

les SERVICES

à

DOMICILE

de première ligne

cadre de référence



WY
115
Q3
1994

- 6 JUIL. 1994

les SERVICES

à

DOMICILE

de première ligne

cadre de référence



Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1994

ISBN 2-550-29483-1

 Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Table des matières

	PAGE		PAGE
INTRODUCTION.....	1		
<i>Chapitre I</i>		<i>Chapitre III</i>	
<i>Les services à domicile : une voie d'action prioritaire.....</i>	3	<i>La continuité et la complémentarité des services.....</i>	15
Les services à domicile et la gestion par programme	3	Les éléments de base des relations inter-établissements.....	15
La clientèle des services à domicile.....	4	Les services d'hébergement et de soins de longue durée.....	16
Les besoins.....	5	Les ressources d'hébergement et de soins de longue durée contribuant au maintien à domicile	16
Les ressources financières.....	7	La référence à l'hébergement.....	16
<i>Chapitre II</i>		Les services d'adaptation et de réadaptation	16
<i>Les paramètres de gestion.....</i>	9	La référence aux services spécialisés d'adaptation et de réadaptation.....	16
Les orientations en matière de services à domicile	9	La référence aux services à domicile de première ligne..	17
L'admissibilité.....	9	Les interventions conjointes.....	17
La gratuité et la neutralité.....	10	Les services hospitaliers.....	17
Les critères de priorités	11	Les rôles et les responsabilités des CHCD et des CLSC.....	18
Le système d'évaluation	11	CONCLUSION	19
L'organisation des services.....	12	ANNEXE - LA DÉFINITION DES SERVICES.....	20
Les responsabilités partagées.....	13		

Introduction

Un grand nombre de personnes qui présentent des incapacités temporaires ou permanentes souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel, en menant la vie la plus autonome possible et en étant responsables d'elles-mêmes. Il est reconnu que le milieu naturel peut offrir la meilleure qualité de vie à ces personnes et favoriser l'accomplissement optimal de leurs rôles sociaux. Cependant, le désir et la volonté de vivre dans leur milieu naturel dans de bonnes conditions pour elles et leurs proches ne peuvent, pour plusieurs, se concrétiser sans le recours à un ensemble de services.

Le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel s'inscrit dans un projet qui interpelle la société tout entière. Il implique une vision et une responsabilité partagées par l'ensemble des partenaires sociaux et par les différents paliers gouvernementaux de divers secteurs d'activités (habitation, travail, revenu, transport, éducation, loisirs, santé, services sociaux, etc.) afin de réaliser un objectif commun : assurer le bien-être de la population.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'instar des familles et de l'ensemble de la société québécoise, poursuit depuis plusieurs années cet engagement social permettant aux personnes qui présentent des incapacités temporaires ou permanentes de vivre dans leur milieu naturel.

Au sein même de l'organisation des services de santé et des services sociaux, la reconnaissance du milieu naturel comme milieu de vie privilégié constitue une philosophie d'action qui doit être partagée par l'ensemble des intervenants et intervenantes du réseau. Le maintien en milieu naturel se traduit par diverses mesures qui s'interrelient et se complètent dans un continuum de services afin de favoriser l'intégration

sociale des personnes, de prévenir ou de réduire leur institutionnalisation. Ces diverses mesures se traduisent notamment par des services offerts directement au domicile des personnes, des services dispensés en externe par les centres de jour ou les hôpitaux de jour, ainsi que des services d'hébergement temporaire.

Les services offerts au domicile même des personnes, et particulièrement les services de première ligne, représentent une composante importante de ce continuum, car le maintien en milieu naturel se réalise en grande partie à travers ces services.

Le nouveau contexte relatif à la réforme, la législation qui en découle et la Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec s'ajoutent aux éléments qui incitent le Ministère à énoncer un cadre de référence en matière de services à domicile de première ligne offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Ce document précise, au chapitre I, la place et le rôle des services à domicile de première ligne dans l'ensemble du système sociosanitaire et la reconnaissance du milieu naturel comme milieu privilégié pour répondre aux besoins de la clientèle. Ce chapitre aborde également la question du financement des services à domicile. Le deuxième chapitre présente les paramètres qui doivent guider les différents intervenants et intervenantes pour assurer une utilisation équitable et efficiente des ressources et une accessibilité adéquate aux services de première ligne. Le troisième chapitre propose un ensemble de mécanismes pour assurer la complémentarité et la continuité des ressources qui offrent des services de première ligne, des services d'hébergement et de soins de longue durée, des services de réadaptation et des services hospitaliers de courte durée.

les SERVICES
à
DOMICILE
de première ligne

Depuis la mise en œuvre de la Politique de services à domicile du ministère des Affaires sociales en 1979, les besoins de la population du Québec ont augmenté et se sont diversifiés. Le vieillissement de la population représente la principale caractéristique de son évolution démographique. La présence d'un groupe important de personnes âgées, dont un certain nombre très âgées, occasionne une augmentation de la population ayant un niveau d'incapacités élevé.

L'organisation et les modalités de prestation des services ont connu de grands changements, liés notamment à l'évolution des technologies, des connaissances et des rôles des dispensateurs de services. Le financement a aussi progressé, sans toutefois connaître un accroissement comparable à celui des besoins. Il demeure des problèmes d'accessibilité, de continuité, de distribution des ressources entre les territoires et, par conséquent, des difficultés pour répondre de façon satisfaisante aux besoins de la clientèle¹.

Les services à domicile et la gestion par programme

La réforme des services de santé et des services sociaux ainsi que la Politique de la santé et du bien-être constituent la toile de fond du nouvel environnement organisationnel dans lequel devront prendre racine les services à domicile. On y retrouve trois éléments particulièrement structurants :

- un nouveau modèle de planification de services établi à partir de la séquence : besoins à satisfaire - services à rendre accessibles - ressources à rendre disponibles;
- l'introduction d'un questionnement qui conduit à privilégier le recours aux moyens les plus appropriés, les plus légers et les plus efficaces;
- la priorité d'intervention dans les lieux où il y a concentration de problèmes et chez les groupes les plus vulnérables.

Pour actualiser ces éléments, cinq dispositifs vont permettre aux services à domicile de se définir une place à la mesure de leur capacité à répondre aux besoins de la clientèle. Ces dispositifs sont :

- **les politiques et les orientations**, à l'intérieur desquelles vont être affirmées la nécessité de recourir aux solutions les mieux adaptées aux besoins des personnes ainsi que la prépondérance du recours aux solutions les moins lourdes pour les personnes et la collectivité;
- **les programmes-clients**, qui vont situer les services à domicile dans un ensemble intégré d'actions et d'interventions à l'égard d'une clientèle;
- **les mécanismes d'allocation des ressources**, qui vont faire en sorte de diriger le maximum d'efforts vers les solutions qui apparaissent les plus appropriées aux besoins et aux désirs des personnes;

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction de l'évaluation, décembre 1993, 55 p.

- les plans régionaux d'organisation de services (PROS), qui vont constituer le point de rencontre de la création du réseau intégré de services à l'égard d'une clientèle et de tout le processus de décentralisation;
- enfin, les processus d'évaluation, qui devraient permettre de faire ressortir les moyens les plus efficaces et l'essentiel dosage à maintenir entre les diverses composantes de la gamme de services.

Dans cet éventail de services à concevoir, à planifier et à organiser de façon complémentaire et centrée sur les besoins des personnes, les services à domicile de première ligne doivent viser à apporter aux personnes un soutien de nature préventive, curative ou palliative, de réadaptation, de réinsertion sociale ou de compensation des incapacités relativement aux activités de la vie quotidienne, domestique et sociale. Ils doivent aussi viser à maintenir ou à améliorer la qualité de vie des personnes et celle de leurs proches en apportant une réponse appropriée aux besoins particuliers de chacun.

Les services à domicile qui seront mis en œuvre ou qui seront consolidés dans une communauté comprennent notamment, pour les services courants :

des services de soins infirmiers et de soins médicaux, des services de réadaptation, des services psychosociaux, des services d'aide personnelle, d'aide domestique et de soutien civique, et enfin des services de support aux proches, dont des services de répit et de dépannage².

Il faut donc définir dans chacun des programmes-clients, en tenant compte de ce cadre de référence, des objectifs spécifiques concernant les services à domicile et le redéploiement des ressources nécessaire pour les consolider.

La clientèle des services à domicile

La clientèle actuelle des services à domicile est variée. De nouveaux besoins sont apparus et la définition retenue en 1979 s'avère trop restreinte. Afin de tenir compte de la réalité actuelle et future, une nouvelle définition s'impose. Ainsi, la clientèle des services à domicile est :

toute personne, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychique, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou l'ensemble des services requis.

Cette clientèle présente des caractéristiques très diversifiées. Elle regroupe notamment :

- des personnes dont l'état de santé physique ou mentale est altéré de façon temporaire ou durable : personnes malades, convalescentes, en phase préterminale ou terminale;
- des personnes qui ont des incapacités provenant de maladies, de traumatismes, du processus du vieillissement ou d'une déficience physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique;
- des personnes vivant des périodes de perturbation ou de désorganisation dans l'accomplissement de leurs rôles. Ces personnes sont vulnérables, au sens qu'elles sont seules et isolées socialement;
- des familles qui ont des problèmes ou des difficultés psychosociales, lorsqu'il devient nécessaire, à l'occasion de crises aiguës, de compenser leur rôle parental;
- des proches qui apportent un soutien de façon continue à une personne qui a une ou des incapacités.

Tableau I - Évolution de la population des personnes âgées de 65 ans et plus et de la population totale du Québec de 1991 à 2011

Groupe d'âge	1991	2001		2011	
65-74 ans	474 689	557 550	+ 17,5 %	704 965	+ 48,5 %
75 ans et plus	297 663	422 761	+ 42,0 %	542 921	+ 82,4 %
TOTAL DES 65 ANS ET PLUS	772 352	980 311	+ 26,9 %	1 247 886	+ 61,6 %
POPULATION TOTALE DU QUÉBEC	7 104 238	7 656 564	+ 7,8 %	8 132 750	+ 14,5 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service des études opérationnelles et données statistiques, juin 1993.

Il reviendra à chacune des régions, dans le cadre de sa planification régionale, de préciser les caractéristiques énumérées ci-dessus ou d'en définir d'autres qui lui seront spécifiques tout en s'intégrant à la définition générale de la clientèle.

Les besoins

Les services à domicile, qui s'appuient sur la reconnaissance du milieu naturel comme milieu privilégié, ont connu de nombreuses modifications depuis 1979. Les personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que les personnes handicapées y occupent toujours une place importante. Cependant, l'émergence de la demande de soins palliatifs dispensés à domicile à des personnes atteintes de cancer ou du sida, la découverte de nouvelles technologies qui permettent des traitements médicaux à domicile, le retour plus rapide à domicile à la suite d'un séjour en milieu hospitalier de même que le mouvement de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation entraînent un questionnement tant sur la nature que sur l'ampleur des efforts à consentir en matière de services à offrir dans le milieu de vie des personnes.

La population des personnes âgées de 65 ans et plus connaîtra un accroissement important au cours des

prochaines années. Le phénomène sera encore plus frappant chez les 75 ans et plus (tableau I). C'est ainsi que selon les prévisions démographiques, la population totale du Québec devrait connaître d'ici 2011 un accroissement de l'ordre de 14,5 % alors que la population âgée de 65 ans et plus verrait son importance s'accroître de plus de 60 %. À l'intérieur de ce dernier groupe, celui des 75 ans et plus augmentera, d'ici 2011, de plus de 82 %. Alors que les personnes de plus de 65 ans représentaient, en 1991, 10,9 % de la population totale du Québec, en 2011, elles en formeront 15,3 %. Pour les seules personnes de 75 ans et plus, la proportion passera de 4,2 % à 6,7%.

En 1987, 7 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient hébergées. L'objectif fixé pour l'an 2001 est d'atteindre un taux qui se situera aux environs de 5 %. Cet objectif, combiné à l'accroissement important que connaîtra cette population au cours des prochaines années, résultera en un plus grand nombre de personnes âgées qui vivront chez elles de plus en plus longtemps.

Afin de tenter de quantifier la population totale susceptible de recourir aux services dispensés à domicile, des projections³ ont été établies pour l'année 1991 à partir des données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités

2. La définition des services est présentée en annexe.

3. SAUCIER, Alain. *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction de l'évaluation, mai 1992, 63 p., tableaux 1, 3.

Tableau II - Population adulte de 15 ans et plus vivant à domicile selon le niveau d'incapacités, Québec, 1991

Incapacités	15-64 ans	65 ans et plus	Total
Légères	203 255 (4,0 %)	87 290 (12,3 %)	290 545 (5,0 %)
Modérées	164 710 (3,3 %)	91 145 (12,7 %)	255 855 (4,4 %)
Graves	76 175 (1,5 %)	71 400 (9,8 %)	147 575 (2,4 %)
TOTAL	444 140 (8,8 %)	249 835 (34,8 %)	693 975 (11,8 %)

Source : SAUCIER, Alain. *Op. cit.*

(ESLA) concernant la population québécoise de 15 ans et plus vivant à domicile⁴. Cette enquête est la plus récente et la plus complète réalisée dans ce domaine. Les divers taux d'incapacités par groupe d'âge et par niveau ont été appliqués à la population de 1991.

Comme on peut le constater, la proportion des personnes qui ont des incapacités est relativement importante. Compte tenu de la répartition par groupe d'âge des taux d'incapacités et du vieillissement de la population, on ne peut qu'anticiper une augmentation de la population ayant des limitations d'activités. Le maintien de l'intégration sociale des personnes qui ont des déficits fonctionnels et la prévention d'une éventuelle institutionnalisation commandent notamment le soutien de l'effort familial, le développement de services de répit et de dépannage et la participation des autres partenaires sociaux.

De plus, le remplacement de services d'hébergement et d'hospitalisation par des services de coût moindre signifie que malgré l'aide apportée par les familles, la contribution des services à domicile sera de plus en plus nécessaire.

L'évolution des besoins de la population exigera des efforts conjugués des familles, de la communauté et des pouvoirs

publics pour soutenir les personnes dans leur milieu naturel, les aider à maintenir leur intégration et soutenir leurs proches, dont la charge est souvent très lourde.

L'aide fournie aux personnes par les familles, et particulièrement par les femmes, représente un apport majeur. En effet, ce sont les proches qui dispensent actuellement les trois quarts de l'aide requise. La présence du support des proches⁵ est déterminante dans le choix entre demeurer à domicile ou faire appel à l'hébergement. Cependant, la fonction d'aidants naturels représente pour plusieurs un stress, une tension émotionnelle qui n'est pas sans répercussion sur la santé physique et mentale et sur la qualité de la vie sociale. L'épuisement des proches est une réalité dont il faut se préoccuper, particulièrement dans le cas des personnes qui fournissent de l'aide de façon continue.

Les organismes communautaires œuvrant dans le domaine du maintien à domicile se sont beaucoup développés au cours des années et un grand nombre de bénévoles y consacrent de nombreuses heures. Pour pallier le manque de ressources, plusieurs fonctions auparavant assumées par le réseau sociosanitaire ont été plus ou moins confiées à ces organismes. Il est nécessaire de reconnaître leur contribution, de

les traiter comme partenaires, tout en respectant la spécificité apportée par leur caractère bénévole.

Les ressources financières

Différentes données sont présentées afin d'illustrer l'importance réelle accordée aux services à domicile. L'évolution des ressources allouées permet de constater les efforts consentis pour ces services au cours des dernières années.

En 1979-1980, le ministère de la Santé et des Services sociaux consacrait 44,4 millions de dollars aux services à domicile. En 1993-1994, quatorze ans plus tard, les ressources publiques consacrées aux services à domicile s'élèvent à plus de 239 millions de dollars (239 042 684\$). Cette somme, cinq fois plus importante qu'à l'origine, est partagée de la façon suivante : 192,6 millions pour les services réguliers et les services intensifs de maintien à domicile dans les CLSC (80,6 %); 12,9 millions pour les organismes communautaires de maintien à domicile (5,4 %); 25,5 millions pour les fonds régionaux pour les personnes handicapées (10,7 %); 7,9 millions pour les services de soutien aux familles des personnes handicapées (3,3 %). Il s'agit en somme d'un per capita de 33,65 \$.

Bien que l'effort puisse paraître important, il appert, selon toute vraisemblance, qu'il demeure bien en deçà de ce que l'on peut observer dans d'autres provinces ou d'autres pays qui ont un système comparable. Par exemple, en 1992-1993, les données disponibles indiquent un per capita en Ontario de 66,48 \$ alors qu'il était, en 1989-1990, de 39,62 \$⁶. Des investissements récents dans les services à domicile de cette province portent à croire que l'écart, plutôt que de se rétrécir, est en train de s'accroître entre l'Ontario et le Québec à ce chapitre, traduisant un recours moins systématique au Québec aux ressources les plus légères.

Par ailleurs, la situation canadienne n'est d'aucune façon comparable à celle de pays comme la Suède, où le maintien à domicile est à ce point inscrit comme philosophie à la base du système de santé et de services sociaux qu'il y draine une part largement plus substantielle des ressources. En 1991, la Suède consacrait plus de 890 millions de dollars pour les services à domicile aux personnes âgées, ce qui représente un per capita de 104,70 \$. Par comparaison, la situation québécoise, à partir de références qui doivent être traitées avec prudence et considérées comme des ordres de grandeur, démontre quand même l'importance des efforts à consentir en matière de services à domicile.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux accorde toujours la priorité au milieu naturel comme lieu d'intervention en réponse à de nombreux besoins. Il entend actualiser cette priorité dans ses différents programmes-clients et il invite les régions à la traduire à l'intérieur de chacun des plans régionaux d'organisation de services (PROS).

Le maintien en milieu naturel avec une bonne qualité de vie ne pourra cependant devenir une réalité au Québec sans un ajout appréciable de ressources, lequel ne peut se dissocier par ailleurs d'une remise en question radicale des tendances dans la consommation de services et des modes d'allocation de ressources.

Conformément aux objectifs et aux stratégies de la Politique de la santé et du bien-être, et notamment à la sixième stratégie, qui vise à faire appel aux solutions les plus efficaces et les moins coûteuses, et conformément aux orientations ministérielles, **le Ministère entend accroître, malgré les contraintes budgétaires actuelles et tout en tenant compte de la capacité financière du Gouvernement, les ressources consacrées aux services à domicile.**

4. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA)*, 1986.

5. GARANT, Louise et Mario BOLDUC. *L'aide par les proches : mythes et réalités*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction de l'évaluation, juin 1990, 157 p.

6. Il convient de noter que les univers statistiques des différents pays ou provinces (c'est-à-dire la façon de définir et de comptabiliser les services à domicile) ne coïncident que très imparfaitement, de sorte que ces comparaisons doivent être interprétées avec prudence.

Les PARAMÈTRES de GESTION

Toutefois, considérant la part des dépenses consacrée au secteur socio-sanitaire, la réponse aux besoins en croissance devra aussi s'appuyer sur des stratégies de réallocation des ressources.

Dans une vision globale du système socio-sanitaire, le Ministère poursuivra les objectifs de la réforme, à savoir un redéploiement de l'ensemble des ressources vers les ressources axées sur le milieu de vie naturel dont les services à domicile, et ce pour freiner la consommation non judicieuse des ressources les plus coûteuses.

Le redéploiement des ressources représente un défi pour l'ensemble du système socio-sanitaire. Le Ministère est à revoir le ratio de lits souhaitable dans les secteurs de la longue et de la courte durée. Il est important que la réduction ou le développement de nouveaux lits soit subordonné à l'analyse de ses effets sur la prestation de services dans la communauté. Cette rationalisation implique le développement de solutions moins coûteuses pour certaines clientèles et la redistribution des ressources dans la communauté, notamment dans les services à domicile, dans le cadre de projets précis de collaboration inter-établissements coordonnés par les régions régionales de la santé et des services sociaux.

Le remplacement de services hospitaliers par des services moins coûteux pour la collectivité et moins lourds pour les personnes est notamment possible par la considération des possibilités de réduction des séjours hospitaliers, par l'augmentation des services ambulatoires, de la chirurgie d'un jour et des services spécialisés offerts au domicile des personnes, services qui peuvent même être intensifiés dans certains cas.

Le Ministère présente un certain nombre d'énoncés qui précisent la nature des actions qui seront retenues en réponse aux besoins des personnes qui nécessitent des services à domicile. Il définit aussi les paramètres généraux concernant l'admissibilité et l'accessibilité aux services, le rôle des dispensaires et la coordination des services, afin de supporter les gestionnaires et intervenants qui ont la responsabilité de rendre accessibles des services équitables, efficaces et efficients.

Les orientations en matière de services à domicile

L'intervention précoce, axée sur l'autonomie fonctionnelle des personnes, la participation des personnes et des ressources concernées et l'utilisation judicieuse et efficiente des ressources socio-sanitaires constituent autant de principes qui doivent guider l'ensemble des interventions en matière de services à domicile.

L'intervention précoce

Une incapacité temporaire ou permanente provoque chez une personne une perte d'autonomie qui peut être plus ou moins sévère et qui survient dans la plupart des cas de façon progressive. L'intervention précoce peut contribuer à éviter la détérioration de l'autonomie de la personne, l'épuisement des proches, les situations de crise. Elle peut prévenir ou à tout le moins retarder, dans certains cas, le recours à l'hébergement des adultes ou au placement des enfants.

L'autonomie fonctionnelle de la personne

Les interventions de services à domicile se réalisent en tenant

compte de l'ensemble de la situation de la personne et de ses besoins dans sa communauté et dans son milieu. Le choix des interventions devrait être fait en privilégiant l'autonomie fonctionnelle de la personne. Avant de compenser ses limitations, on s'assure que les moyens nécessaires sont pris pour développer ou maintenir son potentiel physique, psychologique et social, et ainsi minimiser les obstacles à son fonctionnement.

La participation

Il s'avère de première importance d'associer la personne et ses proches à la définition des besoins et au choix des moyens retenus pour y répondre. La prestation de services à domicile requiert le support des ressources communautaires et de l'État, agissant en partenaires. La collaboration des ressources communautaires est essentielle et elle doit tenir compte de leurs caractéristiques spécifiques.

L'utilisation judicieuse et efficiente des ressources

L'utilisation judicieuse et efficiente des ressources socio-sanitaires commande de favoriser et de renforcer l'utilisation des ressources de première ligne préalablement à tout recours à des ressources lourdes (placement, hospitalisation, hébergement). La possibilité d'un retour à domicile doit être considérée à toutes les phases d'un séjour en milieu hospitalier et institutionnel. Le retour en milieu naturel suppose toutefois des conditions de vie adéquates.

L'admissibilité

Afin de s'assurer d'une meilleure adéquation entre les services et les besoins, les éléments généraux suivants doivent

être pris en compte dans le processus de décision sur l'admissibilité aux services à domicile :

1. La personne a un besoin de services attesté par une évaluation professionnelle établie à partir de l'application d'un instrument régional d'évaluation.
2. La personne et ses proches acceptent de participer au processus de décision et aussi de recevoir les services requis. Dans certains cas particuliers, le consentement peut provenir uniquement de la personne ou de ses proches.

3. La personne ne peut, en raison de son état, recevoir les services à l'extérieur de son domicile, ou il est jugé plus pertinent de lui offrir ces services à son domicile, compte tenu de la disponibilité des ressources et des coûts.

4. La personne ne bénéficie pas, pour des services de même type, de la couverture d'un autre programme gouvernemental (par exemple : le programme de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et celui de la Société de l'assurance automobile du Québec).

5. Le lieu de résidence doit correspondre à la définition du domicile présentée ci-après et il doit, de plus, être jugé adéquat pour la prestation des services requis.

Le domicile est le lieu où réside une personne, au sens d'un logement privé ou d'un établissement domestique autonome, ce qui comprend la maison privée, le logement ou appartement, la chambre, le logement dans un HLM.

Les logements situés dans des conciergeries ou dans des résidences privées offrant des services à des personnes retraitées ou semi-retraitées sont considérés comme des domiciles seulement pour les services non couverts dans les baux ou contrats convenus entre les promoteurs ou les propriétaires et les locataires.

Les ressources de type familial (familles d'accueil et résidences d'accueil) sont considérées comme des établissements domestiques autonomes seulement pour la prestation des services pour lesquels elles ne sont pas rémunérées.

Les centres hospitaliers, les centres de réadaptation, les centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés (conventionnés ou non conventionnés) de même que l'ensemble des ressources intermédiaires ne sont pas considérés comme des domiciles.

Chaque établissement qui dispense des services à domicile doit rendre opérationnels les cinq éléments à prendre en compte dans le processus de décision sur l'admissibilité. Par exemple, la question du domicile des personnes inscrites dans un processus de désinstitutionnalisation devra faire l'objet de considérations particulières.

La gratuité et la neutralité

Les services à domicile sont fournis gratuitement. Apparaissant comme un moyen de retarder et, dans certains cas, d'éviter l'institutionnalisation, ils se voient appliquer le principe de la prise en charge collective des coûts à moins que des programmes particuliers n'aient été conçus pour les clientèles externes. Ainsi, par exemple, les équipements et les médicaments requis pour la prestation des services à domicile sont fournis selon les modalités inscrites dans les divers programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Au principe de gratuité, il faut accoler celui de neutralité, c'est-à-dire que les personnes qui reçoivent le service ne doivent pas en retirer un avantage financier en évitant d'assumer des dépenses qui autrement leur reviendraient. Ce principe s'applique déjà à la clientèle hébergée en institution ou en famille et résidence d'accueil et ne touche pas les services professionnels tels que les soins ou les interventions psychosociales. En matière de services à domicile, c'est pour

les secteurs de l'aide domestique et du soutien civique que l'on doit s'assurer que cette neutralité est présente et que les personnes continuent d'assumer, dans la mesure de leurs moyens, les obligations normales d'une vie autonome et responsable. L'application de ce principe ne doit pas être interprétée comme donnant ouverture à une tarification des services publics d'aide à domicile; elle doit plutôt être vue comme renforçant la nécessité de concentrer les ressources publiques limitées vers certaines clientèles prioritaires, tout en permettant aux autres clientèles d'avoir accès à des services adéquats dans leur communauté.

Les critères de priorités

Compte tenu de l'ampleur des besoins à couvrir et des ressources limitées, un système de priorités doit être mis en place. Ce système vise à favoriser et à soutenir le maintien en milieu de vie naturel, dans des conditions sociosanitaires adéquates, des personnes nécessitant le plus ces services.

Le système de priorités doit tenir compte de la combinaison et de l'importance de différents facteurs susceptibles de mener le fonctionnement général de la personne, son maintien dans son milieu de vie naturel ainsi que sa qualité de vie et celle de ses proches. Afin d'établir les demandes prioritaires de services, trois éléments sont pris en compte :

L'urgence de la réponse aux besoins : Plusieurs situations peuvent exiger une intervention rapide, compte tenu des conséquences qu'elles peuvent entraîner. Il en va ainsi des crises psychosociales, urgences sociales ou ruptures de support, pour lesquelles une réponse immédiate apparaît nécessaire. C'est également le cas lorsque des soins ou d'autres services sont requis immédiatement après une hospitalisation. Ce sont le plus souvent des situations ponctuelles qui impliquent une intervention de courte durée.

Le degré de support des proches : Une personne qui ne peut compter sur le support de ses proches et de son milieu voit son maintien en milieu naturel compromis. Il y a lieu de tenir compte de ce phénomène. Il y a lieu de tenir compte également de la capacité de l'entourage et du milieu de répondre aux besoins de services tout en considérant la disponibilité réelle et le fardeau des aidants naturels. L'estimation du support disponible doit se faire dans un esprit de prévention de l'épuisement des proches, d'intervention précoce et de partenariat.

Le niveau socio-économique : Pour les services d'aide à domicile, les personnes socio-économiquement défavorisées doivent être desservies en priorité.

Bien que le cumul de ces éléments définit une situation hautement prioritaire, l'absence de l'un ou de l'autre ne doit pas être considérée comme un motif d'exclusion et la situation de chaque personne doit être étudiée de façon particulière. La façon de tenir compte de ces critères sera déterminée dans chaque région, en fonction des besoins, des particularités et des ressources disponibles. Les établissements qui offrent des services à domicile verront à gérer ces services en fonction de ces critères.

Le système d'évaluation

De façon à articuler admissibilité des personnes, critères de priorités et accessibilité aux services, il est important de s'assurer que chaque région puisse disposer d'un système d'évaluation unique, standardisé, efficace et efficient, à partir d'un instrument qui favorise à la fois l'évaluation complète, rapide et concertée des personnes et qui permette également de fournir des informations, pour la planification des services, quant à l'adéquation entre les besoins des personnes et les services disponibles.

À partir de l'expérience acquise de l'utilisation des grilles existantes pour les clientèles âgées ou handicapées qui présentent des incapacités de nature permanente, l'objectif est d'obtenir un ou des outils qui répondent, de façon minimale, aux critères suivants :

- la prise en compte des dimensions physiques, psychologiques et sociales des personnes pour l'estimation des besoins;
- la considération du caractère évolutif de ces besoins et de l'environnement dans lequel ils s'expriment;
- la compatibilité avec le système d'évaluation des demandes d'hébergement;
- la capacité d'allier, d'une part, l'uniformité pour les besoins de la gestion et de la planification et, d'autre part, la flexibilité, pour permettre l'adaptabilité aux contraintes locales et régionales.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuivra les recherches nécessaires pour en arriver à proposer un système d'évaluation fonctionnel à court terme.

L'organisation des services

Quoique la responsabilité première du maintien de son autonomie revienne à chaque individu, l'État doit s'assurer de la disponibilité d'un ensemble de services qui permettent à la fois d'apporter une aide à la personne en situation de besoin et de soulager les proches dans leur rôle de soutien et d'assistance, tout en favorisant la participation de chaque catégorie d'intervenants. Les ressources, tant personnelles que communautaires, publiques et privées, contribuent chacune à leur façon à la satisfaction des besoins des personnes.

Les **centres locaux de services communautaires (CLSC)** sont les responsables des services à domicile de première ligne, ce qui signifie qu'ils assument, au niveau local, un rôle

de premier plan pour offrir à la population de leur territoire des services de santé et des services sociaux courants. C'est ainsi que les CLSC fournissent directement au domicile des personnes les services appropriés. Ils s'assurent aussi de la disponibilité de l'éventail des services à domicile de première ligne nécessaires pour répondre aux besoins de la population de leur territoire. Toute demande de service est suivie de l'évaluation des besoins en collaboration avec la personne, son entourage et les ressources concernées. Les CLSC peuvent orienter la personne vers les ressources appropriées.

La contribution des **organismes communautaires, des groupes structurés d'entraide et de soutien** est une forme inestimable d'aide. Leur disponibilité, leur participation à de nombreuses activités, en font des partenaires privilégiés. Leur action doit être supportée et reconnue par l'ensemble des intervenants, et tout particulièrement au niveau de chacune des régions. La planification et la coordination des services doivent se faire en collaboration avec ces organismes.

Le recours de plus en plus fréquent à des **agences privées** commande de préciser régionalement les modalités de collaboration avec le réseau public permettant d'atteindre une meilleure complémentarité et d'assurer la continuité et la qualité des services. À l'instar de chaque établissement du réseau et des organismes communautaires, les agences privées devront adopter des normes de qualité et les respecter. Lorsqu'un centre local de services communautaires recourt à une agence privée pour sa clientèle, il s'assure de la qualité des services offerts.

Les **Corporations intermédiaires de travail (CIT)**, organismes sans but lucratif, représentent une nouvelle avenue pour la prestation de certains services à domicile. Les CLSC pourront conclure avec elles des ententes de services pour de l'aide domestique et du soutien civique. Ils pourront également y diriger certaines personnes, notamment celles qui bénéficient d'une allocation financière.

Une allocation financière peut être attribuée directement aux personnes qui désirent gérer seules ou avec l'aide de leur réseau de support les services dont elles ont besoin. Ce mode d'accès peut être utilisé pour des services courants d'aide personnelle, d'aide domestique, de soutien civique, de support aux proches, de répit et de dépannage. Des travaux se poursuivent avec divers partenaires en vue d'une meilleure harmonisation des besoins des personnes avec l'application des lois concernant la fiscalité et le monde du travail.

Enfin, pour les personnes âgées de 65 ans et plus qui défraient personnellement les coûts de services d'aide personnelle, d'aide domestique, de dépannage, de gardiennage, etc., dont elles ont besoin, le Gouvernement a annoncé, dans son dernier budget, la création d'un nouveau **crédit d'impôt remboursable pour emplois familiaux**. Des expériences pilotes encadreront la mise en œuvre de cette mesure, laquelle pourrait, par la suite, s'appliquer à d'autres types d'emplois familiaux.

Les responsabilités partagées

Plusieurs conditions sont requises pour assurer une meilleure adéquation entre les investissements actuels et futurs et les besoins de la clientèle. Il est tout d'abord important de favoriser, **sur le plan local**, la responsabilisation des organisations. Celle-ci exige une concertation des établissements sociosanitaires et des organismes communautaires œuvrant dans le domaine des services à domicile, à la fois sur l'arrimage et la continuité des interventions et sur les moyens à mettre en œuvre. Il faut également que les acteurs publics, agissant en complémentarité, partagent une même vision de leurs rôles respectifs.

Dans le cadre de leur mandat, la responsabilité des **centres locaux de services communautaires** consiste :

- à promouvoir, sur une base locale, la concertation de l'ensemble des organismes et établissements inter-

venant auprès de la clientèle pouvant nécessiter des services à domicile;

- à déterminer, en concertation, les besoins des personnes pouvant bénéficier de ces services, la nature des services à fournir et les modalités facilitant une utilisation maximale des ressources humaines, matérielles et financières;
- à favoriser l'émergence d'une concertation intersectorielle locale dans le domaine du maintien à domicile.

La concertation locale assurera la prise en considération des caractéristiques spécifiques de chaque communauté lors de la démarche de planification régionale.

Dans chacune des régions, la **Régie régionale de la santé et des services sociaux** détient la responsabilité :

- d'élaborer les plans régionaux d'organisation de services (PROS) en déterminant entre les établissements, les organismes et les autres groupes de la communauté, les différents mandats de distribution des services et les contributions aux objectifs fixés;
- d'assurer une répartition des ressources permettant de mettre en place la gamme de services à l'intérieur des différents programmes-clientèles et de consolider les services favorisant le soutien des personnes en milieu naturel;
- de voir à la mise en place de mécanismes formels de liaison entre des établissements desservant la même clientèle, et particulièrement entre les centres hospitaliers, les centres de réadaptation, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres locaux de services communautaires et les organismes communautaires;
- d'adopter des mécanismes et des critères de reconnaissance des agences privées;

- de développer la concertation intersectorielle régionale dans le domaine du maintien à domicile.

Le **ministère de la Santé et des Services sociaux** est responsable :

- de fixer, à l'intérieur des différents programmes, des objectifs favorisant le développement et la réallocation des ressources vers des services visant le soutien en milieu naturel tout en privilégiant l'efficacité des services sociosanitaires et la recherche de solutions moins coûteuses et plus efficaces;
- de définir des orientations par rapport aux nouvelles technologies médicales qui permettent actuellement de fournir des services au domicile des personnes et de préciser, au fur et à mesure de la découverte de technologies qui offriront des possibilités semblables, les conditions de leur utilisation au domicile des personnes;
- de promouvoir la recherche dans le domaine du maintien à domicile;
- de convenir, en collaboration avec ses partenaires régionaux, des orientations en matière de formation et de perfectionnement des ressources humaines;
- de développer, au niveau provincial, la concertation intersectorielle dans le domaine du maintien à domicile.

la CONTINUITÉ et la COMPLÉMENTARITÉ

des services

Les besoins des personnes qui présentent des incapacités temporaires ou permanentes évoluent dans le temps. L'expertise développée par les services de première ligne des CLSC permet d'apporter une réponse à un grand nombre de ces besoins. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de réadaptation et les centres hospitaliers de courte durée détiennent aussi une expertise spécifique dans la réponse aux besoins des personnes. Ainsi, la personne qui a une incapacité temporaire ou permanente est appelée à recevoir des services de différents dispensateurs dans le réseau sociosanitaire.

À partir de la prévention, le continuum de services à l'intérieur des programmes-clientèles peut inclure des services de santé, des services psychosociaux, des services de réadaptation généraux ou spécialisés, des services de réadaptation fonctionnelle intensive, des services de soutien à l'intégration et au maintien dans le milieu naturel ainsi que le recours à des milieux de vie protégés.

La souplesse dans l'accès est une caractéristique majeure de l'organisation souhaitée des services. En raison de la nature des problèmes de la clientèle et de leur évolution dans le temps, la continuité et la complémentarité des interventions des services de première ligne offerts à domicile et des services spécialisés doivent être considérées, autant lors de l'admission d'une personne que lors d'un transfert ou en cours d'intervention.

Il apparaît donc utile de préciser les formes de complémentarité et de proposer des modalités d'arrimage entre, d'une part, les services à domicile de première ligne et, d'autre part, les services spécialisés offerts ou non à domicile ou contribuant au maintien à domicile. Quelques grands paramètres précisent les interfaces entre les centres locaux de services communautaires et les ressources d'hébergement et de soins de longue durée, les services de réadaptation et les services hospitaliers.

Les éléments de base des relations inter-établissements

Les services à domicile offerts par les CLSC, tout comme ceux dispensés par les autres types d'établissements et par les organismes communautaires, s'inscrivent à l'intérieur du continuum de services requis et rendus accessibles à chaque clientèle identifiée dans un programme. En ce sens, l'articulation entre les établissements de première ligne et les établissements spécialisés passe par :

- des mécanismes de liaison et de référence adéquats facilitant l'accès aux services généraux et spécialisés selon les besoins de la personne;
- un ensemble de moyens formels, de protocoles, mis en place pour favoriser la continuité et la complémentarité des interventions;
- des services coordonnés, le cas échéant, au moyen d'un plan de services individualisé;

- le partage de connaissances entre les ressources spécialisées et les ressources de première ligne, ainsi que la reconnaissance des expertises mutuelles.

Les services d'hébergement et de soins de longue durée

Le vieillissement, les maladies dégénératives et la perte d'autonomie qui l'accompagnent requièrent souvent l'intervention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, et notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Les ressources d'hébergement et de soins de longue durée contribuant au maintien à domicile

Plusieurs CHSLD offrent des services spécifiques complémentaires à leur mission d'hébergement et de soins de longue durée. Ces services contribuent au maintien à domicile et ils font partie de la gamme de services favorisant l'autonomie de la personne et lui permettant de demeurer chez elle. Ce sont les services des centres de jour et des services d'hébergement temporaire pour du répit et du dépannage. Ils desservent des personnes âgées en perte d'autonomie ou d'autres personnes présentant le même profil de besoins.

L'interrelation des services des centres de jour et de l'hébergement temporaire avec les services à domicile des CLSC est importante dans la mesure où la clientèle est la même et où les objectifs concourent à la même finalité. Il importe que des mécanismes de coordination des plans de services individualisés puissent être mis en place par les établissements concernés. Il importe également que les clientèles pouvant bénéficier des services offerts en centre de jour et en hébergement temporaire soient référées par les CLSC, ou bien selon un mécanisme convenu sur le plan régional.

La référence à l'hébergement

L'hébergement sur une base permanente demeure disponible dans la mesure où, par suite d'une perte d'autonomie fonctionnelle importante, la personne ne peut plus vivre à domicile sans compromettre sa santé et sa sécurité, malgré le réseau d'aide dont elle dispose et le soutien de son entourage. La demande d'admission pourra être démarrée par diverses sources, dont principalement le CLSC, et devra être acheminée et traitée obligatoirement à travers les mécanismes régionaux ou sous-régionaux d'orientation et d'admission.

Les services d'adaptation et de réadaptation

Les missions des centres de réadaptation (CR) et des CLSC définissent des zones spécifiques de responsabilité mais aussi des zones de complémentarité. Les objectifs généraux des services d'adaptation et de réadaptation demeurent les mêmes, quel que soit le dispensateur. Ils s'inscrivent dans une approche favorisant l'intégration sociale, le maintien dans le milieu de vie naturel et, au besoin, le recours à la formule d'hébergement la mieux adaptée. Chaque type de dispensateurs de services y concourra dans un cadre défini par les PROS et par le plan de services individualisé.

La référence aux services spécialisés d'adaptation et de réadaptation

Les principaux motifs de référence aux services spécialisés d'adaptation et de réadaptation pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles sont les suivants :

- l'évaluation de la personne par une ressource experte eu égard à certaines dimensions spécifiques, par exemple l'évaluation de la déficience et des possibilités d'adaptation et de réadaptation ou les pronostics d'incapacités significatives persistantes;

- le besoin de services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle, sur une base interne ou externe, dans le but de développer ou de récupérer les capacités fonctionnelles.

La référence aux services à domicile de première ligne

Les principaux motifs de référence sont :

- l'évaluation des possibilités de maintien ou de retour à domicile, tenant compte des conditions familiales ou environnementales;
- le besoin de services généraux de réadaptation à domicile dans une perspective de maintien de l'usage des capacités physiques ou mentales résiduelles;
- l'intervention de soutien de la personne et de sa famille en milieu naturel, destinée à faciliter l'intégration en réduisant les obstacles environnementaux, en faisant certaines démarches d'intégration scolaire, professionnelle et communautaire et en compensant les incapacités par l'aide et l'assistance familiale.

Les centres de réadaptation agissent sur ce plan quand les besoins de la personne exigent un ensemble d'interventions spécialisées, dispensées de façon intensive et limitées dans le temps (par exemple l'installation à domicile d'une personne quadriplégique, pendant ou après sa réadaptation fonctionnelle).

Les interventions conjointes

Les principales occasions pour intervenir conjointement surviennent lorsque, pour des raisons liées aux conditions de succès des services spécialisés de réadaptation et d'intégration sociale, il devient préférable d'intervenir à domicile. On aura également recours à l'intervention conjointe pour les cas où, dans un processus d'insertion sociale, la personne

requiert un ensemble de services pour effectuer la transition entre deux milieux de vie, après avoir acquis les bases de fonctionnement pour vivre de façon autonome ou dans son milieu familial. Enfin, ce type d'intervention pourra s'avérer nécessaire si la situation de la personne s'est détériorée et si, de ce fait, elle a besoin de services de réadaptation plus spécialisés ou d'un milieu de vie plus encadré.

Dans cette perspective, un plan de services pour chacune des personnes visées est établi conjointement entre le CLSC, l'établissement dispensant les services de deuxième ligne et tout autre organisme concerné. La coordination du plan de services individualisé pourra être assurée par l'un ou l'autre des établissements, selon la dominante de services requis par la personne et son milieu familial.

Un protocole entre les établissements devra également être mis en place pour guider les phases de transition et préciser les responsabilités respectives.

Les services hospitaliers

Certains services sont offerts à des personnes présentant une maladie chronique et qui ont besoin de traitements spécialisés à long terme. Ce sont notamment des personnes atteintes de maladies respiratoires (oxygénothérapie), d'insuffisance rénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou d'insuffisance digestive (hyperalimentation parentérale totale).

D'autres services sont également disponibles pour des personnes qui souffrent de maladies infectieuses nécessitant une antibiothérapie intraveineuse ainsi que pour des personnes en phase terminale (soins palliatifs, contrôle de la douleur).

La référence médicale est nécessaire car ces services s'adressent à une clientèle sélectionnée selon des critères s'appuyant sur un diagnostic médical. Un suivi médical doit être assuré pendant la période du traitement à domicile. Les

services sont fournis par du personnel infirmier spécialisé, des professionnelles et professionnels de la santé tels des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes ou autres. Ils requièrent un matériel particulier ou de l'équipement spécialisé.

Actuellement, la plupart des services sont sous la responsabilité des centres hospitaliers de courte durée (CHCD). Toutefois, dans quelques régions, ces services relèvent des centres locaux de services communautaires ou encore sont offerts conjointement par les CLSC et les CHCD à partir d'ententes de services.

L'hôpital de jour est un service externe gérontologique spécialisé qui reçoit principalement des personnes âgées de 65 ans et plus référées pour des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux. L'hôpital de jour fait partie intégrante du réseau de soins et de services pour le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel.

Les rôles et les responsabilités des CHCD et des CLSC

La notion de services spécialisés évolue dans le temps. Certains services qui autrefois nécessitaient l'hospitalisation sont maintenant disponibles au domicile des personnes. Ils exigent toutefois une formation spécifique, l'accès à de l'équipement spécialisé ou à un matériel spécifique, de même qu'un suivi médical.

Les CLSC, de par la loi, sont responsables de la prestation des services de première ligne au domicile des personnes. Les CHCD, quant à eux, détiennent la responsabilité d'offrir des services à l'intérieur même de leur établissement en continuité, toutefois, avec les services offerts dans la communauté.

La collaboration entre les CHCD et les CLSC, compte tenu des responsabilités de ces derniers en matière de services à domi-

cile de première ligne, est dès lors nécessaire, et des ententes devront être développées. Ainsi, des protocoles de services doivent identifier clairement les rôles et responsabilités des établissements afin, par exemple, d'assurer le suivi médical requis ou encore pour la fourniture d'équipement. Les ententes peuvent varier d'une région à l'autre, compte tenu des ressources disponibles et des territoires à desservir.

Il importe également que les clientèles pouvant bénéficier des services offerts par les hôpitaux de jour soient référées par les CLSC ou encore selon un mécanisme convenu sur le plan régional.

Conclusion

Le cadre de référence sur les services à domicile de première ligne dispensés par les centres locaux de services communautaires permet d'énoncer les orientations ministérielles quant aux objectifs à poursuivre, aux stratégies de financement et à certains paramètres de gestion pour consolider et développer les services à domicile et faire face aux changements à venir.

Les services à domicile constituent, de par leur nature, le lieu où ils se déroulent et les types d'intervention qu'ils impliquent, la réponse la moins lourde et la plus efficiente aux besoins des personnes.

Ils font partie de la panoplie de moyens dont disposent les établissements et les organismes en vertu du mandat général que leur confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ils s'intègrent à différents modèles d'organisation de services planifiés et organisés, dorénavant sur une base régionale. Les régies régionales de la santé et des services sociaux doivent articuler l'apport d'un ensemble de producteurs de façon à satisfaire les besoins spécifiques des diverses clientèles.

Les services à domicile ont été négligés par rapport à d'autres catégories d'intervention de nature curative, qui se déroulent en milieu fermé, qui exigent des technologies plus lourdes et qui sont souvent plus coûteuses pour la société. L'évolution et la diversité des besoins, les choix que les personnes font elles-mêmes et la nécessité de réduire l'augmentation des coûts obligent à leur faire une meilleure place.

Une partie des développements futurs des services à domicile repose sur l'équilibre à trouver entre la responsabilité de s'assurer de leur disponibilité et l'offre de ces services, dans un contexte où l'action de différents types de producteurs doit être nécessairement complémentaire et coordonnée.

Le défi des prochaines années est d'en arriver à un réseau intégré de services, conçu à partir des besoins des différentes clientèles et où prédomine la complémentarité des ressources plutôt que leur cloisonnement.

La primauté du milieu naturel comme milieu de vie représente toutefois le choix fondamental des personnes. Cette primauté deviendra une réalité lorsque les Québécoises et les Québécois qui ont besoin de services pour vivre dans leur domicile auront accès à un ensemble de services diversifiés qui apportera une réponse adéquate à leurs besoins autant sur le plan qualitatif que quantitatif.

La définition des services

Les services à domicile consistent en cinq grands secteurs d'intervention, soit les soins, la réadaptation, les services psychosociaux, l'aide, de même que les services de support aux proches, qui regroupent des services de répit et de dépannage. Ces cinq grands secteurs d'intervention ne constituent pas la liste exhaustive des services pouvant être dispensés à domicile, mais ils représentent les plus fréquents. D'autres services peuvent être offerts en réponse à des besoins spécifiques et aux différentes réalités régionales d'organisation.

Le développement ou la mise en œuvre de ces services ou de ces secteurs d'intervention s'inscrit à l'intérieur de la planification régionale ou des plans régionaux d'organisation de services (PROS) en relation avec une clientèle particulière ou un problème spécifique.

Les services de soins

Les **soins infirmiers** consistent principalement en des interventions d'ordre curatif, palliatif et préventif. Ils comprennent des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi.

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

Les services de réadaptation

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

Les interventions de réadaptation sont dispensées à domicile en raison des objectifs visant l'intégration des personnes dans leur milieu de vie naturel ainsi que le maintien de leurs acquis. Elles sont limitées dans le temps.

Les services psychosociaux

Les interventions psychosociales consistent principalement à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social des personnes. Ce sont des activités de réinsertion sociale, d'adaptation aux changements du milieu de vie, d'utilisation des ressources de la communauté, de prévention des problèmes de santé mentale, de dépistage et de prévention des situations de négligence et d'abus. Elles s'exercent auprès de personnes et de groupes.

Les services d'aide

L'aide à domicile comporte des interventions visant non seulement à compenser les pertes d'autonomie fonctionnelle dans la réalisation des activités primaires et essentielles de la vie quotidienne, domestique et sociale, mais aussi à stimuler les capacités fonctionnelles résiduelles des personnes. Ces interventions comprennent des services d'assistance personnelle, des services d'aide domestique et de soutien civique.

Les **services d'assistance personnelle** regroupent les soins d'hygiène de base, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, etc.

Les **services d'aide domestique** comprennent l'entretien ménager, l'approvisionnement et autres courses, l'entretien des vêtements, etc.

Les **services de soutien civique** regroupent les services requis pour compenser un manque de capacité face à certaines exigences de la vie quotidienne (administrer un budget, rédiger des documents, remplir des formulaires, accomplir diverses démarches).

Les services de support aux proches

Les proches qui soutiennent une personne qui a une ou des incapacités font partie de la clientèle des services à domicile. Ils ont donc accès à l'ensemble des services déjà identifiés, mais un ensemble de mesures supplémentaires permettent le maintien de leur engagement. Elles leur assurent un repos ou une période de relâche et elles visent plus particulièrement à alléger leur fardeau quotidien. Ce sont des services de gardiennage, de répit et de dépannage.

Une surveillance continue est souvent requise à cause des incapacités dont souffrent certaines personnes. Même si des proches sont disponibles pour assurer cette surveillance, des services de **gardiennage** doivent être fournis dans le but d'assurer leur relève, d'éliminer la charge anormale de responsabilité de garde occasionnée par les incapacités de la personne.

Le **répit** est un ensemble de mesures planifiées (fin de semaine de congé, semaine de vacances) qui permettent aux proches un temps de détente et de ressourcement afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins spécifiques d'un enfant ou d'un adulte présentant une ou plusieurs incapacités. La personne est alors prise en charge par une autre personne dans son milieu naturel ou par une autre ressource, d'hébergement temporaire par exemple.

Les mesures de **dépannage** visent à résoudre la difficulté des parents ou des proches de répondre à brève échéance aux besoins particuliers d'une personne qui a une ou des incapacités, et ce dans des situations hors de l'ordinaire, habituellement graves, imprévisibles et temporaires.

Les services d'organisation communautaire

L'**aide à la création de groupes d'entraide**, le **support aux organismes communautaires**, l'**information** et la **référence** de la population vers ces ressources représentent des activités qui sont offertes en complément aux interventions faites à domicile.

Ces activités de groupe sont fournies dans le but de compléter des habiletés ou des apprentissages reliés au traitement, à la réadaptation, à la réinsertion ou à l'intégration sociale. Elles apportent un support d'information, d'éducation et d'échange pour faciliter l'acceptation de nouvelles situations reliées à une incapacité et l'adaptation à celles-ci.