

CHEZ SOI : LE PREMIER CHOIX

La politique de soutien
à domicile



CHEZ SOI : LE PREMIER CHOIX

La politique de soutien
à domicile

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-40514-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Introduction	1
LA VISION	5
1 Le domicile, toujours la première option à considérer	5
2 La priorité : le choix des individus	5
3 Le proche-aidant : un statut reconnu	6
4 Au-delà de l'offre de services, une philosophie d'action	7
5 Le domicile : un choix « neutre » financièrement pour l'usager	9
LES ORIENTATIONS	11
Première orientation Des services adaptés, un soutien personnalisé	13
1 Un accès simple, rapide et équitable	13
1.1 Consolider le guichet d'accès	13
1.1.1 L'accessibilité horaire	13
1.1.2 Une gamme de services standardisée.....	15
1.1.3 Les services spécialisés à domicile	15
1.2 Adopter des critères d'admissibilité uniformes	16
1.2.1 Les personnes admissibles.....	16
1.2.2 Le domicile	16
1.2.3 Les critères.....	17
1.3 Préciser la couverture publique	17
1.4 Harmoniser les pratiques.....	18
1.4.1 L'évaluation des besoins.....	18
1.4.2 L'établissement de l'ordre de priorité dans la réponse aux besoins	19
1.4.3 Le plan d'intervention ou le plan de services individualisé	19
1.4.4 L'aide à domicile : départager les rôles	20
1.4.5 Le monitoring des pratiques	21
2 Des services continus, bien coordonnés	22
2.1 Attribuer une responsabilité clinique de coordination.....	22
2.1.1 La coordination des services pour l'intervention de courte durée.....	22
2.1.2 La coordination des services pour l'intervention de longue durée.....	23
2.2 Implanter des mécanismes de transition.....	24
2.2.1 Entre le CLSC et l'hôpital	24
2.2.2 Les relais entre les services à domicile et les services de réadaptation spécialisés.....	24

2.3 Des moyens de communication adaptés	25
3 Des services de qualité	26
3.1 La formation.....	26
3.2 S'assurer de la participation des usagers dans l'évaluation de la qualité.....	27
3.3 Soutenir l'assurance qualité avec les principaux fournisseurs des services à domicile.....	27
3.4 Les recours	28
Deuxième orientation Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités	29
1 Le Ministère.....	29
2 La régie régionale	30
2.1 L'organisation régionale des services	30
2.2 L'allocation des ressources et la reddition de comptes.....	31
3 Le CLSC.....	31
Troisième orientation Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile	33
1 Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile.....	33
1.1 Le soutien à la personne	33
1.1.1 Simplifier les processus administratifs entre les différents ministères et organismes publics	34
1.1.2 Appuyer le développement et la diversification du logement adapté aux personnes ayant une incapacité	34
1.2 Le soutien aux proches-aidants	35
1.3 Le soutien des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants : une préoccupation inscrite au cœur de la vie communautaire.....	35
LES LEVIERS : POUR ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES À DOMICILE.....	37
1 Suivre, monitorer, mesurer, évaluer.....	37
2 Soutenir l'innovation.....	37
3 Le plan de mise en œuvre de la Politique.....	38
Conclusion	39
Annexe La gamme de services à domicile	41

Introduction

Les services à domicile se sont développés par vagues successives au cours des trente dernières années, accompagnant les grands changements qui ont marqué l'évolution du système de santé et de services sociaux : la « réinsertion sociale » des personnes handicapées, la « désinstitutionnalisation » en santé mentale, le « virage ambulatoire » et le « maintien à domicile » des personnes âgées en perte d'autonomie. Tous ces vocables traduisent au fond la même réalité : **le passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie.**

Aujourd'hui, des milliers de personnes handicapées et de personnes âgées peuvent vivre chez elles en toute sécurité avec le soutien nécessaire. Par ailleurs, grâce aux développements récents des technologies et des pratiques, de plus en plus de personnes à leur domicile peuvent recevoir les soins ou les traitements requis : des malades chroniques, des personnes en convalescence, des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes en soins palliatifs. Des enfants qui ont une déficience ou un trouble envahissant du développement et leur famille sont aussi soutenus à domicile.

Les services à domicile s'adressent à une **très large clientèle**. En fait tout le monde, à un moment ou à un autre de son existence, est susceptible d'avoir recours à ces services. L'an dernier, ce fut le cas de plus de 260 000 personnes, et ce nombre est en augmentation constante. Les dépenses de services à domicile ont également connu une hausse importante au cours des cinq dernières années. Elles atteignent aujourd'hui près de 600 millions de dollars. En proportion, ces dépenses comptent encore, toutefois, pour une part modeste du budget public des services de santé et des services sociaux : 3,4 % en 2000-2001 par rapport à 2,5 % en 1995-1996.

Les besoins en services à domicile devraient encore augmenter au cours des prochaines années. L'évolution des connaissances et des pratiques permettra en effet de toujours mieux répondre au souhait des personnes ayant une incapacité de demeurer chez elles. De plus, le nombre de personnes dont la condition requiert de tels services devrait connaître une forte croissance, selon toute vraisemblance. Il suffit de rappeler que la proportion de personnes âgées dans la population québécoise passera de 13 % à 24 % d'ici vingt-cinq ans. Pendant ce temps, le nombre de personnes très âgées décuplera.

Les services à domicile ne forment pas un nouveau champ, qui se serait ajouté au noyau traditionnel des services de santé et des services sociaux, mais bien une **nouvelle manière de répondre aux besoins, plus efficace, mieux adaptée** à la réalité d'aujourd'hui. Pour cette raison, ils ne peuvent être envisagés seuls, comme un secteur en soi ; **ils sont interdépendants des autres services**, offerts par le système de santé et de services sociaux : les services de première ligne offerts en ambulatoire et les services spécialisés. Ainsi, la présence d'un réseau de services de première ligne fort et bien structuré représente un enjeu central pour le soutien à domicile des personnes ayant une incapacité. La disponibilité d'un tel réseau et la flexibilité sont nécessaires pour offrir le meilleur service au meilleur endroit. À

l'inverse, les lacunes dans ce réseau obligeront les services à domicile à suppléer. Enfin, quand ces deux composantes sont déficientes, les services spécialisés doivent compenser – en plus de devoir jouer leur rôle –, à des coûts beaucoup plus élevés pour la collectivité et au détriment de l'accessibilité aux services. Pour cette raison, l'expansion des services à domicile s'inscrit dans l'orientation fondamentale qui guide actuellement l'évolution du système de santé et de services sociaux : le développement des services dans le milieu de vie.

Le Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne, adopté en 1994, constituait jusqu'à maintenant la politique officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière de services à domicile. Il était destiné principalement aux clientèles des services de longue durée, tout particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Or au cours de la dernière décennie, la transformation des services hospitaliers a contribué à augmenter considérablement la clientèle des services à domicile de courte durée, qui compte maintenant pour près de 30 % du total. Pendant cette période, l'intégration sociale des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux graves s'est accentuée et l'hébergement en établissement est devenu une solution de tout dernier recours. Avec la montée des besoins, les clientèles ont souvent été placées en concurrence. De plus, on relève des écarts importants dans l'accès aux services, entre les clientèles et entre les territoires.

De nouveaux prestataires de services sont apparus. Aujourd'hui, le champ forme une mosaïque complexe où se côtoient plusieurs acteurs : les CLSC et d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les entreprises d'économie sociale en aide domestique, des organismes communautaires, des entreprises privées, diverses organisations publiques (Société d'habitation du Québec (SHQ), Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), etc.).

La Politique de soutien à domicile remplace le Cadre de référence. Pour corriger les problèmes actuels, elle adopte trois perspectives, trois lorgnettes qui orienteront toutes les actions.

- ↪ À la base, les attentes et les besoins des individus et de la population.
- ↪ La gestion des services à domicile au sein d'un système qui doit leur accorder une place toujours plus importante.
- ↪ L'action concertée, collective, en faveur des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants.

Ces trois perspectives révèlent la nature et l'ampleur des défis à relever. La première renvoie à l'essence même du service public, à son sens premier ; la deuxième nous indique la voie de l'efficacité ; la troisième nous rappelle notre devoir de solidarité.

La Politique est fondée sur la **reconnaissance de l'engagement des proches-aidants** et des familles qui, il faut le rappeler, fournissent les trois quarts de l'aide aux personnes ayant une incapacité. On estime qu'environ 10 % de Québécoises et Québécois aident une personne qui a une incapacité de longue durée. Plus de 18 % des proches-aidants consacrent à cette fonction au moins dix heures par semaine et 10 %, de cinq à neuf heures¹. La grande majorité des proches-aidants sont des femmes. En outre, ces dernières remplissent plus souvent que les hommes le rôle d'aidante principale. Les besoins des familles qui ont un enfant avec une incapacité doivent également recevoir une attention particulière.

La Politique jette les bases d'un nouveau mode de relation entre les proches-aidants et le système de santé et de services sociaux. Elle prend également assise sur une vision « citoyenne », qui amène à considérer l'individu au-delà de toute catégorie. Selon cette vision, l'accès au soutien à domicile doit être le même pour tous, sans distinction, et la réponse apportée doit être toujours fondée sur les besoins, essentiellement.

Deux dernières précisions s'imposent. D'abord, la Politique ne couvre pas le vaste champ de l'intégration sociale. Elle étaye toutefois la première condition à remplir pour favoriser l'intégration sociale, c'est-à-dire la participation pleine et entière des personnes ayant une incapacité significative et persistante à la vie collective : des services à domicile suffisants, adaptés et personnalisés. Ensuite, la Politique de soutien à domicile vient appuyer les orientations ministérielles destinées aux diverses clientèles du système de santé et de services sociaux, sans s'y substituer.

1. Keating et autres, *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences*, Statistique Canada, 1999.

La vision

1 Le domicile, toujours la première option à considérer

Dans le respect du choix des individus, le domicile sera toujours envisagé comme **la première option, au début de l'intervention ainsi qu'à toutes les étapes**. Les services à domicile ne doivent plus être considérés comme une mesure de substitution, une « solution de rechange » à l'hébergement en établissement ou à l'hospitalisation. La lougnette doit être inversée. Tous les intervenants des services de santé et des services sociaux doivent contribuer à l'objectif de soutien à domicile, qui constitue le fondement même de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

« Le régime de santé et de services sociaux [...] a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (Article 1)

2 La priorité : le choix des individus

- Toute personne ayant une incapacité significative et persistante doit pouvoir vivre dans son domicile et participer à la vie de son milieu dans **des conditions** qu'elle juge satisfaisante pour elle et ses proches.
- Toute personne en convalescence à domicile ou qui y reçoit des soins, des traitements ou du soutien doit pouvoir compter sur **les garanties de sécurité** requises.
- Toute personne doit être traitée **équitablement**, quels que soient son statut, son revenu ou toute autre caractéristique.
- Le domicile est **un lieu privé**. Les décisions des personnes prévalent toujours quant à leurs choix de vie au quotidien et au choix des ressources qui les soutiennent.
- L'intervention à domicile se déroule dans **le respect des valeurs** culturelles et de la situation familiale et sociale. L'intervention se construit sur des relations de confiance. Il faut éviter la « surprofessionnalisation » du domicile.

3 Le proche-aidant : un statut reconnu

Le proche-aidant désigne :

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-aidant². Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

- L'engagement du proche-aidant 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, stipulées dans le Code civil.
- Le soutien aux proches-aidants vise un objectif : faire en sorte que le proche puisse maintenir sa relation interpersonnelle courante et habituelle avec la personne qu'il aide.
- Dans cette optique, le proche-aidant est considéré à la fois comme un client des services, un partenaire et un citoyen qui remplit ses obligations usuelles.
 - Un **client** des services.

Le proche-aidant a besoin d'appui et d'accompagnement pour remplir son rôle.

Une gamme de services et des mesures visant à appuyer les proches-aidants doivent être graduellement mises en place dans chaque région pour répondre à leurs besoins propres.

- Un **partenaire**.

Le proche-aidant doit recevoir toute l'information (avec le consentement préalable de la personne qu'il aide), la formation et la supervision nécessaires pour maîtriser les tâches qu'il accepte librement d'effectuer ; il doit également savoir à qui s'adresser en cas d'urgence et avoir accès à une aide immédiate. Dans les services de longue durée, le proche-aidant participera activement à l'élaboration du plan d'intervention ou du plan de services individualisé, toujours si la personne ayant une incapacité y consent.

2. 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 occulter ou remplacer le statut de parent, de mère, de père, 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. Ils constituent plutôt une base commune destinée à tout proche-aidant, quelle que soit la nature de l'incapacité de la personne qu'il aide.

- Un **citoyen** qui remplit ses obligations sociales et familiales.

Des mesures doivent être prévues pour le proche-aidant dans ses obligations normales et habituelles (normes du travail, assurance emploi, mesures fiscales...).

4 Au-delà de l'offre de services, une philosophie d'action

Les services 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 fait d'offrir des services à domicile ne se résume pas à un simple déplacement du lieu de soins, par exemple du centre de réadaptation ou de l'hôpital au domicile. Le domicile est un lieu d'intimité où un individu réalise des activités, entretient des relations interpersonnelles, remplit des rôles sociaux, bref un milieu de vie. L'intervention à domicile s'inscrit toujours dans une réalité familiale et culturelle particulière. Pour cette raison, le domicile ne peut être considéré comme un simple « site » de soins.

Les services à domicile contribuent à un grand objectif : le soutien à domicile³. Or, le soutien à domicile prend diverses formes. Il peut être limité dans le temps ; il peut se limiter à un ou à quelques services ; il peut être de longue durée et requérir un amalgame de services, mesures ou activités : services professionnels (offerts à domicile ou en ambulatoire), aide à domicile, popote, répit, aide technique, etc. La configuration des services et des activités est toujours modulée en fonction de la situation de la personne et de ses besoins, de son entourage (les choix, la volonté et la disponibilité des proches-aidants), de son environnement. Par exemple, le recours à une aide technique ou encore un logement adapté peut changer radicalement les besoins en services.

3. Le vocable *soutien à domicile* est préféré à *maintien à domicile*, employé auparavant, pour la raison suivante : le terme *soutien* place l'accent sur la personne, en mesure d'exercer ses choix, alors que le terme *maintien* renvoie à un objectif extérieur à la personne.

Le soutien à domicile repose sur une diversité de moyens, qui peuvent être regroupés en trois volets.

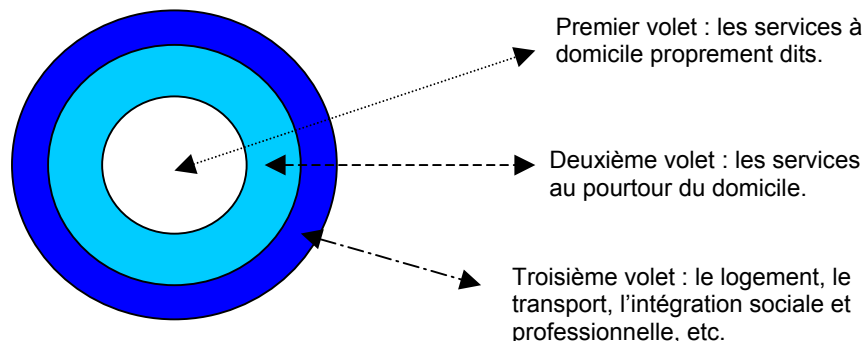
- Le premier comprend les services destinés à la personne et ceux qui permettent d’agir sur son environnement immédiat, soit le noyau de base des services à domicile :
 - les soins et services professionnels (médicaux, infirmiers, etc.) offerts à domicile (ces services peuvent également être offerts en ambulatoire) ;
 - les services d’aide à domicile (aide domestique, soins d’hygiène, etc.) ;
 - les services aux proches-aidants (répit, dépannage, etc.) ;
 - le support technique requis à domicile (équipements, fournitures et aides techniques).

La gamme détaillée des services est présentée en annexe.

À ce noyau de base, il faut ajouter les services d’adaptation domiciliaire.

- Le deuxième volet comprend les services au pourtour du domicile qui contribuent à l’objectif de soutien à domicile (services des centres de jour, activités de jour, hôpital de jour), ainsi que les services généraux et spécialisés offerts en ambulatoire et en établissement par le réseau de la santé et des services sociaux.
- Le troisième volet s’inscrit dans une perspective globale, sociétale, du soutien à domicile. Il regroupe les mesures relatives au logement, au transport adapté, à l’intégration sociale et professionnelle, les services municipaux, les mesures fiscales et les prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs proches-aidants, les mesures de conciliation travail-famille.

Les services à domicile : une composante du soutien à domicile



Les intervenants des services à domicile doivent privilégier une **approche de « soutien »** : c'est-à-dire considérer à la fois les services à la personne, le soutien aux proches-aidants, le recours au support technique, l'aménagement du domicile, etc. Pour soutenir adéquatement une personne à domicile ayant une incapacité, il faut intervenir simultanément sur tous ces plans, en recherchant le meilleur équilibre possible. Et comme, en général, la situation évolue, cet équilibre doit constamment être réinterprété.

Enfin, l'équipe de soutien à domicile doit faire de la prévention une préoccupation constante, quotidienne. Elle collaborera, en particulier, aux activités de dépistage, de prévention et de promotion de la santé prévues dans les programmes-clientèles et le Programme national de santé publique.

5 Le domicile : un choix « neutre » financièrement pour l'utilisateur

Le fait que les services soient offerts au domicile ne doit pas se traduire par un traitement différencié. En d'autres mots, le choix du lieu pour soutenir une personne doit être neutre financièrement. Aussi, une personne qui reçoit des services à domicile ne peut en retirer aucun avantage financier, par exemple en évitant des dépenses qui autrement lui reviendraient.

Les orientations

Première orientation

Des services personnalisés, un soutien adapté

Afin de relever le défi du « **service public** », il faut adapter l'organisation des services en fonction des attentes de la population. 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 offerts.

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 possible. Les services à domicile représentent un moyen puissant pour améliorer la performance générale du système. Les leviers de gestion (allocation des ressources, reddition de comptes, etc.) favoriseront le recours à cette solution, dans les situations où sa pertinence est démontrée. La gestion privilégiera la flexibilité quant au choix des moyens et le rapprochement des décisions de l'action. L'atteinte de ces objectifs repose sur un partage clair des responsabilités entre le Ministère, les régies régionales de la santé et des services sociaux et les CLSC.

Troisième orientation

Travailler ensemble, collectivement : pour une stratégie nationale de soutien à domicile

La collectivité est conviée encore une fois à relever un défi de la **solidarité**. En effet, les services à domicile, si importants soient-ils, ne seront jamais qu'un moyen. Ils doivent être considérés à l'aune de l'objectif poursuivi : le soutien à domicile. Or **le soutien à domicile est une responsabilité collective**, qui ne peut être assumée entièrement par le système de santé et de services sociaux. En effet, le soutien à domicile est étroitement lié aux politiques de logement, de transport et d'accès aux services de consommation courants. Les choix faits dans ces domaines peuvent avoir des répercussions fort différentes tant sur le plan de la qualité de vie et de la participation sociale des personnes qu'en matière de dépenses de santé et de services sociaux. La présente Politique porte essentiellement sur l'organisation des services à domicile. Mais vu la position qu'il occupe auprès des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants, le Ministère propose une vision du soutien à domicile à ses partenaires qui œuvrent dans ce champ et, plus globalement, à la société québécoise. Il entend être proactif pour faire converger les efforts et ainsi amener les partenaires concernés à mieux travailler ensemble.

Première orientation

Des services adaptés, un soutien personnalisé

1 Un accès simple, rapide et équitable

Pour améliorer l'accès aux services, le Ministère entend :

- consolider le CLSC comme guichet d'accès ;
- adopter des critères d'admissibilité clairs qui s'appliquent partout ;
- préciser la couverture publique des services ;
- harmoniser les pratiques pour mieux répondre, et de manière équitable, aux besoins.

1.1 Consolider le guichet d'accès

Toute personne qui juge avoir besoin d'aide ou de services à domicile s'adresse au CLSC. Si elle est admissible, elle obtiendra le soutien requis, quelle que soit la résidence qu'elle a choisie. Le CLSC pourra également, si son état le requiert, lui trouver une ressource résidentielle appropriée : logement collectif ou logement adapté, place dans une ressource intermédiaire ou dans une ressource de type familial, etc.

Le CLSC reçoit les demandes directement ou sur référence. En d'autres mots, la demande peut provenir de la personne ayant une incapacité, d'un proche, du médecin, d'un professionnel de la santé et des services sociaux, d'un autre établissement – l'hôpital, le centre de réadaptation, le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), etc. – ou d'un organisme communautaire.

Dès la réception de la demande, le CLSC l'évalue sommairement et, si nécessaire, apporte une réponse immédiate.

1.1.1 L'accessibilité horaire

L'accès aux services à domicile doit être le même partout sur le territoire québécois.

- **Pour la clientèle inscrite aux services à domicile**, les services suivants, qu'ils soient planifiés ou non, doivent être accessibles **en tout temps** (24/7) : les soins infirmiers, les services d'inhalothérapie et le dépannage en situation d'urgence. Le gardiennage, ou « présence-surveillance », doit être organisé selon un horaire qui convient aux proches-aidants. L'accès en tout temps aux services médicaux et aux

services pharmaceutiques doit être assuré dans chaque territoire. Rappelons qu'une personne inscrite aux services à domicile doit recevoir les services nécessaires, selon l'intensité prévue, indépendamment du jour de la semaine.

- **Pour la population dans son ensemble**, le service d'accueil, d'évaluation et d'orientation est accessible aux heures régulières d'ouverture du CLSC.

Le cheminement d'une demande de soutien à domicile

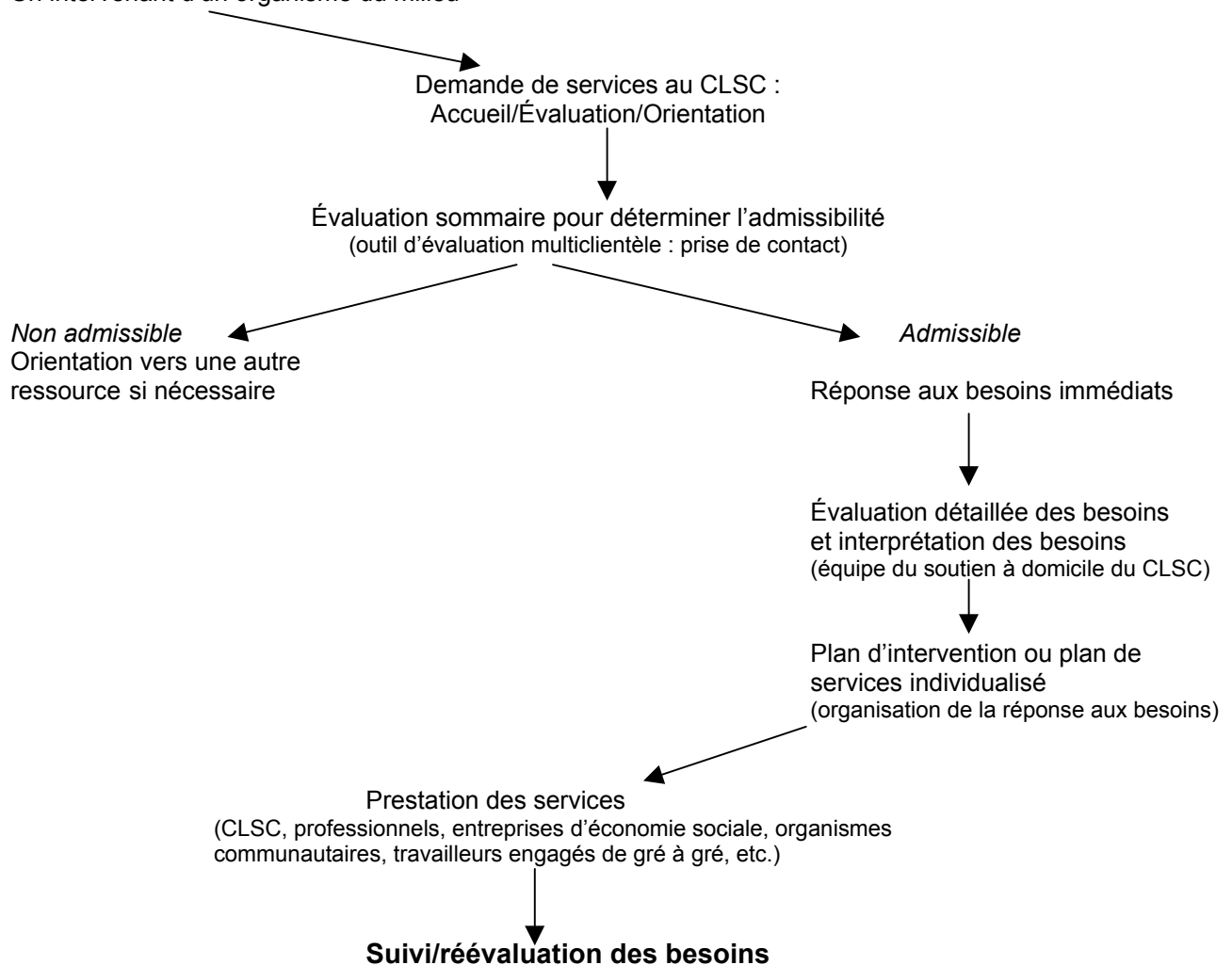
Provenance d'une demande :

La personne ayant une incapacité

Un proche-aidant

Un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux
(clinique médicale, centre hospitalier, centre de réadaptation, etc.)

Un intervenant d'un organisme du milieu



1.1.2 Une gamme de services standardisée

La régie régionale et le CLSC doivent compléter la gamme de services à domicile, en partenariat avec les autres ressources du milieu. Les services suivants doivent être disponibles :

- *les services professionnels de première ligne offerts au domicile (ces services sont également offerts en ambulatoire) ;*
- *les services d'aide à domicile ;*
- *les services aux proches-aidants (offerts à domicile et en ambulatoire) ;*
- *le support technique requis à domicile.*

La configuration de ces services et la façon de les offrir s'aligneront sur les besoins et les caractéristiques propres à chaque territoire de CLSC.

La gamme de services (voir l'annexe) doit être complétée dans tous les territoires de CLSC. Les services suivants sont considérés en priorité :

- **les services d'aide à domicile ;**
- **le soutien aux proches-aidants ;**
- **les services de réadaptation de base.**

1.1.3 Les services spécialisés à domicile

Avec les avancées technologiques, de plus en plus de malades peuvent recevoir à leur domicile des traitements offerts jusqu'à récemment dans les seuls établissements : antibiothérapie parentérale, oxygénothérapie, etc. Cette tendance s'inscrit dans l'orientation générale d'accroître les services dans le milieu de vie.

Les critères de qualité (expertise, densité d'usagers, etc.) et d'efficience guideront l'organisation régionale de ces services. Un ou des CLSC de la région, selon la densité de la population et les besoins, pourront être mandatés pour concentrer l'expertise et coordonner l'offre de services. Dans tous les cas, les services seront offerts en étroite collaboration avec les centres hospitaliers.

Par ailleurs, les CLSC sont appelés à collaborer à la prestation de services spécialisés qui, pour des raisons de densité d'usagers et d'efficience, demeure encore sous la responsabilité des centres hospitaliers.

1.2 Adopter des critères d'admissibilité uniformes

Les services à domicile, et particulièrement le soutien à domicile, sont encore associés, parfois, à des services de confort. Cette perception est évidemment fautive. Ce sont des services essentiels, sans lesquels une personne ayant une incapacité ne pourrait vivre dans son milieu et exercer ses rôles sociaux. Pour être admissibles au soutien à domicile, les personnes doivent satisfaire à des conditions précises.

1.2.1 Les personnes admissibles

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.

1.2.2 Le domicile

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. L'évaluation des besoins et le plan d'intervention ou le plan de services individualisé tiendront compte des services fournis par ces résidences.

Les personnes qui demeurent dans un établissement public – centre hospitalier, centre de réadaptation ou CHSLD public –, dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné ne sont pas admissibles, puisqu'elles reçoivent déjà des services de ces établissements. C'est le cas également des personnes hébergées dans des établissements publics créés par d'autres ministères provinciaux ou fédéraux.

Par ailleurs, les personnes en réadaptation ou en réinsertion sociale qui n'ont pas encore de domicile fixe sont admissibles au soutien à domicile.

1.2.3 Les critères

Le soutien à domicile est offert 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 ;
- 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**.

Les personnes couvertes par un autre régime public (par exemple, l'assurance automobile ou la santé et la sécurité du travail), pour des services du même type, ne sont pas admissibles.

1.3 Préciser la couverture publique

En vertu du principe de neutralité, les **services professionnels** sont offerts gratuitement à tous, quel que soit le lieu.

Quant aux **services d'aide domestique 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 ;
- aux personnes qui reçoivent des soins palliatifs ;
- aux personnes qui ont une incapacité significative et persistante⁴.

4. Règle générale, une personne ayant une incapacité significative et persistante présente à la fois une incapacité pour les activités de la vie domestique et une incapacité pour les activités de la vie quotidienne (l'une ou l'autre pouvant être compensée par une aide technique). Exceptionnellement, une personne qui a uniquement une incapacité pour les activités de la vie domestique peut parfois présenter une incapacité significative et persistante. Le jugement clinique de l'équipe de soutien à domicile du CLSC prévaudra. Cette personne sera alors considérée selon les mêmes modalités.

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.

Les personnes qui ont une incapacité pour les activités de la vie domestique uniquement (qui ont besoin d'aide domestique seulement) seront dirigées vers une entreprise d'économie sociale. Les personnes à faible revenu 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.

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.

1.4 Harmoniser les pratiques

Pour corriger l'écart actuel, les CLSC doivent adopter des façons de faire et des outils communs : pour l'évaluation des besoins, l'établissement de l'ordre de priorités dans la réponse aux besoins, la préparation des plans d'intervention, le départage des rôles dans les services d'aide à domicile et le monitoring des pratiques.

1.4.1 L'évaluation des besoins

D'ici l'automne 2003, tous les CLSC auront recours à un instrument standardisé pour évaluer les besoins : l'outil d'évaluation multicientèle. Dans un premier temps, l'outil sera utilisé principalement auprès des personnes âgées, des personnes en convalescence et des personnes ayant une déficience physique.

L'outil multicientèle doit évoluer au cours des prochaines années pour :

- s'appliquer graduellement à **toutes les clientèles** des services à domicile ;
- être compatible avec le système d'évaluation des demandes d'hébergement et les outils d'évaluation utilisés par les CHSLD et certains services spécialisés des centres hospitaliers et des centres de réadaptation. Une personne n'aura pas à subir une autre évaluation complète lorsqu'elle consulte les services spécialisés. Une évaluation complémentaire, le cas échéant, sera suffisante ;
- mesurer les besoins propres des proches-aidants (en fonction de leurs attentes et de caractéristiques comme l'âge, le sexe, des conditions de vie particulières, etc.).

La situation de toute personne ayant une incapacité significative et persistante et celle des proches-aidants doivent être réévaluées au besoin, au minimum une fois par année.

L'outil multicientèle sera informatisé afin d'alimenter les systèmes d'information sur les clientèles.

1.4.2 L'établissement de l'ordre de priorité dans la réponse aux besoins

Lorsqu'il est nécessaire d'établir un ordre de priorité dans la réponse aux besoins, les critères suivants seront appliqués :

- **les besoins exprimés par la personne qui demande du soutien et ses proches-aidants ;**
- **l'urgence de la situation** : la condition de la personne, la capacité de la personne à gérer sa situation, etc. ;
- **la qualité du milieu de vie** : l'absence ou l'insuffisance du soutien social, un domicile inadéquat, etc.

Ces critères seront raffinés dans le plan de mise en œuvre de la Politique, en étroite collaboration avec les régies régionales et les CLSC. En aucun cas, des critères socioéconomiques ne sauraient constituer un motif de refus. Les services à domicile forment une composante des services de santé et des services sociaux et, à ce titre, ils sont accessibles à tous sans égard au revenu.

Le CLSC se donnera un système de gestion de l'accès. La régie régionale verra à harmoniser les pratiques sur son territoire pour la gestion de l'accès aux services. Un tel système fournit la mesure précise des besoins et permet de mieux planifier les ressources.

En outre, lorsqu'une personne ou ses proches trouvent une solution temporaire de dépannage parce qu'ils doivent subir un délai, ils ne doivent pas être pénalisés dans l'ordre de priorité établi parce qu'ils ont eu recours à cette solution.

1.4.3 Le plan d'intervention ou le plan de services individualisé

Le plan d'intervention ou le plan de services individualisé établit la configuration des services nécessaires : services à la personne, services aux proches-aidants, support technique. Chaque plan est personnalisé et mis en œuvre le plus rapidement possible.

Dans la préparation du plan, on devra prévoir **l'intensité de services requise**. C'est là une condition essentielle pour maintenir la qualité de vie d'une personne et une condition d'efficacité de l'intervention. Il faut par ailleurs rappeler que les services à la personne et les services aux proches-aidants sont interdépendants. En effet, la première et la plus importante mesure pour appuyer les proches-aidants reste **l'accès à des services de soutien à domicile bien organisés** pour la personne ayant une incapacité.

1.4.4 L'aide à domicile : départager les rôles

Des imprécisions doivent être levées quant au rôle des différents prestataires de services dans le champ des services d'aide à domicile. Le départage établi ici n'a aucun effet sur la couverture publique des services.

Situation actuelle dans les services d'aide à domicile

PRESTATEURS	SERVICES	CLIENTÈLES
CLSC (auxiliaire familiale et sociale)	Assistance personnelle* Aide domestique**	Toutes clientèles
Travailleur engagé de gré à gré (allocation directe)	Assistance personnelle* Aide domestique**	Surtout les personnes handicapées
Entreprise d'économie sociale (PEFSAD)	Aide domestique** Assistance personnelle* parfois	Toutes clientèles
Organisme communautaire	Définit son propre champ d'activité	

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

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

Le nouveau partage des responsabilités s'aligne sur trois critères :

- le choix de la personne soutenue à domicile et de ses proches-aidants ;
- l'état clinique et la situation de la personne ;
- l'expertise requise.

Dans cette perspective, les balises suivantes sont fixées.

- a) Les **auxiliaires familiales et sociales** du CLSC fourniront généralement l'ensemble des services d'aide à domicile à la **clientèle ayant des besoins complexes** : les personnes dont l'état de santé est instable ; les personnes en soins palliatifs ; les personnes qui présentent des facteurs de risque sociaux non compensés par l'entourage. La présence de l'auxiliaire familiale au sein de l'équipe de soutien à domicile du CLSC permet d'assurer une meilleure coordination des services et de réagir rapidement aux besoins, lorsque la situation change.

L'évolution des pratiques et l'arrivée de technologies très accessibles obligent à faire évoluer la réglementation professionnelle. Dans cette perspective, le Ministère entend :

Examiner, en collaboration avec les instances concernées, la possibilité de transférer aux auxiliaires familiales et sociales des activités et des soins assumés actuellement par les infirmières, qui vont au-delà des soins d'hygiène.

- b) Les **travailleurs engagés de gré à gré** (allocation directe⁵) offriront les services d'aide aux **personnes qui choisissent librement** cette option, dont l'état est stable et qui sont en **mesure d'assumer la gestion de leurs services**, seules ou avec l'aide de leurs proches. Les personnes peuvent engager elles-mêmes un travailleur de gré à gré ou encore s'adresser à une entreprise d'économie sociale. Le Ministère et les régions régionales veilleront à uniformiser graduellement le taux horaire de l'allocation directe sur tout le territoire.
- c) Les **entreprises d'économie sociale offriront les services d'aide domestique** (entretien ménager et préparation de repas) à l'ensemble de la clientèle.
- d) Les **organismes communautaires et les groupes bénévoles** peuvent offrir le **soutien civique**, la livraison de **repas à domicile (popotes)**, **l'accompagnement**, **le transport**, **les visites d'amitié** et toute autre activité qui contribue au soutien à domicile. Le partenariat avec les organismes du milieu doit être constant, et ce, sur une base volontaire et dans le respect des termes de la politique gouvernementale sur l'action communautaire.

Ces balises sont fournies dans le seul but de mettre à profit la diversité des ressources du milieu. Elles pourront être modulées selon la situation particulière de chaque territoire.

1.4.5 Le monitoring des pratiques

Dans un souci d'équité, l'harmonisation des plans d'intervention ou des plans de services individualisés est essentielle – tout particulièrement en ce qui a trait à l'intensité des services – et doit être réalisée dans le respect des choix cliniques des intervenants. Cette harmonisation sera éventuellement fondée sur des « profils types », qui serviront de points de repère aux intervenants.

5. L'allocation directe, qu'elle soit versée pour des services à la personne ou des services aux proches-aidants, doit être utilisée comme modalité, comme un moyen parmi d'autres d'offrir le service. En aucun cas, elle ne saurait être considérée comme une prestation accordée à des individus ou à des familles.

Pour l'heure, les régies régionales et les CLSC verront à monitorer les pratiques, c'est-à-dire qu'ils compareront, à intervalles réguliers, un échantillon de plans d'intervention ou de plans de services individualisés. L'exercice, réalisé par des professionnels reconnus, permettra de prévenir les trop grandes disparités entre les territoires.

2 Des services continus, bien coordonnés

Il n'appartient pas aux usagers ni à leurs proches-aidants de porter la complexité du réseau de services ; c'est au système et à ses artisans qu'il revient de la gérer.

Une coordination adéquate doit viser à offrir le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant. Elle représente une garantie de sécurité pour les personnes desservies, et une garantie d'efficience pour le système de services.

La coordination doit être abordée sous deux angles : la coordination des services offerts au domicile même et la coordination de l'ensemble des activités et des services qui permettent de soutenir une personne à domicile. Elle sera assurée :

- par l'attribution d'une responsabilité clinique de coordination aux intervenants de première ligne ;
- par des mécanismes formels de transition entre les lieux de soins ;
- par des moyens de communication adaptés.

2.1 Attribuer une responsabilité clinique de coordination

L'équipe de soutien à domicile, en collaboration avec les autres professionnels et unités de services concernés, est responsable de l'organisation des services à la personne soutenue à domicile et du cheminement de cette dernière au sein des différentes unités de services qu'elle doit éventuellement consulter. L'équipe doit donc assurer la transition d'une unité de soins vers le domicile et organiser le soutien requis.

2.1.1 La coordination des services pour l'intervention de courte durée

La personne qui reçoit des services à domicile doit avoir un interlocuteur privilégié, un professionnel à qui elle peut s'adresser. Pour la clientèle des services de courte durée :

Le professionnel le plus significatif pour la personne assume la fonction de coordination, et ce, pour l'ensemble des services qu'elle reçoit.

Ce professionnel peut être l'infirmière ou un autre professionnel du CLSC. Il travaillera en étroite collaboration avec le médecin de famille. La participation du médecin est essentielle. Pour cette raison, les services à domicile sont retenus comme une priorité dans les ententes sur les activités médicales particulières.

2.1.2 La coordination des services pour l'intervention de longue durée

Les orientations ministérielles pour les clientèles des services de longue durée comprennent des mesures de coordination dont l'essentiel est repris ici. La Politique de soutien à domicile vient appuyer ces orientations.

Dans l'intervention de longue durée, la coordination prend d'abord assise sur le **travail multidisciplinaire**, qui regroupe tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne soutenue à domicile : médecin traitant, infirmière, auxiliaire familiale, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, nutritionniste, pharmacien et, le cas échéant, médecin spécialiste. Le travail multidisciplinaire permet de développer une **vision commune de l'intervention**. L'expérience démontre que le **pharmacien est un partenaire majeur**, tout particulièrement dans les soins palliatifs et les soins aux personnes dont l'état est instable. Les régies régionales et les CLSC verront donc à mettre en place des modes de collaboration avec les professionnels des pharmacies communautaires. L'organisation de la pratique médicale doit enfin prévoir **l'accès au médecin traitant** pour le professionnel qui intervient à domicile. L'expérience révèle que c'est là une importante condition d'efficacité.

Si l'état de la personne soutenue à domicile le requiert, un professionnel remplit la fonction de « gestion de cas » : **le coordonnateur de services à la personne** (désigné aussi « intervenant pivot » ou « gestionnaire de cas », selon les clientèles). Cet intervenant agit comme mandataire de la personne pour l'ensemble des services qu'elle reçoit. Ses responsabilités consistent à maintenir un contact régulier, à informer et à accompagner la personne ou ses proches-aidants et, plus particulièrement, à agir de façon proactive lorsque la situation de la personne est instable.

Le coordonnateur de services à la personne doit disposer de la marge de manœuvre et des outils nécessaires pour offrir une configuration optimale de services à la personne soutenue à domicile et à ses proches-aidants. Pour ce faire, il doit être reconnu par tous les acteurs comme étant le responsable clinique de la coordination des services. Il doit surtout être appuyé par une organisation de services, au sein de laquelle toutes les composantes sont réseautées, intégrées.

2.2 Implanter des mécanismes de transition

2.2.1 Entre le CLSC et l'hôpital

Le CLSC est **responsable de la liaison**, de l'hôpital au domicile, en étroite collaboration avec les groupes de médecine de famille. Aussi le CLSC doit-il être informé, dès l'admission, qu'une personne lui sera référée si celle-ci a besoin de soutien à domicile.

La transition entre l'hôpital et le domicile représente souvent un moment critique. Si certaines conditions ne sont pas respectées, le retour au domicile peut être une grande source d'insécurité, d'anxiété. L'infirmière de l'équipe de soutien à domicile sera donc chargée :

- de planifier le congé de l'hôpital, en collaboration avec le médecin traitant ;
- de transmettre toute l'information clinique nécessaire à l'intervenant ou aux intervenants – le cas échéant, au coordonnateur de services à la personne – qui doivent intervenir au domicile ;
- de veiller à ce que la personne et ses proches-aidants aient reçu toute l'information essentielle.

Afin d'assurer le meilleur suivi possible des personnes après une hospitalisation, les CLSC se donneront un outil reconnu de suivi systématique de clientèle.

2.2.2 Les relais entre les services à domicile et les services de réadaptation spécialisés

Le partage des responsabilités entre le CLSC et l'établissement spécialisé de réadaptation est fondé sur le principe suivant : le CLSC est chargé des activités visant le maintien ou la consolidation des acquis et des capacités fonctionnelles et sociales, des activités de soutien à l'autonomie et des services d'aide permettant le maintien dans le milieu de vie ; l'établissement spécialisé de réadaptation est responsable des services spécialisés.

Les services spécialisés de réadaptation ont généralement à intervenir à un moment précis ou pour une problématique complexe : réadaptation après un traumatisme, événement fortuit ou changement subit de la situation d'une personne ayant une incapacité, adaptation à un nouvel environnement, etc. L'équipe spécialisée de réadaptation peut alors agir comme fournisseur principal de services et comme consultant pour l'équipe de soutien à domicile. Par ailleurs, l'équipe de soutien à domicile joue un rôle important dans l'évaluation de l'adaptation domiciliaire des personnes ayant une déficience physique.

En pratique, l'établissement spécialisé de réadaptation et le CLSC doivent mener plusieurs actions conjointes dans les milieux de vie. Parfois, ils doivent même collaborer au quotidien. Dans le but d'optimiser les interventions à domicile et dans le milieu, les CLSC et les établissements spécialisés de réadaptation conviendront de **modes de collaboration**, par entente. Ces ententes préciseront :

- la répartition des responsabilités, en fonction des profils de besoins des usagers ;
- les mécanismes de référence entre les CLSC et les centres de réadaptation ;
- l'organisation des actions conjointes à domicile et dans le milieu.

La régie régionale doit s'assurer que les établissements sur son territoire travaillent en complémentarité et conviennent de telles ententes. Ces éléments pourront éventuellement faire partie des ententes de gestion convenues entre la régie régionale et ses établissements.

2.3 Des moyens de communication adaptés

Les technologies de l'information constituent des outils essentiels. Dans l'optique d'améliorer l'organisation et la prestation des services à domicile, leur développement doit poursuivre quatre objectifs :

- favoriser et simplifier le partage de l'information clinique, dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité ;
- relier le professionnel qui intervient à domicile avec son établissement et le réseau de professionnels partenaires ;
- relier la personne à domicile au réseau de services (consultation à distance, télésurveillance avancée, etc.) ;
- améliorer l'organisation générale du travail (coordination des interventions à domicile, réduction du nombre de déplacements, etc.).

Sans doute importe-t-il de rappeler que les technologies de l'information et des communications ne sont que des moyens. Leur pertinence doit être évaluée essentiellement en fonction des quatre objectifs précités.

3 Des services de qualité

La qualité est une dimension centrale dans les services de santé et les services sociaux. Elle doit être considérée sous trois angles : celui de l'utilisateur – les services reçus sont-ils adéquats (contact humain, quantité, délais d'attente) ? –, celui des prestataires de services – le service est-il le plus efficace sur le plan clinique ? –, celui du système de services en général – le service est-il le plus pertinent, le plus efficient, celui qui offre le meilleur rapport avantages-coûts ?

L'amélioration continue de la qualité des services à domicile doit devenir une préoccupation constante, quotidienne. Elle doit prendre assise sur une approche proactive plutôt que réactive, sur une culture de l'apprentissage, du développement.

L'amélioration de la qualité des services aux usagers repose, d'abord et avant tout, sur la compétence des ressources humaines. Ces ressources doivent recevoir une formation qui intègre les particularités de l'intervention à domicile.

Par ailleurs, des standards de qualité doivent être établis pour les différents prestataires de services. Toujours, le point de vue des usagers doit être au premier plan dans l'évaluation de la qualité.

3.1 La formation

Une bonne formation représente la première condition de qualité. Les programmes de formation de base et de perfectionnement du personnel doivent mieux intégrer les **aspects humains et techniques** de l'intervention à domicile.

Le personnel doit se sentir à l'aise et en confiance pour exercer ses activités. Le domicile est un lieu isolé du point de vue professionnel. Très souvent, l'intervenant ne peut compter que sur lui-même, sur les connaissances qu'il a acquises et son jugement. Il doit être préparé à composer avec une diversité de situations et savoir les gérer.

Le professionnel doit en outre être familiarisé avec le fonctionnement des équipements spécialisés, de plus en plus nombreux, maintenant utilisés à domicile, et donc avoir reçu la formation nécessaire. Il faut éviter que les hésitations ou les incertitudes des intervenants, dues au manque de formation, n'entraînent chez les personnes ayant une incapacité ou leurs proches-aidants des inquiétudes supplémentaires.

Par ailleurs, l'aide à domicile donne lieu à une problématique toute particulière, qui concerne les travailleurs engagés de gré à gré (allocation directe). En effet, ces derniers ne sont soumis à aucune exigence précise et, du jour au lendemain, une personne peut être engagée pour donner des soins d'hygiène, fournir de l'aide à l'alimentation, etc. Aussi, le CLSC, en collaboration avec la régie régionale, favorisera l'accès à une formation de base pour les travailleurs engagés de gré à gré.

3.2 S'assurer de la participation des usagers dans l'évaluation de la qualité

Afin de favoriser une participation des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants dans les processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité,

les régies régionales, en collaboration avec les CLSC, verront à promouvoir et à appuyer les mesures qui intègrent le point de vue des usagers dans l'évaluation de la qualité des services à domicile.

Parmi les avenues possibles, le Ministère réalisera, chaque année, un sondage systématique auprès de la clientèle des CLSC. Afin d'inciter les établissements à s'approprier cette démarche, il mettra à la disposition des CLSC un outil de collecte et de traitement des données du sondage à partir de questions validées. Les CLSC pourront alors intégrer la dimension « satisfaction de la clientèle » dans l'évaluation de leur performance. Par ailleurs, aux fins de comparaison, le Ministère et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec pourront demander la participation des CLSC pour des sondages particuliers à l'aide d'un questionnaire unique.

3.3 Soutenir l'assurance qualité avec les principaux fournisseurs des services à domicile

Le CLSC demeure le principal prestataire de soins et de services. Toutefois, il est de moins en moins engagé dans les services d'aide à domicile et de soutien aux proches. Ces services sont délégués aux organismes communautaires, aux entreprises d'économie sociale, aux agences privées, à des travailleurs engagés de gré à gré. Divers moyens doivent toutefois être mis en place pour s'assurer de la qualité des services.

L'établissement de standards de qualité communs à tous les fournisseurs de services sur tout le territoire.

La conception d'outils susceptibles d'aider les personnes et leurs proches qui achètent directement des services à faire un choix judicieux d'un fournisseur (guide d'information sur les ressources disponibles, critères de sélection, etc.).

Un suivi exercé par le coordonnateur de services à la personne auprès de la clientèle plus vulnérable, que les services apparaissant dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé soient offerts par le réseau public ou achetés à d'autres fournisseurs.

L'accès à des services de dépannage en cas de problème avec un travailleur engagé de gré à gré.

3.4 Les recours

Lorsqu'un usager n'obtient pas satisfaction, les mécanismes de recours établis en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux s'appliquent.

Deuxième orientation

Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités

Le développement des services à domicile n'a pas fait l'objet, jusqu'à maintenant, d'un véritable plan d'ensemble. Plusieurs facteurs l'expliquent : la nouveauté du champ et la rapidité des changements survenus dans le réseau de la santé et des services sociaux, le manque d'information sur la clientèle et ses besoins, le peu de données probantes sur l'efficacité de ces services. Par ailleurs, les ressources sont encore très inégalement réparties entre les régions et entre les territoires de CLSC.

La planification, l'allocation des ressources et la reddition de comptes s'aligneront sur les constats et les objectifs suivants.

- ↪ Les services à domicile ne forment pas un nouveau champ de services, mais bien une nouvelle manière d'offrir les services. Ils sont donc rattachés, réseautés, à l'ensemble des services offerts à une clientèle particulière. La substitution à des services existants, plutôt que le simple ajout, doit être favorisée.
- ↪ Les services à domicile et, plus largement, le soutien à domicile, doivent faire l'objet d'une planification régionale d'ensemble, afin d'organiser une offre de services cohérente pour toutes les clientèles, et qui intègre toutes les composantes du soutien à domicile : services à la personne, services aux proches-aidants, support technique, partenariat avec les organismes du milieu.
- ↪ Les ressources doivent être mieux réparties entre les régions et les territoires afin de corriger les écarts actuels dans l'accès aux services à domicile.
- ↪ La reddition de comptes doit porter sur des cibles et sur la performance générale, le choix des moyens étant laissé aux régions régionales et aux établissements.

1 Le Ministère

Le Ministère adopte les orientations générales, fixe les cibles nationales et alloue les ressources.

La Politique de soutien à domicile vient appuyer les orientations destinées aux diverses clientèles (programmes-clientèles) qui, toutes, endossent l'objectif du soutien dans le milieu. Toutefois, elle donne une vision du soutien à domicile et fixe les règles qui gouvernent l'accès et la prestation des services, dans une optique d'équité (accès universel).

La Politique fixe par ailleurs les cibles nationales à atteindre en soutien à domicile pour chaque programme-clientèle. Les programmes-clientèles visés sont : santé physique (soins palliatifs, posthospitaliers, etc.), déficience physique, déficience intellectuelle, personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale.

Ces cibles sont incluses aux ententes de gestion convenues entre le Ministère et la régie régionale.

Le mode d'allocation de ressources est actuellement en révision. Le nouveau mode d'allocation budgétaire permettra :

- d'allouer une enveloppe régionale globale pour l'ensemble des services en fonction des caractéristiques sociosanitaires de la population⁶ ;
- de soutenir l'amélioration continue de la performance ;
- de favoriser le recours aux solutions les plus efficaces et les plus efficientes.

2 La régie régionale

Les régies régionales sont responsables de l'organisation régionale des services et de la répartition des ressources sur leur territoire.

2.1 L'organisation régionale des services

En cohérence avec les orientations ministérielles, la régie régionale planifie et organise les services à domicile sur son territoire, selon une perspective d'ensemble qui intègre : le soutien aux personnes ayant une incapacité, le soutien aux proches-aidants et le support technique.

6. L'enveloppe régionale tiendra compte également des sommes allouées dans la région au Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD).

Le soutien aux proches-aidants doit recevoir une attention particulière. Il s'agit là d'un secteur relativement peu développé. La régie régionale planifie l'organisation de services aux proches-aidants, sur son territoire, selon une perspective d'ensemble, en mettant à profit : les ressources communautaires, les ressources publiques du milieu et diverses modalités d'offre de services comme l'allocation directe. Encore ici, des objectifs de soutien à domicile, établis pour chaque programme-clientèle, sont fixés et inclus aux contrats de performance.

De même, le support technique est devenu une composante importante du soutien à domicile. La planification régionale s'alignera sur les orientations suivantes :

- un mécanisme d'attribution et de récupération d'équipements et d'aides techniques doit être implanté à l'échelle de la région ;
- les aides techniques et les équipements sont fournis à titre de prêt et font l'objet, au terme de leur utilisation, d'un processus de récupération et de valorisation ;
- le prêt, la récupération, le transport, l'entretien, la réparation des appareils et aides techniques sont à la charge du réseau public.

2.2 L'allocation des ressources et la reddition de comptes

Les cibles régionales, fixées par programme-clientèle, sont traduites dans l'organisation locale des services.

Les ressources sont allouées aux différents prestataires de services par la régie régionale en fonction de ses choix d'organisation.

La reddition de comptes portera sur l'atteinte des résultats.

3 Le CLSC

Le CLSC est responsable de l'organisation du soutien à domicile pour la population de son territoire, c'est-à-dire l'ensemble des clientèles couvertes par les programmes-clientèles visés. Il est responsable du choix des moyens, dans le respect des orientations ministérielles, de l'organisation régionale des services et des ressources qui lui sont allouées.

En pratique, le CLSC doit offrir le soutien à domicile requis, ou s'assurer que le soutien soit offert, à toute personne de son territoire qui est admissible. Il doit également rechercher, si nécessaire, une ressource résidentielle appropriée.

Le CLSC est enfin responsable de la coordination des services à la personne et à ses proches-aidants et du cheminement de la personne soutenue à domicile qui doit recevoir des services en ambulatoire ou en établissement.

Pour remplir son mandat, le CLSC doit établir des ententes de collaboration avec ses partenaires, avec l'appui de la régie régionale. Les partenaires visés sont : les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, le centre d'action bénévole, les organismes publics concernés et autres ressources du milieu.

Troisième orientation

Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile

Le milieu de vie dit « naturel » est formé d'une multitude d'acteurs qui entretiennent des relations culturelles, sociales et économiques. Ces relations définissent un espace commun, une manière de « vivre ensemble » à laquelle le système de santé et de services sociaux participe. Le soutien à domicile et, plus largement, le soutien dans la communauté des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants doivent, à l'avenir, être mieux inscrits dans notre manière de vivre ensemble, autant à l'échelle de la communauté qu'à l'échelle de la collectivité. Il doit devenir une préoccupation partagée, l'objectif étant de favoriser la participation sociale de tous et d'appuyer le plein exercice de la citoyenneté.

Plusieurs mesures en vue de favoriser le soutien à domicile et, plus largement, le soutien dans le milieu de vie ont été adoptées ou renforcées au cours des vingt dernières années : transport adapté, adaptation domiciliaire, logement adapté, programmes d'accès aux aides techniques, mesures fiscales, etc. Mais les efforts sont encore trop souvent disparates, peu concertés. Quand la coordination est essentielle, par exemple pour intervenir rapidement afin de mettre en place les services nécessaires, les processus administratifs sont parfois longs et fastidieux.

1 Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile

1.1 Le soutien à la personne

Pour mieux soutenir à domicile les personnes ayant une incapacité, il faut agir sur deux fronts. D'abord, dès à présent, les acteurs qui interviennent directement dans la prestation de services, particulièrement le support technique et l'adaptation domiciliaire, doivent coordonner efficacement leurs actions et simplifier leurs processus administratifs. 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.

1.1.1 Simplifier les processus administratifs entre les différents ministères et organismes publics

Une première étape s'impose, à court terme, afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention à domicile : simplifier les processus administratifs entre les différents ministères et organismes gouvernementaux.

Actuellement, chaque organisation publique et chaque secteur qui interviennent dans le soutien à domicile ont élaboré des processus d'évaluation et de gestion qui leur sont propres. À titre d'exemple, les travailleurs sociaux doivent remplir des formulaires différents pour l'évaluation des besoins d'une même personne : demande d'hébergement temporaire ou permanent, demande d'homologation de mandat, demande de fournitures et d'équipement pour les prestataires de la sécurité du revenu, etc. Le personnel de réadaptation est aux prises avec les mêmes irritants : formulaire de la RAMQ, formulaire pour l'accès au transport adapté, formulaire exigé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, etc. L'obligation de remplir tous ces formulaires alourdit considérablement le travail administratif.

Afin de faciliter le travail sur le terrain et de soutenir la coordination, le Ministère entend :

créer, en collaboration avec ses partenaires, un mécanisme de coordination permanent réunissant les représentants des organisations publiques engagées dans le soutien à domicile. Ce mécanisme aura comme rôles d'harmoniser les critères d'accès aux services offerts, en particulier le support technique, et d'alléger les processus administratifs.

1.1.2 Appuyer le développement et la diversification du logement adapté aux personnes ayant une incapacité

Des politiques gouvernementales incitatives en matière d'habitation et une architecture axée sur l'accessibilité des habitations contribuent à favoriser l'autonomie des personnes ayant une incapacité et leur participation sociale.

La collectivité doit soutenir la diversification des modes de logement afin que plus de personnes, ayant une incapacité significative et persistante, disposent à l'avenir de véritables choix, entre le domicile traditionnel et les formules actuelles comme le centre d'hébergement. Il faut trouver de nouvelles façons de soutenir les personnes, qui dépassent le champ strict des services et qui respectent leur désir de vivre chez elles dans la dignité et en toute sécurité.

Dans cette optique, le réseau de la santé et des services sociaux entend accentuer son offre de collaboration pour le développement de nouvelles formules de logement, et adapter son offre de services pour favoriser l'expérimentation et l'innovation dans ce secteur.

1.2 Le soutien aux proches-aidants

Le soutien aux proches-aidants repose sur une diversité de mesures : les lois du travail, les congés sociaux, les décisions des entreprises en matière de gestion des ressources humaines, les prestations de l'État, la fiscalité, etc. Tous ces éléments forment une mosaïque au sein de laquelle il faut désormais inscrire le soutien aux proches-aidants comme une préoccupation centrale. En particulier, le champ de la conciliation travail-famille doit être élargi pour inclure cette nouvelle donnée. Dans cette perspective, le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les partenaires concernés, entend :

créer un groupe de travail multisectoriel en vue d'élaborer un plan d'action gouvernemental pour le soutien aux proches-aidants.

Ce plan d'action devra prendre en compte les réalités différentes que vivent les femmes et les hommes et mettra à profit l'*Analyse différenciée selon les sexes*.

1.3 Le soutien des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants : une préoccupation inscrite au cœur de la vie communautaire

Les initiatives du milieu peuvent contribuer grandement au soutien à domicile des personnes ayant une incapacité, temporaire ou persistante. Des efforts doivent être déployés auprès des 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, en particulier, constitue une donnée centrale dans la vie communautaire. Le programme « Villes et villages en santé » offre une avenue intéressante pour promouvoir des solutions qui appuieront le soutien à domicile.

Par ailleurs dans chaque milieu, plusieurs organismes communautaires ont fait de la prévention le pilier de leur action. Les CLSC et les directions de santé publique administrent également des programmes de prévention et de promotion de la santé. Ces actions appuieront la prévention des incapacités dans la population d'une part, et, d'autre part, la promotion du soutien à domicile.

Les leviers : pour assurer le développement des services à domicile

1 Suivre, monitorer, mesurer, évaluer

Un suivi à l'aide d'indicateurs permet de rendre compte de l'évolution des services à domicile, des progrès réalisés et des correctifs requis. Les indicateurs doivent permettre au minimum de mesurer l'accès aux services, l'intensité des services offerts, la continuité des services, les coûts des interventions.

Le Ministère envisage par ailleurs d'implanter la démarche du « Tableau de bord équilibré », qui consiste à suivre plusieurs dimensions de la qualité : satisfaction de la clientèle, performance financière, atteinte de résultats cliniques, niveau d'intégration d'un établissement dans son milieu, adaptation aux nouvelles façons de faire, etc. À cette fin, le Ministère entend :

former un groupe de travail réunissant des représentants des CLSC, des régies régionales, du Ministère ainsi que des représentants des usagers pour mettre au point une grille d'indicateurs qui permettra de suivre l'évolution des services à domicile. La grille sera adaptée à la lumière de l'évolution des connaissances.

Le déploiement du **Systeme d'information sur la clientèle et les services des CLSC** et la création à la RAMQ de la **banque de données issue de ce système** permettent aujourd'hui d'obtenir les premières données pertinentes et comparables. Le Ministère entend poursuivre le développement de ce système, en collaboration avec les régies régionales et les CLSC, dans le double but suivant : soutenir les tâches cliniques des intervenants et faciliter l'échange de données cliniques ; fournir les renseignements les plus pertinents possible aux gestionnaires et aux planificateurs (nombre d'usagers, nombre d'interventions, nature des interventions, coûts, etc.).

L'informatisation de l'outil multientèle permettra d'enrichir le système d'information et, en particulier, de suivre l'évolution des besoins.

2 Soutenir l'innovation

Plusieurs équipes de soutien à domicile ont innové pour développer et adapter leurs services à domicile. Il faut aujourd'hui soutenir l'expérimentation de formules neuves dans le but de toujours mieux répondre aux besoins : équipes de réponse rapide, équipes volantes,

etc. Pour favoriser l'innovation, le Ministère entend créer un Fonds de soutien aux initiatives destiné à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Ce fonds sera alimenté à même les budgets de développement. Le soutien à domicile figurera parmi les domaines prioritaires que le Fonds appuiera. Les projets qui visent les objectifs suivants feront l'objet d'une attention particulière :

- apporter une réponse rapide et adaptée dans les situations de crise ;
- réduire le recours non pertinent aux services d'urgence ;
- développer la collaboration intersectorielle en faveur du soutien à domicile ;
- transcender les catégories traditionnelles pour la planification et l'organisation des services⁷.

3 Le plan de mise en œuvre de la Politique

Un plan de mise en œuvre de la Politique sera préparé par le Ministère.

Afin de favoriser l'implantation des mesures adoptées et l'amélioration continue, le plan prévoira notamment la création d'un site électronique, une aire d'échange dans laquelle il y aurait lieu d'inclure, à titre d'exemple :

- les décisions ministérielles (sur les modalités de prestations de services, entre autres) ;
- les meilleures pratiques ;
- les expériences porteuses ;
- des résultats de recherche.

Le but est de créer une zone d'information et de partage des connaissances qui réunira tous les partenaires concernés en vue d'appuyer le développement des services à domicile et, plus largement, du soutien à domicile.

7. Les classifications traditionnelles correspondent de moins en moins aux réalités des personnes. Ainsi, des personnes classées dans la catégorie « malades chroniques » ont également un profil gériatrique. De même, des personnes ayant une déficience intellectuelle ont aussi des problèmes liés à des déficiences physiques. Il faut donc se donner une nouvelle façon d'appréhender les choses, qui transcende les catégories traditionnelles. Actuellement, certains « profils types » sont expérimentés. L'intérêt des profils types réside dans le fait qu'ils sont fondés sur des configurations de besoins, et qu'ils permettent ainsi de mieux organiser les services, au-delà des catégories usuelles.

Conclusion

Les services à domicile connaîtront, selon toute vraisemblance, une croissance importante au cours des prochaines années, et ce, pour plusieurs raisons.

La société québécoise compte de plus en plus de personnes âgées et très âgées, et cette tendance ira en s'accroissant rapidement. De meilleures conditions de vie conjuguées aux progrès de la médecine contribueront, encore et toujours, à améliorer l'espérance de vie. Mais plusieurs personnes âgées ont, et auront besoin de services adaptés pour vivre à domicile et participer à la vie de leur milieu. Il faut soutenir ces personnes afin que les victoires réalisées sur la mort se traduisent véritablement par une qualité de vie satisfaisante, pour elles et leurs proches-aidants. Bref, pour reprendre une formule consacrée, il ne s'agit pas seulement d'ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années.

La très grande majorité des personnes handicapées vivent aujourd'hui dans leur milieu naturel. Il en est de même des personnes souffrant de troubles mentaux. Notre société soutient l'intégration sociale, et les services à domicile en constituent la première assise. Il faut aujourd'hui consolider ces services afin d'offrir les conditions de base de la participation sociale. Ce faisant, nous gagnerons en citoyenneté.

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'hôpital.

Bref, pour toutes les personnes qui ont une incapacité, temporaire ou persistante, l'intervention dans le milieu de vie est devenue la norme. Ce faisant, il faut toutefois reconnaître que les proches de ces personnes doivent souvent assumer un fardeau supplémentaire. C'est là un enjeu nouveau, non seulement pour le système de santé et de services sociaux, mais pour la collectivité, dont nous devons prendre acte.

Le Québec dispose de tous les atouts nécessaires pour développer les services à domicile et le soutien à domicile : un réseau de CLSC, un personnel compétent qui intègre dans ses pratiques les aspects sanitaire et social – une dimension majeure des services à domicile –, une mosaïque d'organismes communautaires dédiés au soutien à domicile, une centaine d'entreprises d'économie sociale en aide domestique qui desservent toutes les régions du Québec, des milliers de 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.

Annexe

La gamme de services à domicile

A. Les soins et les services professionnels :

- les services médicaux ;
- les soins infirmiers ;
- les services de nutrition ;
- les services de réadaptation de base : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie ;
- les services d'inhalothérapie ;
- les services psychosociaux.

À cette liste, s'ajoute l'accès à des services de consultation (psychogériatrie, gériatrie, psychiatrie et pédiatrie) ainsi qu'aux services de réadaptation spécialisés qui constituent souvent des éléments essentiels des services à domicile.

Tous ces services sont offerts par le réseau public, **à domicile ou en ambulatoire**.

Le pharmacien fait également partie de l'équipe de soutien à domicile, bien qu'il ne se déplace pas au domicile, sauf dans de rares cas.

B. Les services d'aide à domicile

- **Les services d'assistance personnelle** : Ces services se distinguent par le fait qu'ils impliquent le toucher. Ce sont plus précisément les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, etc.
- **Les services d'aide domestique** : l'entretien ménager, la préparation de repas, l'approvisionnement et les autres courses, l'entretien des vêtements, la lessive, etc.
- **Les activités communautaires de soutien civique** : Ces activités comprennent les services requis pour compenser un manque de capacité à faire face à certaines exigences de la vie quotidienne, soit administrer son budget, remplir des formulaires administratifs, etc. Les services de popote, d'accompagnement et les visites d'amitié sont également inclus dans ces services.

- **L'assistance à l'apprentissage** : Ce service renvoie aux activités d'entraînement et de stimulation, aux activités personnelles et domestiques, au soutien aux activités occupationnelles, aux activités de réadaptation, etc.

Ces services d'aide à domicile sont offerts par le CLSC, les organismes communautaires, les groupes bénévoles et les entreprises d'économie sociale dans le cadre du PEFSAD.

C. Les services aux proches-aidants

- **Le gardiennage 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.
- **Le répit** : Il permet 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 famille d'accueil, une maison de répit ou dans toute autre ressource qui offre ce service.
- **Le dépannage** : Ce service permet aux proches-aidants de faire face à des situations imprévisibles. Il est donc temporaire et généralement de courte durée. Il consiste à prévoir ou organiser les besoins en situation d'urgence, et ce, afin de diminuer les inquiétudes que peuvent avoir certains proches-aidants.
- **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, le soutien dans l'organisation de la vie matérielle et l'accompagnement.
- **Les services psychosociaux.**

Ces services peuvent être offerts par les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les entreprises d'économie sociale ou encore le CLSC.

D. Le support technique

Le support technique comprend à la fois les fournitures médicales, les équipements et les aides techniques nécessaires pour qu'une personne demeure à domicile. Il est considéré avant tout recours aux services, ou encore pour faciliter ou optimiser la prestation de services professionnels ou de services d'aide à domicile. De plus, l'accès au support technique peut contribuer grandement à protéger des accidents les personnes elles-mêmes, les proches ou le personnel. Il assure aussi de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne et offre à certaines clientèles un plus grand confort, par exemple en soins palliatifs.

Le support technique est accessible en vertu de divers programmes administrés par le Ministère et son réseau (régies régionales, CLSC et centres de réadaptation), la RAMQ, les autres ministères et les organismes du milieu, et ce, pour autant que le support visé ne soit pas déjà couvert par un régime public d'indemnisation ou un régime privé d'assurance.

- L'accès au support technique
 - De façon générale, l'attribution d'une forme ou d'une autre de support technique doit être envisagée avant le recours à l'aide humaine.
 - Le processus et les règles d'attribution doivent assurer aux personnes ayant une incapacité à domicile un accès au support technique aux mêmes conditions que si elles étaient hospitalisées ou hébergées.
 - La responsabilité de l'évaluation et de l'attribution du support technique est fonction du degré d'expertise requis (caractéristiques de la personne, spécificités du support technique, expertise complémentaire disponible, etc.).

www.msss.gouv.qc.ca

02-704-01