



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale  
Québec

RAPPORT D'ENQUÊTE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

*CHEZ SOI : TOUJOURS LE PREMIER CHOIX?*

**L'accessibilité aux services de soutien à domicile  
pour les personnes présentant une incapacité  
significative et persistante**

Québec, 30 mars 2012

### **Responsables des analyses**

Clément Bérubé, délégué de la protectrice du citoyen

Pauline Cummings, coordonnatrice de l'équipe Déficience, soutien à domicile et dépendances

### **Collaborateurs**

Caroline Bouchard, bibliotechnicienne

Michel Clavet, conseiller expert

Rémy Demers, Analyste de données

Francine Drouin, déléguée de la protectrice du citoyen

### **Rapport sous la direction de**

Renée Lecours, directrice des enquêtes en santé et services sociaux

### **Édition**

Direction des communications

Le présent document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique à l'adresse : [www.protecteurducitoyen.qc.ca](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca) section **Dossiers et documentation**, rubrique **Rapports d'enquête et rapports spéciaux**.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64407-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-64408-8 (version PDF)

© Protecteur du citoyen

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Protecteur du citoyen.

# Table des matières

---

1	L'intervention du Protecteur du citoyen .....	1
1.1	Mission du Protecteur du citoyen .....	1
1.2	Contexte de l'intervention .....	1
2	La Politique de soutien à domicile.....	4
2.1	Rappel des grands principes de la Politique de soutien à domicile .....	4
2.2	Qui est responsable de faire respecter la Politique? .....	6
3	Constats du Protecteur du citoyen .....	8
3.1	Apparition de nouveaux critères d'exclusion .....	9
3.1.1	Accès à une assurance privée.....	9
3.1.2	Participation du proche-aidant.....	9
3.1.3	Perte de gratuité des services de soutien à domicile en résidence privée .....	11
3.2	Mise en place de plafonds d'heures de services .....	12
3.3	Disparités dans l'application de la Politique.....	14
3.4	Diminution des heures de services.....	15
3.5	Délais d'attente .....	17
3.6	Épuisement des proches-aidants .....	19
3.7	Conséquences sur le système de santé.....	20
3.8	Analyse .....	22
4	Recommandations .....	28

Bibliographie



# 1 L'intervention du Protecteur du citoyen

---

## 1.1 *Mission du Protecteur du citoyen*

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par les parlementaires de toutes les formations politiques et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative. En santé et en services sociaux, il intervient généralement en deuxième recours en ce qui a trait aux plaintes des citoyens. Il peut aussi agir directement à la suite de signalements ou encore de sa propre initiative auprès des instances assujetties à sa compétence.

## 1.2 *Contexte de l'intervention*

**Cette enquête porte sur le volet soutien à domicile à long terme du Programme de soutien à domicile, c'est-à-dire :**

- **les services d'assistance personnelle aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, tels les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation et à la mobilité;**
- **les services d'aide domestique, tels l'entretien ménager, la préparation des repas, l'approvisionnement et autres courses, l'entretien des vêtements et la lessive;**
- **le soutien civique, comme l'aide à l'administration du budget.**

**Cette enquête ne concerne pas, en conséquence, les soins de santé à domicile (comme les soins infirmiers) ni le soutien à domicile à court terme dispensé aux personnes ayant des incapacités temporaires (les soins dispensés à la suite d'une chirurgie, par exemple).**

***Le Protecteur du citoyen constate une augmentation importante de plaintes concernant les services de soutien à domicile.***

Le Protecteur du citoyen a constaté, dans la dernière année, une augmentation importante de plaintes concernant les services de soutien à domicile dispensés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) - mission CLSC, dans la majorité des régions du Québec. En trois ans, le nombre de plaintes qu'il a reçues, en appel des conclusions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services (recours de premier niveau) est passé de 89 (en 2009-2010) à 142 (au cours des neuf premiers mois de 2011-2012). En 2009-2010, 38,2 % des plaintes étaient fondées, alors qu'en 2011-2012, 55,6 % le sont<sup>1</sup>. Le Protecteur du citoyen a en conséquence décidé de mener une enquête spéciale afin de déterminer s'il y a lieu de recommander des mesures correctives d'ensemble pour éviter une aggravation de la situation.

Cette enquête porte sur l'application du programme de soutien à domicile par les établissements et non sur le travail fait auprès de la clientèle par le personnel. En effet, ce n'est généralement pas la qualité des services qui fait l'objet de nos plaintes. C'est pour cette raison que cette dimension n'est pas abordée dans le présent rapport. Le cas échéant, le Protecteur du citoyen demeurera très vigilant à faire enquête sur toute plainte à l'égard de la qualité des services qu'il recevrait.

Les problématiques liées aux services d'assistance personnelle, aux services d'aide domestique et au soutien civique, ont été constatées dans plusieurs régions du Québec. Pour les besoins de cette enquête, nous avons tiré la majorité de nos constats et de nos exemples des quatre régions sociosanitaires où le nombre de plaintes était le plus élevé, c'est-à-dire Montréal, Montérégie, Laurentides et Gaspésie-Îles-de-la Madeleine. Ces régions représentent 50,8 % de la population.

Afin de documenter la problématique, le Protecteur du citoyen a pris connaissance principalement des documents suivants :

- *Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003;

---

1. En 2011-2012, on estime recevoir 190 plaintes.

- › *Chez soi : Le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004;
- › *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, afin de faire mieux ensemble*, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2008;
- › les cadres de référence des Agences de la santé et des services sociaux de Montréal, des Laurentides, de la Montérégie et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- › les cadres de référence et de données statistiques des centres de santé et de services sociaux des quatre régions concernées;
- › les dossiers de plaintes reçues au Protecteur du citoyen concernant le soutien à domicile entre avril 2008 et octobre 2011.

En plus des usagers, proches aidants et intervenants du réseau, le Protecteur du citoyen s'est également entretenu avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## 2 La Politique de soutien à domicile

---

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est doté d'une politique de soutien à domicile<sup>2</sup>. Cette politique établit que : « 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<sup>3</sup>. »

*La politique établit que : « Dans le respect du choix des individus, le domicile sera toujours envisagé comme la première option ».*

Les services devront converger pour permettre le maintien à leur domicile des personnes en perte d'autonomie le plus longtemps possible, selon leur volonté, et ce, jusqu'à concurrence de ce qu'il en coûterait pour les héberger dans un établissement public. « Pour l'ensemble du Québec, le coût moyen net du financement de l'État pour de l'hébergement public se situe à 42 000 \$ [par personne – par année] pour l'ensemble des soins et services, en excluant les services médicaux<sup>4</sup>. » Ce coût de 42 000 \$ a été établi lors de l'élaboration de la Politique. Nous estimons qu'avec un budget de 42 000 \$ par année, une personne pourrait recevoir entre 50 et 60 heures de services de soutien à domicile par semaine, selon le taux horaire de l'allocation directe accordée dans sa région.

### 2.1 Rappel des grands principes de la Politique de soutien à domicile

La Politique de soutien à domicile se fonde sur trois principes qui orienteront toutes les actions<sup>5</sup> :

- › à sa base, la Politique doit répondre aux « attentes et aux besoins des individus et de la population »;

---

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*. Québec, 2003.

3. *Ibid.*, p. 5.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*. Québec, 2004, p. 11.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*. Québec, 2003, p. 2.



- › les services à domicile doivent prendre une place toujours plus importante à l'intérieur du système de santé et de services sociaux;
- › il doit y avoir une action concertée, collective, en faveur des personnes ayant une incapacité et de leurs proches-aidants.

Il est également prévu que cette Politique 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<sup>6</sup>. »

La Politique de soutien à domicile jette aussi les bases d'un nouveau mode de relation entre les proches-aidants et le système de santé et de services sociaux<sup>7</sup>. Elle reconnaît spécifiquement la participation de « l'aidant naturel » dans le maintien à domicile d'un proche (reconnaissance du besoin de répit) et établit que cette participation doit rester **volontaire**.

*La politique établit que la participation du proche-aidant doit demeurer volontaire et que l'accès au soutien à domicile doit être le même pour tous.*

La Politique mentionne également que l'accès au soutien à domicile doit être le même pour tous, sans distinction, et que la réponse apportée doit toujours être fondée sur les besoins<sup>8</sup>.

La Politique prévoit que : « les services d'aide domestique et d'assistance personnelle, déterminés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé, seront 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<sup>9</sup>. »

---

6. *Ibid.*, p.16.

7. *Ibid.*, p. 3.

8. *Ibid.*, p. 3.

9. *Ibid.*, p. 17.

Parmi ces personnes, seules celles déjà assurées par un autre régime public (par exemple, le Régime public d'assurance automobile et le régime québécois de santé et de sécurité du travail) pour des services du même type n'y seront pas admissibles.

La Politique précise :

- › que les personnes qui ont seulement besoin d'aide domestique seront dirigées vers une entreprise d'économie sociale;
- › que parmi les personnes dirigées vers une entreprise d'économie sociale, celles qui sont à faible revenu recevront gratuitement les services d'aide domestique déterminés dans leur plan d'intervention ou dans leur plan de services individualisé. Les autres bénéficieront du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD)<sup>10</sup>, ce qui diminuera leur facture.

## **2.2 Qui est responsable de faire respecter la Politique?**

Toute politique ministérielle, aussi pertinente soit-elle, prend sa valeur dans son application.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la Politique de soutien à domicile. Il en adopte les orientations générales, fixe les cibles nationales pour chaque clientèle et alloue les ressources (budgets) aux agences de la santé et des services sociaux.

En cohérence avec les orientations ministérielles, les agences doivent coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux de leur région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Elles doivent donc coordonner l'organisation des services à domicile dispensés par les CSSS de leur territoire, « selon une perspective d'ensemble qui intègre : le soutien aux personnes ayant une incapacité, le soutien aux proches-aidants<sup>11</sup> ».

---

10. *Ibid.*, p. 18.

11. *Ibid.*, p. 30.

À la suite des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 2004, la responsabilité d'assurer à la population les services sur une base territoriale a été confiée aux CSSS. Cette réorganisation vise à rapprocher les services de la population, à favoriser leur continuité et à assurer une meilleure prise en charge de la clientèle vulnérable, notamment des personnes handicapées et des personnes en perte d'autonomie.

Ainsi, tout en étant assujettis aux balises posées par la Politique de soutien à domicile, les nouveaux CSSS se sont vus reconnaître une marge de manœuvre dans la gestion des services. « Ils sont responsables du choix des moyens, dans le respect des orientations ministérielles, de l'organisation régionale des services et des ressources qui leur sont allouées<sup>12</sup> ».

---

12. *Ibid.*, p. 31.

### 3 Constats du Protecteur du citoyen

---

Au cours des dernières années, la plupart des agences et des CSSS ont révisé leur cadre de référence des services à domicile. Ces cadres déterminent comment ces services seront offerts dans une région (cadre régional) et sur un territoire de CSSS (cadre local). **À leur analyse, nous constatons que si tous ces documents se basent sur la Politique ministérielle, ils présentent certaines différences qui peuvent avoir un impact négatif direct sur les services offerts à la clientèle.**

*D'un CSSS à l'autre, le cadre de référence des services à domicile varie et certains éléments de ce cadre dérogent à la politique.*

Nous présentons ici des éléments qui dérogent à la Politique de soutien à domicile et leurs conséquences sur les usagers, documentés par notre analyse de la Politique et nos constats de son application sur le terrain. Nous présentons également des exemples qui illustrent ces dérogations. Parmi les éléments qui ont retenu notre attention, mentionnons :

- › **l'apparition de nouveaux critères d'exclusion;**
- › **la mise en place de plafonds d'heures de services;**
- › **les disparités dans l'application de la Politique de soutien à domicile;**
- › **la diminution des heures de services;**
- › **l'allongement des délais d'attente.**

En parallèle, nous avons constaté un lien avec :

- › **l'épuisement des proches-aidants;**
- › **les conséquences sur le système de santé.**

### **3.1 Apparition de nouveaux critères d'exclusion**

La Politique ministérielle établit des critères d'exclusion au programme de soutien à domicile. Nous avons noté l'apparition d'au moins trois situations d'exclusion qui ne sont pas conformes à la Politique : la détention d'une assurance privée par l'utilisateur, la présence d'un proche-aidant et la perte de la gratuité des services de soutien à domicile pour les personnes vivant en résidence privée pour personnes âgées qui offrent des services à la carte contre paiement.

*L'accès à une assurance privée, la participation d'un proche-aidant et l'offre de services à la carte par une résidence privée ne constituent pas des critères d'exclusion acceptables selon la Politique.*

#### **3.1.1 Accès à une assurance privée**

Dans deux régions, le Protecteur du citoyen a constaté qu'une Agence et un CSSS ont établi des critères d'exclusion qui limitent l'admissibilité au programme d'aide aux activités de la vie domestique (AVD) et aux travaux lourds si l'utilisateur détient une assurance privée. Bien que le Protecteur du citoyen ne s'oppose pas à la prise en compte de ce critère d'exclusion, il note une contradiction avec la Politique ministérielle qui mentionne que l'exclusion concerne uniquement les personnes dont les services sont dispensés par un autre régime public. La Politique ne fait nullement mention que les assurances privées détenues par un utilisateur engendrent automatiquement la non-admissibilité de ce dernier au programme de soutien à domicile.

#### **3.1.2 Participation du proche-aidant**

Le Protecteur du citoyen a également constaté que, bien que l'engagement du proche-aidant doive être volontaire selon la Politique, dans les faits, il ne résulte pas nécessairement d'un choix libre et éclairé. Dans un guide destiné aux intervenants d'un CSSS, pour la cueillette des données en vue de l'admissibilité au service de soutien à domicile, il est mentionné que pour être admissible au programme pour les AVD, la personne doit « vivre seule ou la

personne vivant sous le même toit a [sic] une incapacité significative et persistante ainsi qu'une incapacité à accomplir les AVD ». Ce libellé contredit le fait que l'engagement de l'aidant naturel est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé. À la suite d'une recommandation du Protecteur du citoyen émise lors d'une enquête, une agence a retiré cette restriction de son cadre normatif.

**Application subite des nouvelles normes pour l'accès aux services d'aide domestique**

*Lors de la réévaluation annuelle du plan de service (PSI) d'un usager, l'intervenante informe ce dernier qu'elle doit appliquer le nouveau cadre normatif du programme de soutien à domicile du CSSS, ce qui entraînera une diminution importante des heures de services qui lui sont allouées même si son niveau d'autonomie ne s'est pas amélioré. Il est à noter que le nouveau cadre de référence n'a fait l'objet d'aucune information auprès des usagers. L'intervenante lui explique que, dorénavant, pour avoir accès aux services d'aide domestique, l'usager doit habiter seul ou, s'il a une conjointe, cette dernière doit être en lourde perte d'autonomie. Comme cela n'est pas le cas, son plan de service est passé de 29 heures à 15 heures par semaine. La décision a été appliquée dans un délai de 2 semaines. À cette même période, sa conjointe le quitte et la personne qui effectuait l'aide à domicile démissionne en raison de la diminution de ses heures de travail. En perdant son aidante naturelle, l'usager est redevenu admissible, ce qui illustre le cercle vicieux engendré par l'obligation d'impliquer les proches-aidants.*

### **3.1.3 Perte de gratuité des services de soutien à domicile en résidence privée**

En s'appuyant sur les conclusions des plaintes qu'il a reçues, le Protecteur du citoyen constate que certains CSSS se désengagent de leurs obligations en ne couvrant pas les services de soutien à domicile de résidents hébergés en résidence privée pour personnes âgées. La Politique mentionne que les résidences dites « privées » sont considérées comme un domicile. Dans ce contexte, tout résident de telles ressources a droit aux services de soutien à domicile déterminés par une évaluation d'un CSSS. Le Protecteur du citoyen a relevé que certains usagers sont privés de cette disposition de la Politique de soutien à domicile puisque leur CSSS les oblige à acheter les services à la carte auprès de la résidence privée.

#### ***On présume que l'utilisateur assumera les frais d'une offre à la carte***

*Un homme déplore qu'il n'a plus le droit au soutien à domicile du seul fait qu'il a déménagé dans une résidence privée pour personnes âgées qui offre des services à la carte moyennant paiement. Ces services sont en sus de ceux prévus dans son bail. L'utilisateur se plaint au Protecteur du citoyen parce qu'il n'a pas les moyens d'assumer de tels frais. Son CSSS a fait le choix de retirer les services à domicile à tous les usagers qui déménagent en résidence privée où des services à la carte sont offerts, qu'ils soient en mesure de payer ou non.*

### 3.2 Mise en place de plafonds d'heures de services

Presque tous les cadres de référence ou les directives administratives des CSSS consultés établissent des plafonds d'heures de services, bien souvent en deçà des besoins évalués.

Ces limites varient d'une région à l'autre, à partir de 3 heures jusqu'à 35 heures par semaine, selon le type de services ou selon la clientèle visée. À la suite d'une évaluation, les heures non allouées sont placées sur des listes d'attente et seront éventuellement redistribuées aux usagers, lorsque de nouveaux budgets seront attribués aux CSSS. Les plafonds d'heures sont instaurés dans un contexte d'insuffisance ou de réduction de ressources financières afin d'offrir un minimum d'heures au plus grand nombre de personnes possibles.

**Les limites d'heures de services varient d'une région à l'autre, passant de 3 à 35 heures par semaine.**

Dans un cadre de référence, on trouve la note suivante : « Les ressources actuelles sont insuffisantes pour répondre entièrement à l'ensemble des besoins de la population. L'on doit faire constamment des choix entre le rehaussement des services à la clientèle, l'accès aux services pour le traitement des nouvelles demandes et l'équité pour tous<sup>13</sup>. »

Le Protecteur du citoyen a observé que tous les plafonds établis sont plus bas que l'équivalent du coût d'un hébergement en centre d'hébergement de soins de longue durée, comme prévu dans la Politique de soutien à domicile. Dans les situations analysées, ce fait peut ultimement compromettre la sécurité et le maintien à domicile des personnes, particulièrement celles nécessitant un nombre plus élevé d'heures de services, et ce, malgré que le coût associé à leurs services de soutien à domicile reste tout de même moins élevé que celui d'un hébergement public dans le cas où ces heures sont compensées par le chèque emploi services.

---

13. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTAGNE, *Cadre de référence – Aide à domicile*, janvier 2011, p.9.



En effet, le Protecteur du citoyen observe que les personnes qui ont des besoins bien supérieurs au plafond d'heures imposé sont plus pénalisées par cette mesure que les personnes dont les besoins évalués gravitent autour du plafond des heures de services accordées.

***Quels que soient les besoins, le maximum d'heures de services reste le même***

*Un homme lourdement handicapé est évalué par un intervenant de son CSSS. On lui reconnaît un besoin de 38 heures de services de soutien à domicile par semaine. Dans les faits, il ne recevra que 20 heures par semaine, soit le maximum du plafond établi dans le cadre normatif des CSSS de sa région. En effet, confrontés à une insuffisance de ressources et dans un souci d'équité et d'uniformisation régionale, les CSSS ont convenu de plafonner l'allocation récurrente à un maximum de 20 heures de services par semaine, et ce, que la personne nécessite 25 ou 40 heures.*

Certaines régions, qui vont plus loin, établissent des plafonds d'heures différents, selon que la personne soit considérée comme une personne handicapée ou une personne âgée.

***Certaines régions établissent des plafonds d'heures différents, selon que la personne soit considérée comme une personne handicapée ou une personne âgée.***

Par exemple, un cadre de référence mentionne qu'une personne handicapée de moins de 65 ans peut recevoir un maximum de 21 heures de services par semaine, alors qu'une personne âgée en perte d'autonomie de plus de 65 ans reçoit seulement un maximum de 10 heures de services par semaine pour les mêmes besoins identifiés. Cela veut dire que lorsque la personne handicapée atteindra l'âge de 65 ans, elle perdra 11 heures de services par semaine.

### 3.3 Disparités dans l'application de la Politique

*Les personnes ne sont pas assurées de recevoir le même nombre d'heures de services, pour les mêmes besoins évalués, lorsqu'elles changent de lieu de résidence, incluant lorsqu'elles déménagent à quelques coins de rue.*

Parmi les difficultés rencontrées par la clientèle du soutien à domicile, signalons la disparité qui existe entre les différentes régions, entre les CSSS et même entre les CLSC situés sur le territoire d'un même CSSS. Concrètement, cela signifie que les personnes ne sont pas assurées de recevoir le même nombre d'heures de services, pour les mêmes besoins évalués, lorsqu'elles changent de lieu de résidence, incluant lorsqu'elles déménagent à quelques coins de rue.

Actuellement, les personnes nécessitant des services de soutien à domicile ont intérêt à s'informer avant de déménager afin d'éviter les mauvaises surprises.

#### ***Un déménagement a des conséquences sur le nombre d'heures de services de soutien***

*À la suite d'un déménagement, les heures de soutien à domicile d'un usager sont passées de 14 à 10 heures par semaine. Son nouveau CLSC refuse de respecter les heures qui lui étaient allouées avant son déménagement. L'établissement a choisi de privilégier l'accessibilité plutôt que l'intensité des services. Un maximum de 10 heures de services par semaine est alloué à la clientèle du programme de soutien à domicile. Ce critère a été établi afin d'assurer un minimum de services à l'ensemble de la clientèle le requérant, compte tenu des budgets alloués et de l'obligation de maintenir l'équilibre budgétaire.*

### 3.4 Diminution des heures de services

La volonté d'harmonisation et la recherche d'équilibre budgétaire ont entraîné des changements dans l'offre de services à la clientèle à domicile. Parmi ces changements, la diminution des heures allouées, notamment par l'instauration des plafonds d'heures et l'ajout de critères d'exclusion, a des impacts sérieux pour les usagers.

À la lumière de l'analyse des plaintes des citoyens, nous avons constaté que certains CSSS n'ont pas mis en place les mesures appropriées afin que les usagers touchés par les changements soient suffisamment informés et reçoivent tout le soutien nécessaire dans la recherche de ressources alternatives. Les nouveaux cadres normatifs sont restrictifs et trop souvent appliqués sans tenir compte des situations particulières des usagers et de leur famille.

*Les nouveaux cadres normatifs sont restrictifs et trop souvent appliqués sans tenir compte des situations particulières des usagers et de leur famille.*

***Parce qu'elle est autonome pour ses soins personnels, une personne aveugle perd toute forme d'aide***

*Une citoyenne, aveugle, recevait huit heures de services par semaine pour répondre à ses besoins lors de déplacements pour réaliser ses activités domestiques (courses, épicerie, banque, etc.). Elle est cependant autonome à l'intérieur de son logement et ne nécessite pas d'aide pour ses soins personnels. Son CLSC a déterminé que pour avoir droit aux services d'aide domestique, il fallait avoir besoin d'aide pour les soins personnels. À partir de ce critère, son CLSC lui a retiré les huit heures d'accompagnement hebdomadaire, venant ainsi compromettre son intégration sociale.*

Dans divers cas, la diminution des heures de services s'est effectuée sur un court laps de temps (deux semaines) et dans une période précédant les vacances d'été ou le temps des Fêtes. Selon nos enquêtes dans ces cas, ces modifications, mal planifiées, ont entraîné des conséquences préjudiciables à plusieurs usagers (insécurité, angoisse, détresse). Des travailleurs autonomes, avec lesquels les usagers avaient développé un lien de confiance, ont démissionné en raison de la diminution du nombre d'heures de travail et de son impact sur leurs revenus, entraînant un bris dans la continuité des services.

Lors de la révision des cadres de référence, certains CSSS ont élaboré des balises qui encadrent le temps alloué pour l'exécution de chacune des tâches effectuées par les personnes préposées à l'aide à domicile. Ces balises ne tiennent pas nécessairement compte de l'état de l'utilisateur au moment de la visite de la personne préposée à ses soins.

Par ailleurs, le Ministère fait la promotion de l'outil d'évaluation des services requis ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle). Ce modèle a l'avantage d'uniformiser l'évaluation des besoins et l'allocation des heures de services. Ainsi, à l'aide du formulaire d'évaluation, les intervenants mesurent l'autonomie de la personne. Les résultats de ces mesures sont administrés à l'aide d'un outil informatisé qui établit automatiquement un profil de besoins. Le Protecteur du citoyen a constaté que certains CSSS associent les quatorze profils possibles à une cote qui déterminera un maximum d'argent. Il faut être prudent dans l'utilisation d'un outil standardisé afin de ne pas niveler vers le bas la réponse à des besoins élevés. Une légère erreur dans la cotation d'un besoin peut entraîner des résultats biaisés. Par ailleurs, il faut s'assurer que cet outil de mesure n'utilise pas une moyenne, car les personnes qui ont un résultat dans la zone supérieure de la moyenne (les cas les plus lourds) sont toujours défavorisées. Finalement, il faut donc se rappeler que les outils informatiques, aussi performants soient-ils, ne remplaceront jamais le jugement professionnel.

### **Effets pervers de l'outil d'évaluation**

À la suite de la réévaluation annuelle de son plan de services individualisé (PSI), une dame est informée que le soutien à domicile qui lui est alloué serait diminué de deux heures par semaine, même si sa situation n'a pas changé. Aucune explication ne lui est donnée. À la suite de sa plainte au CSSS, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services lui explique les changements apportés au cadre de gestion et leur impact sur les PSI. Le nouveau cadre de gestion utilise le modèle d'évaluation ISO-SMAF mis de l'avant par le Ministère. C'est en raison de l'utilisation de ce modèle d'évaluation et de son application informatique que cette dame reçoit dorénavant deux heures de service de moins par semaine.

À l'examen des grilles remplies, le Protecteur du citoyen a constaté une légère différence à la cote attribuée à certains facteurs. Cela a eu pour effet que la règle mathématique appliquée dans l'outil informatique est venue modifier à la baisse le nombre d'heures de services requis.

### **3.5 Délais d'attente**

Nous avons constaté que sur certains territoires de CSSS, les nouveaux usagers sont placés sur une liste d'attente, sans réelle gestion des priorités, faute de budget pour répondre à leurs besoins. Cette attente peut durer plus d'un an et s'étendre sur quelques années.

***Sur certains territoires, les nouveaux usagers sont placés sur une liste d'attente, sans réelle gestion des priorités. Cette attente peut s'étendre sur quelques années.***

De plus, certains CSSS utilisent à d'autres fins que le service de soutien à domicile les budgets récupérés lors d'un transfert d'un usager vers une autre région, lors d'un hébergement permanent ou lors du décès d'un usager.

Par le passé, ces montants récupérés étaient normalement redistribués entre les personnes en attente de services. Depuis quelques années, des CSSS versent ces sommes dans leur fonds général afin d'atteindre l'objectif du déficit zéro, tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2010-2011. Cette façon de faire va toutefois à l'encontre des directives ministérielles selon lesquelles l'atteinte du déficit zéro ne doit pas avoir d'incidence directe sur les services aux usagers. En l'absence d'augmentation budgétaire, la récupération de ces montants était le principal moyen privilégié par la plupart des CSSS pour répondre aux nouveaux besoins de la clientèle.

***Pénalisée par les limites d'heures depuis quelques années***

*Une dame gravement handicapée, et dont l'état de santé se détériore, est évaluée en 2010. Son plan de service individualisé (PSI) a été établi à 35 heures par semaine. Cette dame ne reçoit que 4 h 30 par semaine depuis 2002, puisque c'était la limite d'heures allouées sur son territoire de résidence. Elle doit donc utiliser ses ressources personnelles pour demeurer à domicile et son patrimoine est aujourd'hui grandement diminué. De plus, son CSSS fait face à un déficit financier important. Un redressement budgétaire est exigé par le Ministère et le suivi de l'application des mesures est assuré par l'Agence. Après 8 ans d'attente, madame est encore au 41<sup>e</sup> rang sur 87 personnes en attente de service à son CLSC. Les heures totales des demandes en attente sont évaluées à 1 692 par semaine, dont 947 en priorité 1. Les nouvelles demandes sont placées en liste d'attente et toutes ces personnes, dont les besoins sont déjà reconnus, ne reçoivent pas un minimum d'heures, même pour les cas plus prioritaires. Les demandes de rehaussement d'heures de services demeurent également en attente.*

### 3.6 Épuisement des proches-aidants

Le Protecteur du citoyen a constaté que durant cette période d'attente, les usagers sont contraints à se priver de services essentiels ou à demander à l'entourage et aux proches-aidants de s'impliquer davantage dans la réponse à leurs besoins. Nous avons constaté qu'un trop grand écart entre les besoins de la personne et les services offerts entraîne l'épuisement des personnes aidantes, l'utilisation des services d'urgence des centres hospitaliers de courte durée et l'apparition de problèmes de santé connexes à ceux existants.

*Un trop grand écart entre les besoins de la personne et les services offerts entraîne l'épuisement des personnes aidantes, l'utilisation des services d'urgence des centres hospitaliers de courte durée et l'apparition de problèmes de santé.*

La Politique de soutien à domicile reconnaît le proche-aidant comme un acteur important dans la continuité des services pour une personne handicapée ou une personne âgée en perte d'autonomie. Le proche-aidant est une personne qui apporte un soutien significatif à un membre de son entourage.

Pour supporter le proche-aidant, la Politique prévoit des services de gardiennage ou de présence-surveillance selon que la personne aidée soit un enfant ou une personne adulte. Elle prévoit également du répit, du dépannage et de l'appui aux tâches quotidiennes ainsi que des services psychosociaux.

Comme nous l'avons vu précédemment pour la clientèle inscrite au programme soutien à domicile, les services prévus dans la Politique à l'intention des proches-aidants sont peu disponibles et parfois même inexistantes. Il faut noter que, tout comme pour les besoins des personnes inscrites au programme soutien à domicile, les besoins des aidants naturels sont soumis à la réalité des listes d'attente.

Ce manque de réponse aux besoins des personnes aidantes entraîne chez elles de l'épuisement, des conséquences sur leur état de santé et parfois une diminution de leur capacité de soutenir la personne aidée.

### ***Quelques heures supplémentaires de services feraient toute la différence***

*Le père d'un usager de 16 ans s'adresse au Protecteur du citoyen pour se plaindre du délai d'attente afin de recevoir des services supplémentaires pour son fils. Cet usager a des besoins évalués pour toutes ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et ses activités de la vie domestique (AVD). Il reçoit actuellement 23 heures de services par semaine et aurait besoin de 12 heures supplémentaires. Il est en attente des heures supplémentaires depuis mai 2006. Après vérification, il s'avère que, faute de budget, 37 autres personnes sont également en attente auprès de ce CLSC, pour un total de 407 heures. Le père, qui est l'aidant naturel, souhaite s'investir dans son travail et auprès des autres membres de sa famille, comme il le faisait antérieurement. L'appui aux tâches quotidiennes permettrait à l'aidant naturel de mieux remplir ses obligations professionnelles et de profiter d'un moment de loisir.*

### **3.7 Conséquences sur le système de santé**

Notre analyse nous permet de constater que le manque de ressources de soutien à domicile fait en sorte que des personnes qui n'ont plus besoin d'hospitalisation continuent d'occuper des lits en centre hospitalier de courte durée ou en centre de réadaptation durant de longues périodes, parfois au-delà d'un an. Ces personnes, en plus d'être contraintes de rester à l'hôpital ou en centre de réadaptation, retardent, bien malgré elles, l'admission de nouveaux usagers qui nécessitent ce type de services.



***Le centre de réadaptation plutôt que le retour chez soi faute de ressources***

*Une dame est atteinte d'une maladie dégénérative. Elle se déplace en fauteuil roulant. Elle est au centre de réadaptation depuis 7 mois, son espérance de vie est maintenant de 3 à 5 ans. Elle a été évaluée par le CLSC et ses besoins de services en soutien à domicile sont fixés à 35 heures par semaine. Toutefois, en juillet dernier, elle a été avisée qu'elle ne recevrait que 5 heures par semaine de soutien à domicile, étant donné que le CLSC manque d'argent, que les fonds de l'enveloppe budgétaire sont épuisés. Cette dame ne peut donc pas retourner à la maison dans ces conditions. Elle continuera d'occuper un lit de réadaptation active à cause d'un manque de ressources pour l'accueillir à son domicile.*

Par ailleurs, des personnes hospitalisées à l'urgence se voient octroyer, dans certaines régions, des services intensifs de soutien à domicile de courte durée (environ trois mois) dans le cadre des programmes de désengorgement mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à même le budget des services de soutien à domicile. Ces programmes ne résolvent pas les problèmes à moyen et à long terme pour les personnes qui présentent des incapacités permanentes. Ainsi, à la fin du programme de services intensifs de soutien à domicile de courte durée, ces personnes se retrouvent prises dans le cercle vicieux des allers-retours vers les urgences.

### 3.8 Analyse

Les données recueillies dans le cadre de la présente enquête mettent en lumière l'incapacité de certaines instances locales et régionales d'appliquer la Politique de soutien à domicile qu'a adoptée le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2003. Le Protecteur du citoyen en vient à la conclusion que ces instances ne sont pas en mesure de respecter l'esprit de cette politique.

L'analyse des différents dossiers de plaintes fait ressortir que plusieurs centaines d'utilisateurs sont en attente de services :

- › pour de l'aide aux activités de la vie quotidienne (dont l'aide à l'hygiène, au lever ou à l'habillage);
- › pour de l'aide aux activités de la vie domestique (préparation des repas, entretien ménager, lessive, etc.);
- › pour de l'accompagnement aux obligations civiques.

**Faute de moyens, les instances locales ont dû développer des pratiques qui privent les utilisateurs des services nécessaires pour répondre à leurs besoins, reportant ainsi totalement ou partiellement le fardeau sur les aidants naturels et contribuant à une utilisation inappropriée des places en milieu hospitalier, en réadaptation ou en milieu d'hébergement.**

**Le Protecteur du citoyen remarque que les volets les plus problématiques sont l'insuffisance des heures de services allouées en fonction des besoins et les délais à recevoir des services. De façon plus générale, nous notons également une rigidité dans l'application des critères et une nette tendance au nivellement vers le bas des heures de services allouées.**

La raison principale évoquée par les établissements de santé et des services sociaux pour expliquer leur non-respect de la Politique nationale est la nécessité de répondre à l'objectif financier du Ministère dans l'atteinte du déficit zéro à la fin de l'année financière. Nous constatons que cet objectif financier compromet le maintien à domicile d'une clientèle vulnérable.

Le Protecteur du citoyen est vivement préoccupé par l'impact d'un niveau insuffisant de services à domicile sur la qualité de vie des usagers présentant une incapacité permanente ou en perte d'autonomie et sur la sécurité de la clientèle à domicile en attente de services. Nous assistons actuellement à une répartition des ressources et à un discours justificatif qui donnent l'illusion d'une accessibilité équitable pour tous, mais qui, en réalité, répondent bien peu aux besoins adéquatement évalués des personnes visées.

*Nous assistons à une répartition des ressources et à un discours justificatif qui donnent l'illusion d'une accessibilité équitable pour tous, mais qui, en réalité, répondent bien peu aux besoins.*

En effet, bien que le 3 mars 2011, l'on annonçait un ajout budgétaire de 45 millions de dollars pour le soutien à domicile des personnes âgées, en parallèle, on exigeait du réseau de la santé et des services sociaux des compressions de 300 millions de dollars en plus de l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Le Protecteur du citoyen s'interroge sur l'utilisation réelle de ces 45 millions de dollars dans ce contexte.

Le Protecteur du citoyen constate également que les délais d'attente peuvent être très longs avant la réponse complète aux besoins requis par la clientèle. Nous avons observé que certains usagers et proches-aidants attendaient des services depuis plusieurs années, pour une partie de leurs besoins déjà évalués par des professionnels et conséquemment considérés comme requis.

Le Protecteur du citoyen constate que le manque de ressources en soutien à domicile a un impact direct sur l'occupation des lits en centre hospitalier ou en centre de réadaptation. Faute de soutien à domicile, des personnes sont obligées de demeurer hospitalisées dans des lits de courte durée, ou des lits de réadaptation pour de longues périodes, entraînant ainsi un engorgement du système de soins. L'argumentaire officiel soutient que tout est mis en œuvre pour que l'utilisateur reçoive les soins et les services requis « au bon endroit et au bon moment ». **Les services de soutien à domicile coûtent généralement beaucoup moins cher que les soins et les services hospitaliers et le ministère affirme, dans sa politique, que**

*Faute de soutien à domicile, des personnes sont obligées de demeurer hospitalisées dans des lits de courte durée, ou des lits de réadaptation pour de longues périodes, entraînant ainsi un engorgement du système de soins.*

**le choix de l'usager de rester à domicile doit être respecté lorsque cela ne compromet pas sa santé ni sa sécurité.**

Ces éléments font en sorte que le Protecteur du citoyen s'interroge sur le fait que la priorité n'est pas accordée au financement d'un service qui vise pourtant à atteindre l'objectif d'envisager le domicile comme la première option pour le citoyen.

Dans la plus récente étude comparative des dépenses du secteur public en services à domicile au Canada<sup>14</sup>, faite en 2007, nous constatons que le Québec se situe en bas de la moyenne canadienne en 1994-1995 (53,20 \$) et en 2003-2004 (91,15 \$). En effet, l'examen des données de la figure 3, présentée ci-après, montre que le Québec dépensait systématiquement moins par habitant en 1994-1995 (41,72 \$) et en 2003-2004 (78,93 \$) que l'Ontario (60,79 \$ et 98,74 \$) ou le Nouveau-Brunswick (93,18 \$ et 156,35 \$).

---

14. Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*, mars 2007.

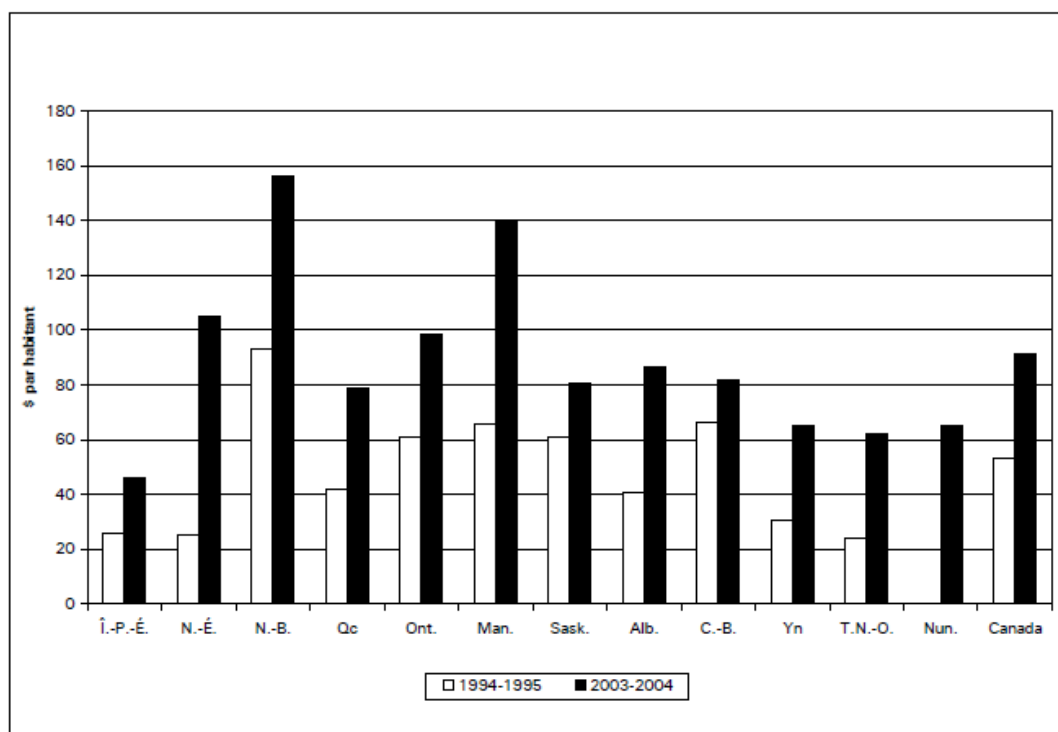


Figure 3. Niveau des dépenses par habitant des gouvernements provinciaux et territoriaux en services à domicile, 1994-1995 et 2003-2004, en dollars constants de 1997, provinces et territoires choisis et ensemble du Canada<sup>15</sup>

Lorsque les budgets sont ventilés en soins de santé à domicile et en soutien à domicile, nous constatons que le Québec se situe près de la moyenne canadienne pour les soins de santé à domicile, mais bien en deçà de cette moyenne pour les services de soutien à domicile<sup>16</sup>. Ainsi, en 2003-2004, le Québec dépensait 31,79 \$ par habitant en services de soutien à domicile comparativement à 54,97 \$ pour l'Ontario et 93,59 \$ pour le Nouveau-Brunswick. Les auteurs de l'étude observent qu'au Québec, « la croissance du volet soutien à domicile est beaucoup plus lente que celle des soins de santé »<sup>17</sup> parce que

*Le Québec se situe près de la moyenne canadienne pour les soins de santé à domicile, mais bien en deçà de cette moyenne pour les services de soutien à domicile.*

15. *Ibid.*, p. 10.

16. *Ibid.*, p. 17.

17. *Ibid.*, p. 19.

les soins de santé à domicile « occupent une place de plus en plus importante dans la prestation des services à domicile »<sup>18</sup>. En somme, le Québec se situe parmi les provinces qui enregistrent « le nombre le plus élevé d'utilisateurs par 1 000 habitants pour les services de soins de santé à domicile subventionnés par le gouvernement<sup>19</sup> » et le Québec gravite sous la moyenne canadienne pour les services de soutien à domicile.

*Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*

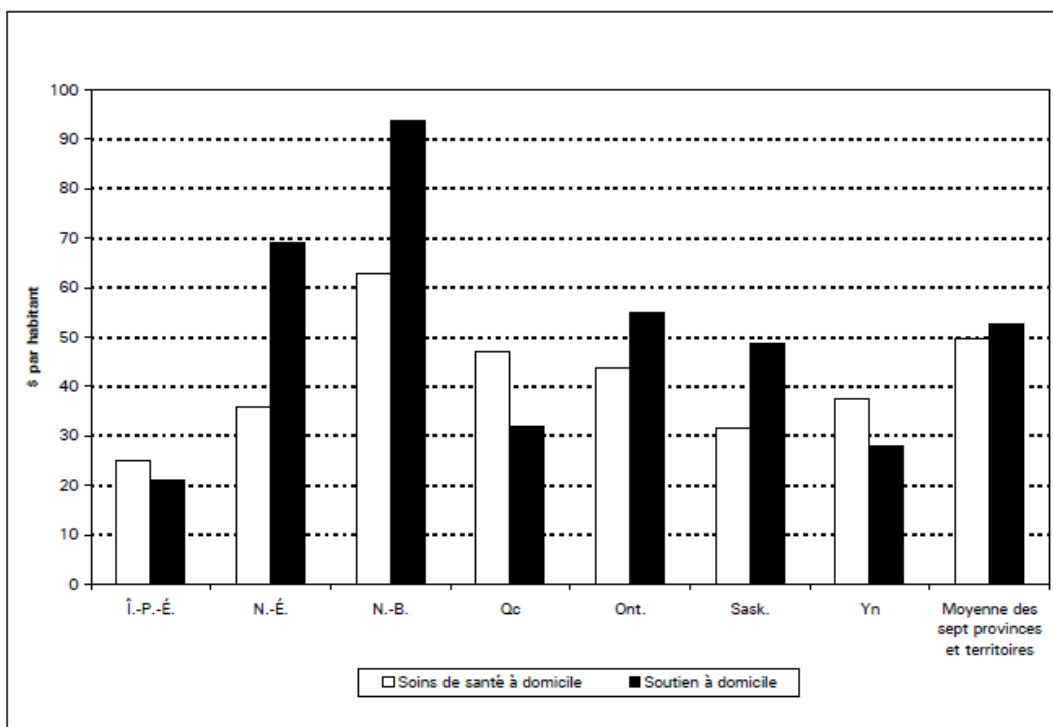


Figure 7. Niveau des dépenses par habitant des gouvernements provinciaux et territoriaux en soins de santé à domicile et en soutien à domicile, sept provinces et territoires, 2003-2004 (en dollars constants de 1997)<sup>20</sup>

Bien que le Québec ait une situation particulière en matière d'aide à domicile, par son utilisation de mesures fiscales ainsi que son Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), mesures qui tiennent compte de la capacité financière des usagers et leur famille, ces données

18. *Ibid.*, p. 19.

19. *Ibid.*, p. 19.

20. *Ibid.*, p. 17.

appuient les constats établis par le Protecteur du citoyen dans son analyse de l'allocation budgétaire aux services de soutien à domicile.

## 4 Recommandations

---

En s'appuyant sur les faits établis au cours de la présente enquête, l'analyse du Protecteur du citoyen l'amène à formuler deux recommandations afin que les établissements puissent appliquer la Politique de soutien à domicile : « Chez soi : Le premier choix ».

### RECOMMANDATION 1

**Considérant que** la présente enquête a démontré l'introduction dans la pratique de critères d'exclusion non prévus aux services de soutien à domicile, le plafonnement d'heures de services et une grande variation de l'accessibilité à ce programme selon les régions du Québec;

**Considérant que** le ministre de la Santé et des Services sociaux adopte les orientations générales, fixe les cibles nationales pour chaque clientèle et alloue les ressources aux agences de la santé et des services sociaux;

**Considérant que** l'inadéquation entre l'offre de services et la réalité des budgets alloués en soutien à domicile cause des préjudices aux personnes en attente de services et à leurs proches-aidants, pour des besoins déjà évalués;

**Considérant que** plusieurs personnes handicapées ou âgées sont en attente de services de soutien à domicile;

**Considérant** le risque d'obliger l'hébergement prématuré de personnes qui ont une incapacité significative et persistante;

**Considérant que** le Québec se situe en bas de la moyenne canadienne dans le financement du soutien à domicile selon l'étude la plus récente;



**Le Protecteur du citoyen recommande :**

- a) **que le ministère de la Santé et des Services sociaux** détermine le taux de financement requis pour les services de soutien à domicile, en procédant :
- à l'analyse des listes d'attente pour l'ensemble des régions du Québec;
  - à une projection des besoins pour les prochaines années;
  - à un étalonnage avec d'autres administrations.
- b) **que le ministère de la Santé et des Services sociaux** planifie l'allocation des budgets afin d'atteindre cette cible;
- c) **que le ministère de la Santé et des Services sociaux** rende compte de l'allocation de ces ressources en faisant la distinction entre les différents volets des services de soutien à domicile (pour les personnes qui ont une incapacité temporaire, pour celles qui reçoivent des soins palliatifs et pour celles qui ont une incapacité significative et persistante).

**RECOMMANDATION 2**

**Considérant que** la responsabilité de l'application de la Politique sur le soutien à domicile relève du ministère de la Santé et des Services sociaux;

**Considérant que** l'adoption de la Politique sur le soutien à domicile devait remédier à la disparité dans l'application des paramètres du programme et que cette disparité perdure en 2012;

**Considérant que** le système de santé et de services sociaux subit les contrecoups du manque de services de soutien à domicile et que cela contribue à un engorgement des lits d'hôpitaux et des urgences;

**Le Protecteur du citoyen recommande :**

- a) **que le ministère de la Santé et des Services sociaux** élabore des lignes directrices énonçant clairement l'offre de services disponibles en vertu de la Politique de soutien à domicile, selon les besoins de la population;
- b) **que les Agences de la santé et des services sociaux et les CSSS** appliquent ces lignes directrices et informent adéquatement leur population de l'offre et de la disponibilité de ces services.

Le Protecteur du citoyen demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de lui faire parvenir, au plus tard le 29 juin 2012, un plan de travail pour la réalisation de ces recommandations et de lui faire rapport, deux fois l'an, de l'état d'avancement de ce plan, et ce, jusqu'à l'implantation complète des recommandations.

# Bibliographie

---

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE, *Cadre de référence régional des services de soutien aux proches aidants*, janvier 2011.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Cadre de référence régional-Programme soutien à la famille*, juin 2011.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Cadre de référence sur les mesures de soutien à l'enfant et à sa famille*, juin 2010.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Orientations régionales, Services d'aide à domicile offerts à la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement*, juin 2011.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Cadre normatif — Soutien à la personne*, juin 2009.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Programme soutien à la personne, révision du cadre normatif*, juin 2009.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Programme soutien à la personne, révision du cadre normatif*, mise à jour le 3 février 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAMPLAIN, *Manuel des offres de services — Soutien à domicile*, mai 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT, *Balises définissant l'offre des services d'aide*, mai 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT, *Cadre de référence — Les services d'aide à domicile*, août 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT, *Cadre de référence — Soins palliatifs à domicile*, juillet 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE DORVAL-LACHINE-LASALLE, *Cadre de référence*, mars 2006. [Ce document provient de la direction des programmes PPALV — Soutien à domicile]

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE DORVAL-LACHINE-LASALLE, *Guide d'attribution des services d'aide à domicile à l'intention des intervenants des services à domicile*, novembre 2006 — révisé décembre 2009.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE, *Balises — Aide à domicile*, juin 2010.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE, *Critères généraux d'accessibilité au soutien à domicile, document de travail*, mars 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE, *Les services d'aide à domicile — Programme PAPA-DP/première ligne*, révision septembre 2007.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE, *Politique — Aide à domicile 2011-2012, document de travail*, 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTAGNE, *Cadre de référence — Aide à domicile*, janvier 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES, *Cadre de référence pour le soutien à domicile*, mars 2011.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES, *Cadre de référence pour le soutien à domicile*, mars 2011.

# Bibliographie

---

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE, *Politique régionale en soutien à domicile*, juin 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Programme de subventions pour le soutien aux familles vivant avec une personne handicapée – cadre de référence à l'intention des CLSC*, juin 1995.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE, *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services –2009-2010*, septembre 2010.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-DE-GASPÉ, *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits — 2008-2009*, 2009.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-DE-GASPÉ, *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits — 2009-2010*, 2010.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES, *Rapport annuel de gestion 2009-2010*, juin 2010.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES, *Rapport annuel 2008-2009 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et de la clientèle et le respect de leurs droits*, mai 2009.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*, mars 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*. Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience — Afin de faire mieux ensemble*, juin 2008.