

Fiche 7 : Chez soi, le premier choix

La politique de soutien à domicile

(2003)

Le lecteur pourra trouver dans ce texte les bases du soutien à domicile tel que pratiqué de nos jours. Toutefois, le résumé qui suit (qui est très long en raison de la foultitude d'informations qui y sont contenues) se limitera aux premiers éléments du texte, soit la vision et la première orientation. Les propos sur les deuxième et troisième orientations ne sont pas résumés, car ils demandent un réajustement pour tenir compte des modifications de structure du RSSS. (La politique date de 2003 et n'a pas connu de mise à jour après les 3 modifications suivantes de la LSSSS)

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, témoignant du **passage graduel du mode de prise en charge traditionnel en établissement, au soutien dans le milieu de vie.**

Le soutien à domicile s'adresse à une **très large clientèle** : personnes handicapées, personnes âgées, malades chroniques, personnes convalescentes, personnes ayant des troubles mentaux et personnes en soins palliatifs.

Le soutien à domicile n'est pas un nouveau champ, mais **une nouvelle manière de répondre aux besoins, plus efficace, mieux adaptée à la réalité** d'aujourd'hui.

La politique est fondée sur la **reconnaissance de l'engagement des proches aidants et des familles** qui fournissent les trois quarts de l'aide aux personnes ayant une incapacité.

La vision

- 1- Le domicile, toujours la première option à considérer**
- 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 satisfaisantes pour elle et ses proches.

Toute personne doit être traitée équitablement, quels que soient son statut, son revenu ou toute autre caractéristique.

3- Le proche aidant : un statut reconnu

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.

L'engagement est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé et peut être modifié à tout moment. Il doit 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.

Comme client, le proche aidant peut avoir besoin d'appui et d'accompagnement pour remplir son rôle. Comme partenaire, il doit recevoir toute l'information, la formation et la supervision nécessaires, savoir à qui s'adresser en cas d'urgence et avoir accès à une aide immédiate. Il participera activement à l'élaboration du plan d'intervention ou du plan de services individualisé.

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

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.) ;
- l'assistance **technique** requise à domicile (équipements, fournitures et aides techniques).

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.

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

Les orientations

Première orientation

Des services personnalisés, un soutien adapté

1- Un accès simple, rapide et équitable

Cela veut dire :

1.1 - Consolider le CLSC comme guichet d'accès.

Celui-ci reçoit les demandes directement ou sur référence par la personne, ses proches ou toute instance du RSSS ou des OC. Le CLSC fait une évaluation sommaire.

L'accessibilité horaire : doit être la même pour tout le Québec. Sont accessible 24/7 les soins infirmiers, les services d'inhalothérapie et le dépannage en situation d'urgence, les soins médicaux et pharmaceutiques. Le gardiennage, ou « présence-surveillance », doit être organisé selon un horaire qui convient aux proches aidants.

Une gamme de services standardisée: Doivent être disponibles et priorisés: les services professionnels de première ligne offerts au domicile, les services d'aide à domicile ; les services aux proches aidants, l'assistance technique requise à domicile. À cela s'ajoutent les services de réadaptation de base.

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 seulement dans des établissements. Dans tous les cas, les services seront offerts en étroite collaboration avec les centres hospitaliers.

1.2 - Critères d'admissibilité clairs qui s'appliquent partout

Les personnes admissibles

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. Ainsi que les proches aidants de ces personnes.

Le domicile :

Est 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. 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.

Les critères :

- Évaluation professionnelle sur la base des besoins
- Consentement de la personne
- Il est pertinent et efficient de donner les services à domicile
- Le domicile est jugé adéquat et sécuritaire.

1.3- Préciser la couverture publique des services ;

En vertu du principe de neutralité, les **services professionnels** sont offerts **gratuitement** à tous, quel que soit le lieu. Les **services d'aide domestique et d'assistance personnelle**, déterminés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé 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 persistante**.

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 individualisés. 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 mieux répondre, et de manière équitable, aux besoins

Les CLSC devront 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.

Tous les CLSC auront recours à un instrument standardisé pour évaluer les besoins : **l'outil d'évaluation multiclientèle**. Cet outil devra évoluer dans le temps pour tenir compte de toutes les situations et besoins.

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

L'établissement de l'ordre de priorité dans la réponse aux besoins : Selon les critères suivants : les besoins exprimés par la personne qui demande du soutien et ses proches aidants ; l'urgence de la situation; la qualité du milieu de vie. En aucun cas, des critères socioéconomiques ne sauraient constituer un motif de refus.

Le CLSC se donnera un système de gestion de l'accès.

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

L'aide à domicile : départager les rôles

Différents prestataires de services interviennent dans le champ des services d'aide à domicile : CLSC (auxiliaires familiales et sociales), travailleur engagé de gré à gré, entreprises d'économie sociale, **organismes communautaires**.

La politique propose un partage des responsabilités en fonction du choix de la personne, de l'état de la personne et de l'expertise requise : auxiliaires familiales pour les cas complexes, ou état de santé instable ou facteurs de risques sociaux non compensés par l'entourage; travailleurs engagés de gré à gré (allocation directe) pour les personnes qui choisissent librement cette option, dont l'état est stable et qui sont en mesure d'assumer la gestion de leurs services; entreprises d'économie sociale pour les services d'aide domestique; **organismes communautaires et groupes bénévoles pour 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 monitoring des pratiques

Cette opération est confiée aux CLSC.

2- Des services continus, bien coordonnés

Une coordination adéquate doit viser à offrir le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant, offrant une garantie de sécurité et d'efficacité.

2.1 Attribuer une responsabilité clinique de coordination

La coordination des services pour l'intervention 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.

La coordination des services pour 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.

Si l'état le justifie, un professionnel remplit la fonction de « gestion de cas » : **le coordonnateur de services à la personne** (désigné aussi « intervenant pivot » ou « gestionnaire de cas ». 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.

2.2 Implanter des mécanismes de transition

Entre le CLSC et l'hôpital

Le CLSC est responsable de la liaison, de l'hôpital au domicile. L'infirmière de l'équipe de soutien à domicile sera donc chargée : de planifier le congé de l'hôpital, de transmettre toute l'information clinique nécessaire à l'intervenant, de veiller à ce que la personne et ses proches aidants aient reçu toute l'information essentielle.

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

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.

2.3 Des moyens de communication adaptés

3- Des services de qualité

La qualité est 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 ?

La qualité des services aux usagers repose essentiellement sur la compétence des ressources humaines.

3.1 La formation

Doit intégrer les aspects humains et techniques de l'intervention à domicile.

Le domicile est un lieu isolé du point de vue professionnel. L'intervenant 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.

Situation particulière des **travailleurs engagés de gré à gré** (allocation directe). 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 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 qu'il délègue **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 : standards de qualité commun, guides à l'intention des proches pour la sélection de personnel, suivi des coordonnateurs, réponse en urgence pour les usagers utilisant des services de gré à gré, etc.

3.3 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

Non résumé

Troisième orientation :

Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile

Non résumé

Annexe

La gamme de services à domicile

Le document contient une annexe qui décrit en détail la gamme des services à domicile