmes et services sociaux et de santé qui répondent aux attentes et besoins de la clientèle et qui privilégient des structures et des mécanismes de fonctionnement en lien constant les uns avec les autres. La promotion et la prévention font intrinsèquement partie de cet ensemble de programmes et services. L'organisation des services s'établira en fonction des types de clientèle, en accord avec la mission et les valeurs de l'établissement.

Développer une approche basée sur le **renforcement des capacités des individus** à jouer le rôle qu'ils entendent assumer dans leur communauté, en intervenant au niveau de tous les déterminants de la santé et du bien-être.

Acquérir et développer les **outils technologiques nécessaires** aux activités cliniques et administratives, et ce, dans le but de répondre de façon efficace et efficiente aux attentes et aux besoins des clients.

Privilégier et favoriser auprès de l'ensemble des membres de l'organisation toutes actions visant à **développer leur potentiel** comme individu et membre de l'organisation, et ainsi les aider à se réaliser dans leur travail.

PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

L'organisation, à travers toutes ses composantes, existe pour répondre aux besoins de la clientèle en fonction de la mission dont elle s'est dotée et des ressources dont elle dispose.

Chaque personne œuvrant au CRSSS de la Baie-James doit être animée et guidée par le principe directeur, la satisfaction du client, et souscrire aux valeurs d'intervention. Ces valeurs qui sous-tendent l'ensemble des interventions, sont :

Le client	une personne à part entière;
Le client	le premier responsable de sa santé;
Le client et l'intervenant	une responsabilité partagée;
Les intervenants	le reflet de l'organisation.

PHILOSOPHIE DE GESTION

L'organisation dispose d'un capital humain précieux dont les expériences et les compétences représentent le fondement même de la qualité des services auprès de la clientèle. En fait, la réalisation de la mission du CRSSS de la Baie-James repose essentiellement sur le personnel.

Le CRSSS de la Baie-James est le seul établissement de santé et de services sociaux de la région, les clientèles ne peuvent se tourner, ou difficilement, vers un substitut. Les membres du personnel ont la capacité de mettre le réseau et ses partenaires au service du citoyen en canalisant les ressources de l'organisation pour répondre aux attentes des clients au niveau de la qualité.

Enfin, en accord avec la philosophie d'intervention, le travail d'équipe est une des façons de mieux répondre aux besoins des clientèles qui souhaitent des services intégrés, continus et holistiques. La constitution des équipes doit respecter les caractéristiques locales de chaque centre de santé tout en s'inscrivant en cohérence avec les programmes régionaux. Le rôle et les fonctions des équipes doivent respecter les responsabilités des directions locales.

PARTIE 2

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

La *Politique de soutien à domicile*, par la vision qu'elle propose, trace la voie des actions à réaliser.

Cette vision se résume ainsi :

- Le domicile doit toujours être la première option à considérer par tous les intervenants, et ce, à toutes les étapes de l'intervention;
- Le proche-aidant est reconnu comme client qui a des besoins propres, comme partenaire et comme citoyen qui remplit ses obligations courantes. Son engagement est volontaire;
- L'intervention à domicile ne signifie pas seulement « offrir des services »; il faut adopter une approche de soutien en considérant la personne, son entourage et son environnement;
- Le domicile doit être un choix « neutre » financièrement pour l'utilisateur.

La *Politique de soutien à domicile* propose trois orientations qui en constituent les assises.

LA PREMIÈRE ORIENTATION DES SERVICES ADAPTÉS, UN SOUTIEN PERSONNALISÉ

Il faut adapter l'organisation des services en fonction des attentes de la population et ces attentes sont connues.

- La population veut savoir exactement où s'adresser si elle a besoin d'aide;
- La population souhaite être informée des services disponibles, des conditions d'admissibilité et des conditions financières qui prévalent;
- Toute personne qui fait une demande s'attend à ce que cette dernière soit traitée avec diligence;
- Toute personne s'attend à obtenir un traitement juste et équitable;
- La personne soutenue à domicile souhaite que les services lui soient offerts avec l'intensité requise;
- En cas d'urgence, la personne qui reçoit des services à domicile veut savoir où s'adresser facilement et rapidement, indépendamment du jour et de l'heure;
- Lorsqu'elle doit faire appel aux services de plusieurs professionnels ou établissements, la personne s'attend à ce que les interventions soient bien coordonnées, afin de ne pas avoir à répéter l'information ou à refaire des examens ou des tests;
- Toute personne souhaite avoir son mot à dire relativement à la qualité des services qui lui sont offerts⁴.

⁴ MSSS. Chez-soi : le premier choix *La politique de soutien à domicile*, 2003. p. 11.

LA DEUXIÈME ORIENTATION

GÉRER EFFICACEMENT : UN PARTAGE CLAIR DES RESPONSABILITÉS

Pour relever le défi de l'efficience, la gestion doit favoriser le choix, sur le terrain, des meilleures solutions possibles. L'atteinte de cet objectif repose sur un partage clair des responsabilités entre le Ministère, l'Agence et l'établissement

- **Le Ministère** adopte les orientations générales destinées aux diverses clientèles (programmes-clientèles), fixe les cibles nationales et alloue les ressources.

- **L'Agence*** est responsable de l'organisation régionale des services et de la répartition des ressources sur son territoire. Cette planification intègre le soutien aux personnes ayant une incapacité, le soutien aux proches-aidants et le support technique.

- **L'établissement** est responsable de l'organisation du soutien à domicile pour la population de son territoire, du choix des moyens, dans le respect des orientations ministérielles, de l'organisation des services et des ressources qui lui sont allouées. En pratique, elle doit offrir le soutien à domicile requis, ou s'assurer que le soutien soit offert, à toute personne de son territoire qui est admissible. Elle doit également rechercher, si son état le requiert, une ressource résidentielle appropriée : logement collectif ou logement adapté, place dans une ressource non institutionnelle, etc.

Elle est enfin responsable de l'accompagnement de la personne soutenue à domicile qui doit recevoir des services en ambulatoire ou en établissement et de ses proches-aidants. Finalement, elle doit établir des ententes de collaboration avec ses partenaires du réseau, des organismes communautaires, des organismes publics concernés et des autres ressources du milieu (avec l'appui de l'agence).

* En juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi 28 (Loi 24) et apportait un amendement important pour la région Nord-du-Québec, à l'article 530.45, qui dit maintenant que notre établissement *[... est réputé agir comme une régie régionale lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie...]*. Le CRSSS de la Baie-James est donc à la fois une agence et un établissement et se révèle une organisation unique au Québec par cette double appartenance et par le nombre de missions qui lui ont été confiées.

LA TROISIÈME ORIENTATION
TRAVAILLER ENSEMBLE, COLLECTIVEMENT :
POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE DE SOUTIEN À DOMICILE

La collectivité est conviée à relever un défi de solidarité.

- Le **soutien à la personne** : pour mieux soutenir à domicile les personnes ayant une incapacité, il faut d'abord intervenir sur la prestation des services, particulièrement le support technique et l'adaptation domiciliaire. Ensuite, il faut favoriser la diversification des formules de logement, afin d'offrir des modes d'habitat mieux adaptés aux besoins des personnes ayant une incapacité.

- Le **soutien aux proches-aidants** : les lois du travail, les congés sociaux, les décisions des entreprises, les prestations, la fiscalité, la conciliation travail-famille, etc., forment une préoccupation centrale pour cette clientèle. À cet égard, le Ministère entend créer un groupe de travail en vue d'élaborer un plan d'action gouvernemental pour le soutien aux proches-aidants.

- Le **soutien des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants** : des efforts doivent être déployés auprès de divers acteurs sociaux en vue de promouvoir un environnement favorable aux personnes ayant une incapacité et à leurs proches-aidants. L'action des services municipaux, des organismes communautaires, en collaboration avec les centres de santé et les directions de santé publique, appuient la prévention des incapacités dans la population d'une part, et d'autre part, la promotion du soutien à domicile.

PARTIE 3

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

DÉFINITION ET NATURE DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ⁶

Les services de soutien à domicile ne peuvent être considérés comme un simple « catalogue » de services qui doivent être nécessairement offerts au domicile d'une personne. Le recours à ces services dépend de deux conditions :

- le **choix de la personne**;
- le respect de **conditions d'admissibilité** (besoin attesté par une évaluation professionnelle, pertinence d'offrir le service au domicile, etc.)

Le soutien à domicile peut se limiter à un ou à quelques services. Il peut être de courte durée ou de longue durée. Ces services peuvent être professionnels, aide aux activités de la vie domestique et aux activités de la vie quotidienne, répit, aide technique, etc. La configuration des services est toujours organisée en fonction de la situation de la personne, de ses besoins, de son entourage et de son environnement. Aussi, l'intervention à domicile s'inscrit toujours dans une réalité familiale, culturelle et environnementale particulière. Pour ces raisons, le domicile ne peut être considéré comme un simple « site » de soins.

Comme cités précédemment, les services à domicile ne forment pas un nouveau champ, qui se serait ajouté au noyau traditionnel des services de santé et de services sociaux, mais bien une nouvelle manière de répondre aux besoins, plus efficace, mieux adaptée aux personnes en fonction des nouvelles technologies de la réalité d'aujourd'hui. Ils ne peuvent être envisagés seuls; ils sont interdépendants des autres services offerts par le système de santé et de services sociaux : les services ambulatoires de première ligne et les services spécialisés. Les services de soutien à domicile doivent donc prendre appui sur une organisation de services de base forte et bien structurée. Un réseau de services de base, fort et bien structuré, représente un enjeu central pour le soutien des personnes ayant des incapacités à domicile. Il offre la flexibilité nécessaire pour fournir le meilleur service, au meilleur endroit. Sinon, ce sont les services en institutions qui doivent compenser, à des coûts beaucoup plus élevés et au détriment d'une accessibilité aux services (hiérarchisation des services).

Au-delà de la gamme de services, le soutien à domicile doit être envisagé comme une approche qui exige que l'on intervienne simultanément à trois niveaux :

- en **offrant des services directs à la personne**;
- en **soutenant son entourage**;
- en **agissant sur le milieu de la personne** (son domicile).

Le soutien à domicile d'une personne ayant des incapacités repose sur le meilleur équilibre possible entre ces trois éléments.

OBJECTIFS VISÉS PAR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Les services de soutien à domicile doivent être considérés selon les objectifs qu'ils poursuivent. Ces objectifs sont aujourd'hui multiples :

- Mettre en place les conditions nécessaires pour que les personnes ayant des incapacités puissent continuer de vivre à domicile;
- Retarder ou même éviter l'hébergement de personnes en perte d'autonomie;
- Réduire la durée du séjour hospitalier;
- Éviter le recours à l'hospitalisation et aux urgences pour des problèmes qui peuvent être réglés par les services généraux de 1^{ère} ligne.
- Offrir aux personnes en phase préterminale ou terminale le choix de recevoir des services à leur domicile;
- Favoriser l'intégration sociale des personnes et leur participation à la vie communautaire.

Dans tous les cas, des services de soutien à domicile **bien organisés** constituent la première condition à respecter pour atteindre ces objectifs.

LA CLIENTÈLE

Le soutien à domicile s'adresse à :

- **Toute personne**, peu importe son âge, ayant une incapacité, temporaire ou persistante, dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis.
- Le soutien s'adresse également aux **proches-aidants** de ces personnes qui se décrivent comme suit : « *Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité est considérée comme un proche-aidant. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.* »⁵ Son engagement est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé. Toute personne a la possibilité de réévaluer en tout temps la nature et l'ampleur de son engagement. Cette reconnaissance ne saurait toutefois occulter les obligations normales, usuelles, entre parents et enfants ou entre conjoints.⁶

⁵ MSSS. Chez-soi : le premier choix *La politique de soutien à domicile*, 2003. p.6. Le vocable « *proche-aidant* » désigne un rôle qu'une personne accepte librement de remplir, rôle reconnu par le système de santé et de services sociaux. Il ne saurait en aucun cas remplacer le statut de parent, de père, de mère, de fille, de fils, etc. Ainsi, les services aux proches-aidants ne se substituent pas aux autres services de soutien aux familles prévus dans d'autres politiques du Ministère ou du gouvernement. Le proche-aidant est considéré à la fois comme un client des services, un partenaire et un citoyen qui remplit ses obligations usuelles.

⁶ MSSS. Chez-soi : le premier choix *La politique de soutien à domicile*, 2003. p.6.

NOTION DE DOMICILE

La définition du domicile doit contribuer à harmoniser les pratiques pour faire en sorte que toutes les personnes soient traitées de façon équitable, peu importe leur domicile ou leur lieu de résidence. Donc, selon le Ministère, le domicile est défini comme :

« Le lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente »

- ☞ Toute personne qui habite dans une **maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence dite « privée »** est admissible au soutien à domicile. Au même titre, **une résidence pour personnes âgées** est incluse dans cette catégorie.

Selon l'article 346.1.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une résidence pour personnes âgées se définit comme suit : « [...] est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie quotidienne ou à la vie sociale...] ». ⁷

Chaque installation sur le territoire est responsable d'évaluer les besoins des personnes y vivant et **doit tenir compte des services qui y sont fournis**.

- ☞ Les personnes qui vivent dans une ressource non institutionnelle, soit **ressource intermédiaire ou ressource de type familial**, peuvent avoir accès à des services professionnels qui sont requis par leur état et inscrits au plan d'intervention ou plan de services individualisé et qui ne sont habituellement pas fournis par la ressource. Le centre de santé ayant une entente formelle avec une telle ressource devra assurer à ces personnes une offre de services appropriée et inscrite au plan d'intervention ou au plan de services individualisé.
- ☞ Les personnes en réadaptation ou en réinsertion sociale qui **n'ont pas encore de domicile fixe** sont admissibles au soutien à domicile.
- ☞ Les personnes pouvant recevoir des services de soutien à domicile sont des personnes **non admises dans un établissement public** (centre hospitalier, CHSLD, centre de réadaptation) car les personnes admises dans ces établissements reçoivent déjà des services par les professionnels sur place.

⁷ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p.6.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

En plus des conditions décrites précédemment, pour être admissibles au soutien à domicile, les personnes doivent satisfaire à des conditions précises, peu importe le professionnel rencontré.

Selon la *Politique de soutien à domicile*, des services peuvent être dispensés lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- Le besoin de soutien est attesté par une **évaluation professionnelle**, sur la base des besoins exprimés par la personne et ses proches-aidants;
- La personne et ses proches-aidants acceptent de **participer au processus de décision** et de recevoir les services requis. Dans certaines situations particulières, le consentement peut provenir uniquement de la personne ou de ses proches ou de son représentant légal;
- La personne est confinée à domicile en raison de son état, ou encore il est plus **pertinent**, sur le plan clinique, d'offrir au domicile les services ou certains services requis;
- Il est plus **efficace** d'offrir le service au domicile plutôt que dans l'établissement ou en ambulatoire;
- Le **domicile est jugé adéquat et sécuritaire**.

Ces critères d'admissibilité impliquent une analyse de chaque situation qui doit s'appuyer sur le jugement clinique du professionnel concerné; dans certaines situations, les critères mentionnés peuvent ne pas être réunis. Dans d'autres situations, le professionnel concerné jugera que le suivi peut être cessé lorsque les critères ne sont pas rencontrés ou qu'il y a atteinte des objectifs.

COUVERTURE PUBLIQUE DES SERVICES

En vertu du principe de neutralité, **les services professionnels sont offerts gratuitement à tous, quel que soit le lieu**. L'équité entre les clientèles, la primauté des besoins, le principe de neutralité et le choix des usagers sont des éléments prépondérants devant orienter l'organisation et la prestation des services.⁸

Quel que soit le prestataire, ces services sont gratuits pour les clientèles visées. En effet, le recours à une entreprise d'économie sociale ne doit en aucun cas se traduire par un traitement différencié.

⁸ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p.12.

Quant aux services domestiques et d'assistance personnelle, déterminés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé, ils sont **offerts sans frais** :

- Aux personnes qui ont une **incapacité temporaire**⁹ ;
- Aux personnes qui reçoivent des **soins palliatifs** ;
- Aux personnes qui ont une **incapacité significative et persistante**¹⁰.

Incapacité temporaire : fait référence à l'intervention de courte durée qui permet habituellement à la personne d'acquérir ou de récupérer intégralement ou presque intégralement l'incapacité affectée et de reprendre ses activités sans séquelle fonctionnelle ou avec des séquelles minimales. Il est généralement admis par les intervenants qu'une incapacité temporaire concerne la clientèle requérant un seul type de services pour une période de moins de trois mois¹¹. Cette balise doit être appliquée à partir du jugement clinique.

Incapacité significative et persistante : doit être comprise comme étant les effets d'un ou de plusieurs traumatismes, déficience ou maladies, quelles qu'en soient les causes, et qui se traduisent par des incapacités, altérant, de façon totale ou partielle, la réalisation des habitudes de vie, de façon non temporaire¹²

Les personnes qui ont une incapacité pour les activités de la vie domestique uniquement seront dirigées vers une entreprise d'économie sociale. Les personnes à faible revenu¹³ recevront gratuitement les services d'aide domestique déterminés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé. Pour les autres, les règles du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) s'appliqueront.¹⁴

Les personnes couvertes par un autre régime public que la RAMQ pour des services du même type ne sont pas admissibles à la couverture publique, c'est-à-dire au financement des services.

⁹ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p.11.

¹⁰ Ibid. p.11

¹¹ Le Guide sommaire d'utilisation de l'OÉMC et les guides de formation élaborés à cet effet font référence à un délai de moins de trois mois quand les soins sont requis à court terme.

¹² Par épisodique, on comprend qui revient périodiquement à intervalles réguliers. Terme tel qu'il est défini dans *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique Objectifs 2004-2009*, MSSS, Service des personnes handicapées, octobre 2003, p.23.

¹³ La notion de faible revenu s'appuie sur les seuils d'exemption actuellement utilisés pour la gestion du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). Au 1^{er} avril 2007, le seuil de revenu pour une personne seule est de 13 354 \$ par année et pour un couple, il est de 21 647 \$. Le seuil est modulé en fonction du revenu et du nombre de personnes composant la famille.

¹⁴ MSSS, Politique Chez-soi le premier choix p. 18.

Cette orientation vise à éviter que les mêmes services offerts à une personne ne soient financés par deux régimes publics distincts. Cette précision ne concerne donc pas le fournisseur de services. Les réclamations sont faites selon les procédures en vigueur, entre autres pour la clientèle concernée par la SAAQ, CSST, IVAC, MESSF, les anciens combattants ou tout autre organisme ou ressource (assurances privées, etc.). La personne doit fournir un document écrit attestant des subventions reçues par un autre agent payeur et le détail des services qui peuvent être remboursés par ces agents payeurs. Par ailleurs, il est possible que la portion des services, non couverts, fasse l'objet d'une demande aux présents programmes.

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

En conséquence, tout établissement, qui reçoit une demande de services de soutien à domicile d'une personne couverte par un autre régime public d'assurance, est tenue de lui donner des services aux mêmes conditions que celles offertes à tout résidant de son territoire.¹⁵

LA HAUTEUR DE LA COUVERTURE PUBLIQUE

De façon générale, les services à domicile seront offerts jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public.¹⁶ La détermination de l'offre de services à domicile convenant à la situation de la personne en cause se fait à partir du jugement professionnel, à la suite d'une analyse de la situation individuelle où la dimension clinique prévaut.

L'ACCESSIBILITÉ HORAIRE

L'accessibilité horaire fait à la fois référence aux heures d'ouverture de chaque installation pour la population dont elle a la responsabilité. Elle fait également référence à une accessibilité horaire plus étendue pour les clientèles particulières inscrites aux services de soutien à domicile.

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

¹⁵ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p.7.

¹⁶ Pour l'ensemble du Québec, le coût moyen net du financement de l'État pour de l'hébergement public se situe à 42 000 \$¹⁶ pour l'ensemble des soins et services en excluant les services médicaux. Cette donnée constitue une référence utile à la détermination de la couverture de services de soutien à domicile.

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

Pour la personne **inscrite**, l'établissement doit donc, en tout temps, être en mesure de répondre à ses besoins, et ce, selon la fréquence et l'intensité prévues au plan d'intervention, peu importe le fournisseur de services. Cette obligation s'applique aussi aux services d'assistance personnelle, à l'aide domestique ou aux services de soutien aux proches-aidants.

Pour la personne **non inscrite**, l'établissement devrait répondre, après avoir procédé à une évaluation sommaire, si l'urgence de la situation l'exige.¹⁷

ÉVALUATION DES BESOINS

L'évaluation des besoins des personnes, est le point de départ de l'intervention, une étape incontournable dans l'organisation d'une offre de services de qualité et selon l'intensité requise. Elle est essentielle pour planifier l'organisation d'une réponse adaptée aux besoins (type de services, intensité, choix des modalités et des fournisseurs de services en fonction de la complexité et du choix de la personne ou de ses proches-aidants).

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

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

Le résumé¹⁸ suivant rappelle les **circonstances d'utilisation** de l'OEMC¹⁹, dans sa forme actuelle, les **fonctions différentes** associées aux divers formulaires et l'utilisation spécifique de l'outil selon la **clientèle concernée** :

¹⁷ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p.8.

¹⁸ Réf. Cahier de formation – Description sommaire de l'outil d'évaluation multientèle, section “fonctions”.

¹⁹ Les formulaires et le Guide sommaire de l'utilisation de l'OEMC sont disponibles sur le site Web du Ministère et peuvent être téléchargés à partir de l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupes/pa_outil.html

- **“Prise de contact”** : sert à inscrire la personne, à établir son admissibilité et à déterminer la priorité d’action (ou préévaluation). Sert également dans le cas d’une référence à une autre ressource ou d’un changement de milieu de vie (**Formulaire vert**) : toutes clientèles.
- **“Évaluation de l’autonomie”** permet d’évaluer les capacités de la personne pour établir ses besoins et les services qu’elle requiert. (**Formulaire bleu**) intervention de longue durée et soins palliatifs ou “post-hospitalisation et post-intervention chirurgicale.
- **“Plan d’intervention et d’allocation de services”** vise à planifier l’organisation de la réponse aux besoins, à savoir préciser les services requis, l’intensité, le responsable, les modalités et les fournisseurs ou les actions à réaliser pour répondre aux besoins de services de la personne. (**Formulaire rose**) : toutes clientèles.
- **“Profil évolutif de l’autonomie”** permet de suivre l’évolution des capacités de la personne. (**Formulaire saumon**) intervention de longue durée incluant, dans certains cas, les soins palliatifs.²⁰
- **“Tableau de soins”** permet au personnel soignant de connaître d’un coup d’œil les capacités et besoins de la personne (**Formulaire imagé**); ce formulaire est utilisé par les proches-aidants, les bénévoles ou les organismes communautaires intervenant à domicile lorsque le client consent à sa divulgation.

L’établissement doit mettre en place les moyens nécessaires pour s’assurer que les intervenants, responsables de faire les évaluations, aient une formation adéquate et à jour, qu’ils reçoivent le soutien approprié de manière à favoriser l’intégration des apprentissages, à assurer la qualité et le suivi des évaluations faites ²¹ avec l’OÉMC, la réévaluation des besoins des personnes (y incluant les proches-aidants) et la révision des plans d’intervention au moins une fois par année ou plus lorsque la situation l’exige.

Après avoir effectué un repérage à l’aide du questionnaire PRISMA-7 et déterminé l’indice de vulnérabilité de la personne âgée en perte d’autonomie (annexe 1), le professionnel procède à une évaluation sommaire des besoins (prise de contact exécutée au moment de la demande), dans le cas d’une personne jugée admissible aux services, l’établissement doit entreprendre une évaluation détaillée des besoins à l’aide de l’OÉMC **dans les deux semaines suivant la demande de services. Cette évaluation doit être réalisée à l’intérieur d’un délai maximum de trois mois.**

Dans le cadre de l’élaboration du plan d’intervention ou du plan de services individualisé, l’établissement doit planifier une offre de services appropriée et convenue avec le client. Une demande jugée admissible mais moins prioritaire, ne doit en aucun cas être considérée comme un dossier fermé.

²⁰ Une partie de ces informations est tirée de la circulaire “ Réseau de services intégrés et système d’évaluation : outil d’évaluation multiclientèle ”, MSSS, Normes et pratiques de gestion, numéro de dossier 2003-021.

²¹ Un document de référence provenant de la Montérégie *Démarche d’évaluation de la qualité des évaluations multiclientèle (OÉMC) Programme de soutien à domicile, mai 2005.*

L'évaluation doit toujours être effectuée en fonction des besoins de la personne en considérant ses capacités résiduelles et non en fonction de l'offre de services disponible.

La Politique de soutien à domicile précise trois critères d'application de l'ordre de priorité dans la réponse aux besoins :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ les besoins exprimés par la personne et ses proches-aidants;▪ l'urgence de la situation;▪ la qualité du milieu de vie. |
|---|

Un instrument standardisé est utilisé pour l'évaluation des besoins lors d'une demande de services de soutien à domicile. Il s'agit de l'outil d'évaluation multiclientèle, communément appelé OÉMC. Il est présenté en plusieurs formulaires qui doivent être utilisés de façon appropriée par un intervenant formé à son utilisation afin de permettre un traitement équitable pour la clientèle (annexe 2).

Le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) est compris dans l'OÉMC. Le tout permet de définir un score comme étant un moyen de déterminer le profil d'incapacité des individus).

Parallèlement à l'évaluation de l'autonomie, l'équipe SAD détermine le profil type auquel le client souscrit afin de déterminer les modalités de dispensation de services. Une particularité des services d'aide à domicile est le besoin de déterminer les heures de services. C'est donc à partir des cotes obtenues au SMAF qu'est complétée la Grille d'allocation des services de soutien à domicile du Cadre de gestion pour l'allocation des services d'aide à domicile.

L'évaluation se veut évolutive et le jugement clinique du professionnel qui fait usage des différents outils d'évaluation doit toujours s'appliquer pour que les personnes puissent être évaluées adéquatement et recevoir les services que requiert leur condition.

DESCRIPTION DU «CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SOUTIEN À DOMICILE »

Étape 1 : Provenance d'une demande

Le Centre de santé reçoit les demandes directement ou sur référence.

La demande peut provenir de la personne elle-même, d'un proche, du médecin, d'un professionnel de la santé et des services sociaux, d'un autre établissement ou d'un organisme communautaire.

Cette étape sert à déterminer l'admissibilité aux services de soutien à domicile et évaluer l'indice de vulnérabilité avec le questionnaire de repérage PRISMA-7 (*annexe 1*).

Étape 2 : Demande de services

Le **guichet d'accès unique** reçoit, évalue et oriente toute demande provenant de la personne ayant une incapacité ou de son proche-aidant, d'intervenants d'un organisme communautaire ou d'une entreprise d'économie sociale ou d'une clinique médicale privée qui se résume à un accès simple, rapide et équitable, un point d'entrée avec un mécanisme d'orientation et d'admission **facilitant** pour les personnes est nécessaire.

Étape 3 : Admissibilité

L'information recueillie à l'étape 2 permet de déterminer l'admissibilité au programme de soutien à domicile, d'établir l'urgence de procéder à l'évaluation et d'identifier le professionnel le plus approprié pour y répondre, sinon d'orienter la personne vers une autre ressource comme les services ambulatoires, les services psychosociaux adulte, le service de prêt de matériel, etc.

Cette étape est sommaire, c'est donc dire qu'elle est un élément d'orientation et d'admission entre les différents prestataires de services visés.

Étape 4 : Demande de soutien à domicile

À cette étape, les formulaires **PRISMA-7** au préalable et **OEMC Formulaire vert : Prise de contact** sont complétés. Ces formulaires servent à la préévaluation de toutes les demandes de services en soutien à domicile. La personne étant admissible aux services d'aide à domicile selon les critères établis, les services sont enclenchés selon la priorisation donnée (évaluation et réponse aux besoins immédiats).

Il faut reconnaître qu'on ne peut viser la prestation continue de soins et de services sans avoir désigné un responsable qui **assume la gestion de l'ensemble des interventions** destinées à une même personne et à son entourage. Le « **gestionnaire de cas** » **s'assure** que toutes les étapes d'une demande sont respectées et faites.

La gestion de cas est un processus clinique sous la responsabilité d'une personne désignée comme gestionnaire de cas. Cette personne se porte garante de la continuité des soins et des services.

Les fonctions du gestionnaire de cas ²²sont de :

- s'assurer qu'une évaluation soit complétée via l'outil d'évaluation multicientèle : **évaluation**;
- convenir d'un Plan de services individualisé avec la personne âgée et ses proches : **planification**;
- négocier et coordonner les services dont la personne âgée a besoin avec les différents partenaires : **coordination et courtage**;
- représenter la personne âgée et défendre ses intérêts ainsi que ceux de sa famille : **courtage**;
- s'assurer que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit la personne : **suivi et réévaluation**.

Le gestionnaire de cas oriente et accompagne l'utilisateur et ses proches à travers les systèmes de services publics, privés et communautaires, en établissant une relation continue avec l'utilisateur et ses proches. Le gestionnaire de cas fait partie de l'équipe locale et travaille en complémentarité avec l'ensemble des fournisseurs de services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les clientèles ciblées sont des personnes âgées de 65 ans et plus, en perte d'autonomie, donc avec un score SMAF de 15 et plus et qui requièrent, de façon continue et simultanée, des services de plusieurs services ou partenaires, et pour qui il y a un potentiel de maintien à domicile. Les clientèles de 75 ans et plus, en raison de leurs caractéristiques, sont plus particulièrement visées.

Selon la *Politique de soutien à domicile*, la personne qui doit recevoir des services à domicile doit avoir un interlocuteur privilégié, un professionnel à qui elle peut s'adresser. On appelle ce responsable « **intervenant-pivot** ». Celui-ci est un professionnel significatif pour le client, désigné généralement en équipe interdisciplinaire et qui le rencontrera au besoin (à la demande de l'équipe interdisciplinaire du soutien à domicile ou du gestionnaire de cas) pour l'information et le suivi à effectuer.

Étape 5 : Évaluation de l'autonomie

En début de suivi :

Toute clientèle en perte d'autonomie permanente ou temporaire et/ou recevant les services de plus d'un professionnel, un OEMC **formulaire bleu** sera complété par le gestionnaire de cas ou par tout professionnel formé comme **utilisateur OEMC**_(dont l'intervenant-pivot).

²² Tiré des Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS, février 2001.

Étape 6 : Analyse des besoins / Organisation de la réponse / Choix des fournisseurs de services

C'est à cette étape que se traduit la situation du client en un « Profil Iso-smaf », ensuite vient la détermination du profil type ainsi que l'allocation des services d'aide à domicile pour permettre la finalisation du plan d'intervention et d'allocation de services avec l'OEMC **formulaire rose**.

Cette étape est faite par le gestionnaire de cas avec la collaboration des autres professionnels (parfois en équipe interdisciplinaire) qui assurent le suivi de l'utilisateur et de ses proches-aidants.

Étape 7 : Prestation des services

La prestation des services professionnels et d'assistance est assurée par l'équipe du soutien à domicile du Centre de santé (**infirmières, intervenantes psychosociales, auxiliaires familiales et sociales...**) et les autres professionnels concernés par le suivi de l'utilisateur soient : l'inhalothérapeute, l'équipe de réadaptation, la pharmacienne, le médecin, la nutritionniste, etc. Le tout se fait évidemment selon la condition clinique du client ou selon le jugement du professionnel concerné.

Les services d'assistance peuvent aussi être donnés par les proches-aidants, les travailleurs gré à gré (CES), les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires tel que mentionné dans le tableau sur les profils types à l'annexe 4.

Étape 8 : Coordination des services, suivi et réévaluation des besoins

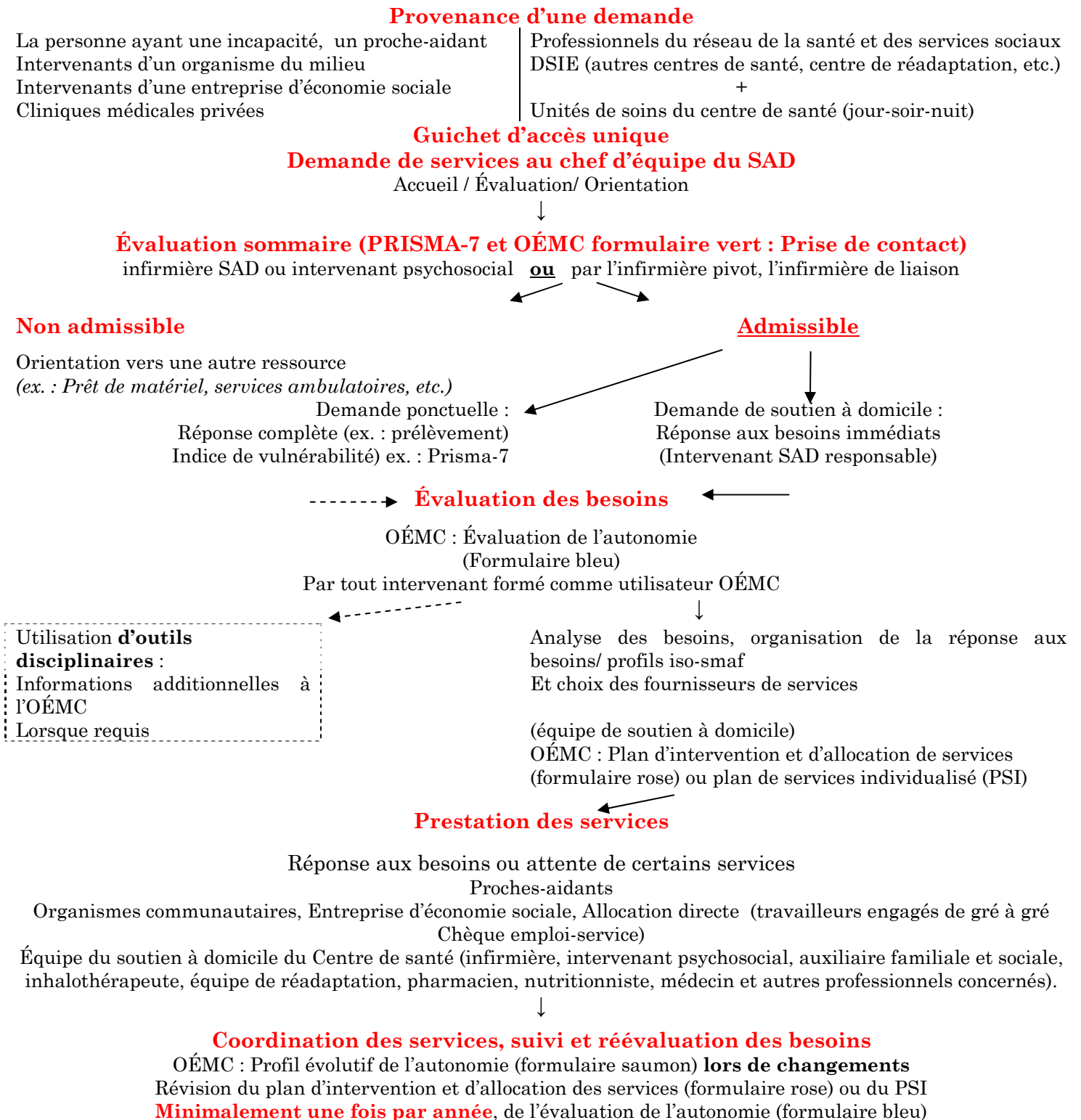
Le gestionnaire de cas doit poursuivre la **coordination des services** tout au long du suivi actif d'un utilisateur (en collaboration avec l'équipe du soutien à domicile du centre de santé et les prestataires de services concernés).

Le **suivi** par l'équipe du soutien à domicile se poursuit jusqu'à l'atteinte des objectifs ou jusqu'à l'hébergement de l'utilisateur dans une autre ressource, ce qui implique également les démarches nécessaires pour ce faire.

Il assure également la **réévaluation des besoins** à l'aide de l'outil multicientèle « Profil évolutif », OEMC **formulaire saumon**. Selon la situation, il utilise l'outil désigné et selon la fréquence recommandée (ex. OEMC bleu une fois par an ou lors d'un changement majeur).

Tableau 1

Cheminement d'une demande de soutien à domicile



Note : Les pointillés indiquent l'utilisation selon les besoins.

GAMME DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE STANDARDISÉE

La **gamme de services standardisée** doit, conformément à la *Politique de soutien à domicile*, être fournie dans chaque localité et l'organisation des services doit être structurée de façon à assurer l'accès aux services, la coordination et la continuité des services des personnes. Ceci doit se faire conformément aux balises devant encadrer l'émergence des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Tous ces services sont offerts par le réseau public, à domicile ou en ambulatoire.²³

LES SOINS ET LES SERVICES PROFESSIONNELS

Les services médicaux : regroupent un ensemble d'interventions comprenant des activités d'évaluation, de diagnostic, de prescription, de traitement et de suivi. Ces interventions s'inscrivent dans un esprit de collaboration et de continuité avec celles de l'ensemble des intervenants.

Selon la *Politique de soutien à domicile*, les services médicaux à domicile sont retenus comme une priorité dans les ententes sur les activités médicales particulières. Aussi, l'organisation de la pratique médicale doit prévoir l'accès au médecin traitant pour le professionnel qui intervient à domicile.

Les soins infirmiers : consistent à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et du plan thérapeutique infirmier, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (**Loi sur les infirmières et les infirmiers, article 36**).

Les **14 activités professionnelles réservées** dans le cadre de l'exercice infirmier sont donc liées à l'évaluation, à la surveillance, au plan thérapeutique et au suivi des clientèles; aux traitements des plaies et aux altérations de la peau et des téguments; à la décision d'utiliser les contentions; aux tests diagnostiques, aux traitements médicaux et aux médicaments, selon une ordonnance; et enfin à la santé publique, dont la vaccination et le dépistage.

Les services de réadaptation : consistent en des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi. Elles visent à minimiser les incapacités et leurs conséquences, à développer des habiletés compensatoires, à utiliser le potentiel de la technologie et à adapter l'environnement dans le but de favoriser un fonctionnement maximal de la personne dans son milieu.

²³ MSSS, *Chez-soi : le premier choix Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004, p. 33

- **L'ergothérapie** : facilite et permet à une personne en perte d'autonomie, handicapée ou âgée de demeurer dans son milieu le plus longtemps et le plus sainement possible en adaptant l'environnement physique de façon à le rendre accessible et sécuritaire. Elle détermine l'autonomie fonctionnelle du client, évalue les fonctions mentales (évaluation cognitive). Elle enseigne des méthodes compensatoires ou fournit des aides techniques pour faciliter les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapie restaure ou maintient les aptitudes, compense les incapacités et diminue les situations de handicap pour favoriser l'autonomie.
- **La physiothérapie** : améliore ou maintient le niveau fonctionnel, l'autonomie et le bien-être du client en évaluant et en traitant les affections du système neuro-musculo-squelettique et cardiorespiratoire. Elle évalue par des tests spécifiques la mobilité articulaire, la force musculaire, l'équilibre, la sensibilité, etc. Elle évalue également le potentiel de récupération de certaines fonctions et analyse les progrès pour ajuster le traitement en conséquence et ainsi d'obtenir un rendement fonctionnel optimal.
- **L'orthophonie et l'audiologie** : évaluent les fonctions de l'audition et du langage, de la voix et de la parole, déterminent un plan de traitement et d'intervention et en assurent la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication.

Les services psychosociaux : consistent à clarifier les besoins des personnes qui les consultent ou qui leur sont référées, à identifier la source des problèmes, à trouver des solutions adéquates et, au besoin, à orienter vers les ressources appropriées (**Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec**).

Les **activités professionnelles** liées aux services psychosociaux s'effectuent en fournissant des services sociaux aux personnes, aux familles et aux collectivités dans le but de favoriser par l'évaluation psychosociale et par l'intervention, leur développement psychosocial, ainsi que l'amélioration et la restauration de leur fonctionnement social et psychologique, selon une approche systémique.

En soutien à domicile, les intervenantes sociales évaluent donc les capacités d'une personne à atteindre un fonctionnement satisfaisant avec son entourage et elles s'assurent de la coordination des services requis pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD) et les activités civiques (AVC) sont disponibles pour compenser les limitations, dans le but de permettre au client de demeurer à son domicile plus longtemps.

Les services de nutrition : évaluent l'état nutritionnel d'une personne, déterminent et assurent la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

Les services de nutrition à domicile viennent offrir le support nécessaire pour conserver la motivation et la compliance au plan alimentaire requis, en assurant le suivi et en fournissant l'enseignement aux clients eux-mêmes, aux proches-aidants et aux auxiliaires familiales concernées par la situation de la personne, pour planifier repas, collations, etc. Les nutritionnistes se joignent à l'équipe d'intervenantes sociales pour cette planification.

Les services d'inhalothérapie : contribuent à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique et traitent des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

Les services d'organisation communautaire : sont une façon d'intervenir qui vise à sensibiliser, mobiliser, structurer et organiser un milieu pour que celui-ci puisse se donner de nouveaux pouvoirs et services.

L'organisation communautaire est un outil de changement social, qui permet aux communautés locales de se renforcer en créant des réseaux de support, d'entraide et de solidarité (**RQIIAC, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire, 2003**). L'organisatrice communautaire doit faire partie intégrante de l'équipe du soutien à domicile.

Les services de pharmacie : englobent tous les services nécessaires pour résoudre les problèmes reliés aux médicaments pris par un usager (soins pharmaceutiques, services cliniques et services de soutien). Selon la *Politique de soutien à domicile*, ces services font partie des services de soutien à domicile, même si ces intervenants ne se déplacent pas vers le domicile, sauf dans de rares cas.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

L'aide à domicile comprend des interventions visant non seulement à compenser les pertes d'autonomie fonctionnelle dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, domestique et sociale, mais aussi à stimuler les capacités fonctionnelles résiduelles des personnes.

Les services d'assistance personnelle: soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts, etc.

Les services d'aide domestique: entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements, lessive, etc.

Les activités de soutien civique: aide pour administrer le budget, remplir des formulaires, etc.

Les services de popote, d'accompagnement, les visites d'amitié, etc.

L'assistance à l'apprentissage: activités d'entraînement et de stimulation aux activités personnelles et domestiques, soutien aux activités occupationnelles, aux activités de réadaptation, etc.

L'appui aux tâches familiales: dans le cas d'un parent ou d'un conjoint ayant une incapacité pour réaliser des activités telles que le soutien à l'organisation matérielle, le soin des enfants, l'aide aux devoirs, etc.

FOURNISSEURS DE SERVICES

Dans la Politique de soutien à domicile, les centres de santé ne sont plus les seuls fournisseurs de services de soutien à domicile et peuvent, selon le profil des besoins, être offerts par l'établissement, les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires, les groupes bénévoles, le personnel embauché par allocation directe ou les proches-aidants.

Dans ce domaine, les rôles et responsabilités de l'établissement consistent à :

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

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

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

Elles constituent le guichet d'accès aux services de première ligne dont les services de soutien à domicile. Il leur appartient de mettre à jour le partage des responsabilités eu égard à la prestation de services d'aide à domicile selon les balises proposées dans la *Politique de soutien à domicile* où la **situation recherchée** se base sur trois critères :

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

Le tableau 2 illustre le partage entre les fournisseurs de services et d'aide à domicile qui découle de la *Politique de soutien à domicile* et qui doit être réalisé par les établissements. Les balises sont établies selon les profils de la clientèle, dégagés à partir d'une analyse de besoins et confirmés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé.

Ce tableau vise également à mettre à profit la diversité des ressources du milieu dans un objectif d'efficacité et d'efficience et reflète le partage de responsabilités entre les fournisseurs de services.

Il importe de rappeler qu'il doit s'agir d'une démarche réalisée par l'établissement avec les personnes ayant besoin de services de soutien à domicile et des proches-aidants pour déterminer les modalités de prestation de services qui leur conviennent et qui tiennent compte des ressources disponibles sur le territoire. Il importe également d'insister sur le fait que peu importe la modalité de services choisie, les standards de qualité doivent être respectés. Ce qui implique pour l'établissement de faire affaire avec des fournisseurs de services qui ont une main-d'œuvre formée et de qualité considérant les spécificités de chaque clientèle.²⁴

²⁴ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p.24-25.

Tableau 2

Situation recherchée pour la prestation des services d'aide à domicile ²⁵				
Clientèles	Conditions liées à la modalité de prestation de services	Services	Fournisseurs	Agent payeur
Clientèles dont l'état de santé physique ou psychosociale est instable, ayant besoin de services de courte durée après un épisode : <ul style="list-style-type: none"> ➤ post-opératoire ➤ post-hospitalisation ➤ en soins palliatifs ➤ clientèles vulnérables ayant des besoins complexes et dont les facteurs de risque ne sont pas compensés par l'entourage 		Assistance personnelle * Aide domestique **	Auxiliaire familiale et sociale	Établissement
Clientèles dont l'état de santé physique ou psychosociale est stable, ayant besoin de services de longue durée, soit : <ul style="list-style-type: none"> - Personne ayant une incapacité significative et persistante; - Personne ayant une incapacité légère pour les activités de la vie domestique uniquement. 	Avoir la capacité d'assumer la gestion de ses services seul ou avec l'aide de ses proches-aidants et choisir librement cette option.	Assistance personnelle * Aide domestique	Travailleur de gré à gré ou entreprise d'économie sociale en aide domestique	Établissement et PEFSAD ***
	Selon les ententes particulières conclues entre les entreprises d'économie sociale et le Centre de santé	Aide domestique ** Assistance personnelle	Entreprise d'économie sociale en aide domestique Entreprise d'économie sociale en aide domestique	Établissement et PEFSAD ** Établissement
	Selon les ententes spécifiques conclues entre les organismes communautaires et l'établissement	Soutien civique, popote, accompagnement activités de jour, etc.	Organismes communautaires	Établissement

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

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

*** Le PEFSAD (Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique) couvre les coûts des services d'aide domestique seulement.

²⁵ MSSS. Chez-soi : le premier choix *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004. p. 25.

PROGRAMME D'EXONÉRATION FINANCIÈRE POUR LES SERVICES D'AIDE DOMESTIQUE (PEFSAD) ET RECOURS AUX ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE

Le PEFSAD s'adresse à la population qui a accès à une aide financière fixe pour des services d'aide domestique offerts par des entreprises d'économie sociale (annexe 3). À ce montant s'ajoute une aide variable modulée selon le revenu pour certaines clientèles.

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

Les établissements doivent conclure des ententes formelles avec les EESAD. Ces ententes préciseront la nature des services, les mécanismes de référence et d'échanges d'information spécifique pour la clientèle et les moyens pour s'assurer de la qualité des services offerts par les EESAD. La responsabilité de l'offre de services incombe à l'établissement (formulaire entente de services annexe 4).

ALLOCATION DIRECTE

Les usagers devraient choisir librement et de façon éclairée la modalité de prestation de services pour tous les services dont les services d'assistance personnelle et d'aide domestique par allocation directe, communément appelé chèque emploi (CES).

Les usagers peuvent engager un travailleur dans une entente de gré à gré. Ils peuvent aussi choisir d'utiliser les services d'une entreprise d'économie sociale en aide domestique (EESAD) avec l'accord de l'établissement qui doit conclure une entente particulière avec l'entreprise. Lors de déplacement temporaire ou déménagement, les modalités prévues s'appliquent (annexe 5).

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

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

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

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

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

LES SERVICES AUX PROCHES AIDANTS

La *Politique de soutien à domicile* reconnaît les proches-aidants comme une clientèle admissible à des services de soutien à domicile. Selon diverses recherches, 70 à 85% de l'aide requise aux personnes ayant des incapacités sont les proches. Mais, l'engagement du proche aidant demeure volontaire et doit tenir compte de ses capacités et de ses responsabilités familiales, sociales et professionnelles. Il est un client ayant besoin de services, un partenaire et un citoyen.

Le soutien au proche-aidant est essentiel pour préserver sa contribution et maintenir son équilibre personnel et familial

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

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

Diverses mesures doivent être mises en place pour augmenter l'offre de services aux proches aidants comme recommandées dans la *Politique de soutien à domicile*, c'est-à-dire : présence-surveillance, répit, dépannage, appui aux tâches quotidiennes, services psychosociaux et services d'organisation communautaire.

DESCRIPTION DES SERVICES AUX PROCHES-AIDANTS

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

Le gardiennage (dans le cas d'un enfant) ou “ **présence-surveillance** ” (dans le cas d'un adulte) : ce service désigne les activités normales de garde lorsqu'un proche qui habite avec une personne ayant une incapacité doit s'absenter occasionnellement de son domicile pour diverses activités de la vie courante. Ces services sont généralement planifiés.

Le répit : ce service procure aux proches-aidants un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers d'un enfant ou d'un adulte ayant une incapacité. Le répit peut être offert à domicile : la personne ayant une incapacité est alors prise en charge par une autre personne dans son milieu naturel, cette dernière assurant une relève. Le répit peut aussi être offert à l'extérieur du domicile : il prend alors la forme d'un hébergement temporaire (dans un établissement public, une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire d'hébergement), ou encore d'un séjour dans une ressource de type familial, une maison de répit ou dans toute autre ressource qui offre ce service. Ces services sont généralement planifiés.

Le dépannage : ce service permet aux proches-aidants de faire face à des situations imprévisibles ou urgentes. Le dépannage est donc temporaire et généralement de courte durée. Il consiste à prévoir les mesures ou le type de ressource la plus appropriée pour répondre aux besoins des personnes et des proches. Il consiste également à prévoir ou à organiser les services pour répondre aux besoins lors d'une situation d'urgence, et ce, afin de diminuer les inquiétudes que peuvent avoir certains proches-aidants. Le cas échéant, les personnes doivent savoir où et à qui s'adresser et les mesures, en ce sens, doivent être connues par les clientèles lorsque requis.

L'appui aux tâches quotidiennes : ce service comporte diverses mesures qui permettent de relayer les proches-aidants dans leurs activités quotidiennes, lorsqu'ils prennent soin d'une personne ayant une incapacité ou lorsqu'ils vaquent à leurs autres occupations. Ces mesures comprennent les soins des enfants, l'aide aux devoirs, le soutien dans l'organisation de la vie matérielle, l'accompagnement et les services d'interprétation tactile et visuelle.

Les services psychosociaux : ces services permettent aux proches-aidants de faire face à l'adaptation qu'entraîne – que nécessite le fait d'accompagner une personne ayant une incapacité, en perte d'autonomie ou traversant un épisode de soins aigus, à toutes les étapes (diagnostic, traitement, réadaptation, soins palliatifs, etc.). Ces services s'adressent également aux frères et soeurs et à l'entourage.

Les services d'organisation communautaire : offerts par l'établissement, ces services appuient le développement des services d'aide à la personne et des services aux proches-aidants.

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

LE SUPPORT TECHNIQUE

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

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

Le support technique est accessible en vertu des 22 programmes administrés par le Ministère et son réseau (ex. : Sécurité du Revenu, Les Ventilés du Québec, Cadre de référence support matériel pour personnes handicapées, etc.) en autant que le support visé ne soit pas déjà couvert par un régime public d'indemnisation (CSST, SAAQ, Anciens combattants) ou un régime privé d'assurance.

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

L'ACCÈS AU SUPPORT TECHNIQUE

- De façon générale, l'attribution d'une forme ou d'une autre de support technique doit être envisagée pour maintenir l'autonomie de la personne, retarder ou réduire le recours à l'aide humaine.
- Le processus et les règles d'attribution doivent assurer aux personnes à domicile ayant une incapacité un même accès aux fournitures médicales et un accès aussi avantageux aux aides techniques que si elles étaient hospitalisées ou hébergées.

- La responsabilité de l'évaluation des besoins de la personne²⁶ et de l'attribution du support technique est déterminée en fonction du degré d'expertise requis (caractéristiques de la personne, spécificités du support technique, expertise complémentaire disponible, etc.).
- L'utilisation adéquate et sécuritaire du support technique nécessite une information, une familiarisation et une adaptation appropriées devant être fournies par un professionnel compétent. En conséquence, durant la période d'apprentissage et d'adaptation, il est essentiel de soutenir adéquatement la personne et ses proches.

Lorsque l'aide technique sera utilisée de manière optimale, les services d'aide à domicile pourront alors être ajustés.

Le Ministère invite les agences et les établissements à se doter d'une politique régionale au regard du support technique pour l'ensemble des clientèles²⁷. Les éléments et objectifs qui suivent doivent être pris en compte lors du déménagement d'un usager.

Objectifs visés

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

Dispositions à mettre en place selon les situations :

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

- Lors du déménagement d'une personne dans un autre territoire local ou dans une autre région, il est de la responsabilité de l'usager d'aviser l'établissement de son déménagement.
- L'établissement d'origine avise l'établissement d'accueil dans les meilleurs délais et transmet l'information pertinente relative à la poursuite du plan de services.

²⁶ De telles évaluations sont généralement faites par l'ergothérapeute ou en son absence par un professionnel de la santé ou de la réadaptation mandaté à cette fin par le ou les établissements responsables.

²⁷ L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie et le Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie ont adopté et rendu disponible une Politique d'accès aux fournitures, équipements et aides techniques pouvant servir de modèle dans toutes les régions. Elle correspond aux principes mis de l'avant dans la Politique de soutien à domicile. Adresse électronique : <http://rrsss16.gouv.qc.ca>.

- L'établissement d'origine continue à assumer le coût des services. Elle doit s'entendre avec l'établissement d'accueil sur les modalités de paiement des fournitures pour une période de trois mois.
- Si le déménagement survient vers la fin de l'année budgétaire, les ressources financières pour le support technique doivent être versées par l'établissement d'origine à l'établissement d'accueil, pour une durée de transition d'au moins trois mois, même si cette durée de transition chevauche deux années financières.

À l'occasion du déménagement dans une autre région de personnes recevant des équipements et aides techniques²⁸

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

À l'occasion d'un déplacement temporaire interrégional

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

COORDINATION DES SERVICES

Les personnes requérant des services à long terme peuvent, au gré de l'évolution de leur situation, avoir besoin d'une gamme de services spécialisés ou surspécialisés. Dans ce cas, elles doivent trop souvent effectuer les démarches à travers le réseau de la santé et des services sociaux (établissements ou professionnels). Cette responsabilité, telle que préconisée dans la *Politique de soutien à domicile*, doit être adaptée selon qu'il s'agit d'une clientèle ayant besoin de services de courte durée ou de longue durée. L'établissement doit s'assurer que chaque personne nécessitant du soutien à domicile puisse compter sur un intervenant, qui agira comme **coordonnateur de services**.

²⁸ Cette disposition vaut pour la clientèle qui reçoit des services de longue durée et bénéficie de ce type d'aide. (Voir circulaire déménagement en annexe).

QUALITÉ DES SERVICES

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

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

La préoccupation de la qualité des services doit rester constante et elle repose sur la compétence des ressources humaines dans un contexte particulier de fragilité et de perte d'autonomie.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, cinq notions sont importantes pour établir des standards de qualité et guider les interventions : **l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité et le confort.**

Le **respect de l'identité** existe quand les membres de l'entourage traitent la personne en perte d'autonomie de façon à respecter sa dignité. Cela se traduit entre autres par la transmission d'information, à la personne ainsi qu'à sa famille, sur les traitements qui peuvent le mieux répondre à ses besoins.

L'impression que l'on a de **pouvoir contrôler sa vie** a une grande importance, quel que soit son âge; c'est pourquoi il faut tenter de protéger le pouvoir de décision des personnes, et ce, malgré leur incapacité.

Pour **sauvegarder leur intimité**, ces personnes doivent pouvoir disposer d'un espace physique le permettant.

Pour **se sentir en sécurité**, elles doivent se retrouver dans un environnement rassurant, à la fois sur le plan de leurs habitudes de vie, sur le plan du comportement du personnel et sur celui des aspects architecturaux.

Enfin, **se soucier du confort** des personnes en perte d'autonomie peut amener à accroître l'accès à des équipements et à des technologies d'adaptation, de maintien et de réadaptation.

Dans le secteur de l'intervention à domicile, l'initiative des intervenants est centrale. C'est à eux qu'appartient la responsabilité première de mettre en œuvre les moyens qui vont assurer la qualité des services, peu importe le milieu de vie des personnes. L'orientation du nouveau personnel, toute catégorie confondue, doit considérer cet aspect particulier du travail à domicile :

Se sentir à l'aise et en confiance pour exercer ses activités;
Ne compter que sur lui-même, car le domicile est un lieu isolé;
Composer avec une diversité de situations et les gérer;
Être familiarisé avec le fonctionnement des équipements;
Éviter les hésitations et les incertitudes.

Ainsi, autant pour les travailleurs du centre de santé que pour les proches-aidants ou les travailleurs d'une entreprise d'économie sociale, il y a possibilité de formations en collaboration avec les professionnels concernés du Centre de santé (nutrition, physiothérapie, etc.).

La *Politique de soutien à domicile* affirme clairement la responsabilité des centres de santé quant au suivi de la clientèle et à la qualité des services. Des moyens doivent toutefois être mis en place pour s'assurer de la qualité des services, comme :

- L'établissement de standards de qualité communs à tous les fournisseurs de services sur le territoire.
- Un suivi exercé par le « gestionnaire de cas / intervenant pivot » auprès de la clientèle vulnérable, que les services soient offerts par le réseau public ou achetés à d'autres fournisseurs.
- L'accès à des services de dépannage au besoin.

Et finalement, lorsqu'un usager n'obtient pas satisfaction, les mécanismes de recours établis en vertu de la LSSS et du règlement en vigueur au CRSSS de la Baie-James.

CONCLUSION

La région du Nord-du-Québec, à l'instar du Québec, comptera de plus en plus de personnes âgées et très âgées, et cette tendance ira en s'accroissant rapidement. Conséquemment, les services de soutien à domicile connaîtront, selon toute vraisemblance, une croissance importante au cours des prochaines années.

Les personnes en perte d'autonomie ont, et auront besoin de services adaptés pour vivre à domicile et participer à la vie de leur milieu. Nous devons soutenir ces personnes afin que le respect de leur choix se traduise véritablement par une qualité de vie satisfaisante, pour elles et leurs proches-aidants, tout en offrant les conditions de base de la participation sociale.

Pour les personnes qui doivent subir un traitement de courte ou de longue durée, pour les personnes en convalescence, pour les personnes atteintes d'une maladie terminale qui souhaitent finir leurs jours chez elles, l'évolution des connaissances et des pratiques permettra, toujours davantage, de diminuer les durées de séjour hospitalier et même, très souvent, d'éviter le recours à l'hospitalisation.

Bref, pour toutes les personnes qui ont une incapacité, temporaire ou persistante, l'intervention dans le milieu de vie est devenue la norme. Le souci d'offrir des services de qualité, sécuritaire, accessible et en continuité est fondamental dans la réponse aux besoins des personnes. Ce faisant, il faut toutefois reconnaître que les proches de ces personnes doivent souvent assumer un fardeau supplémentaire. C'est là un enjeu nouveau pour lequel nous verrons à compléter notre offre de services.

Le CRSSS de la Baie-James a tous les atouts nécessaires pour développer un réseau intégré de services et de soutien à domicile soit : des centres de santé, du personnel compétent qui intègre dans leurs pratiques les aspects sanitaires et sociaux, des organismes communautaires, entreprise d'économie sociale en aide domestique, travailleurs de gré à gré, bénévoles, etc.

Les services à domicile représentent certainement une solution d'avenir. Il est important, aujourd'hui, de se donner une organisation forte de services à domicile et de mettre en place les conditions nécessaires pour assurer leur développement et une harmonisation de l'offre de services pour la population de la région du Nord-du-Québec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES. *Consolidation du modèle d'organisation et de gouverne du CRSSS de la Baie-James*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2004, i, 12 p.

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES. *Plan d'organisation*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2005, 59 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2003, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2004, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 93 p.

MOREAU, Yvan. *Enquête sur les aînés du Nord-du-Québec*, Chibougamau, Table régionale de concertation des aînés du Nord-du-Québec, 2004, 41 p.

« Règlement sur l'élection par la population de certains membres du conseil d'administration de l'établissement public visé à la Partie IV.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux », *Gazette officielle du Québec*, Partie 2, 138^e année, no 33, 16 août 2006, p. 4000-4016.