

DOCUMENT DE TRAVAIL

Conseil de la Santé et des Services sociaux  
de la région de Montréal métropolitain

MAINTIEN À DOMICILE

SERVICES À DOMICILE

Projet de financement  
de services d'aide et de soins  
aux clientèles dites lourdes  
et en attente de placement ou hébergement  
en C.H.C.D., C.A. ou C.H.S.P.  
pour la région 6A.

Par: Fernand Mucci  
M à D / Déc. 80 / 16-b

**COPIE**

## 1. HISTORIQUE

Pour fins de compréhension des conjonctures actuelles, il y a lieu de faire un bref rappel historique des éléments qui conditionnent le présent et le futur du programme des services à domicile. Ainsi, il est important de rappeler que les investissements massifs en ce domaine ne datent que de 1976. A cette date, les besoins de développement de tels services devenaient aigus. Une population vieillissante, urbanisée depuis la deuxième guerre mondiale, de plus en plus affectée par l'éclatement de la famille et la solitude qui s'ensuit et surtout, vivant en deçà du seuil de la pauvreté, ajoutée à l'occupation maximale des institutions de soins prolongés et d'hébergement, généraient des conditions de vie pour un bon nombre de personnes qu'il est facile de qualifier, dans notre contexte nord-américain, d'inhumaines.

A cette époque moyennageuse des services à domicile, l'on pouvait obtenir de l'aide d'une auxiliaire familiale à condition d'être assisté social, des soins à domicile par les agences privées (SSDMM, VON, etc...) à condition d'être un client post-opéré. Ultérieurement, l'apparition des C.L.S.C. amena l'organisation de services à domicile visant le maintien à domicile pour le troisième âge, accessibles selon le degré d'autonomie. Un autre facteur important dans le développement des services à domicile demeure l'arrivée des projets fédéraux de création d'emplois, notamment les projets d'initiative locale devenus par la suite Canada au Travail. Ces projets ont permis à des personnes pleines de bonne volonté de mettre sur pied des services pour venir en aide aux personnes âgées. Ces projets fonctionnaient selon le leadership de leurs promoteurs, avec une absence marquée de critères d'admissibilité, et sans vision à long terme sur des objectifs de réadaptation ou de compensation de perte d'autonomie. Cela s'explique par le fait que ces projets étaient temporaires et non inclus dans une dynamique de réseau avec toutes les problématiques que cela comporte.

/2...

En 1976, le M.A.S. confia aux conseils régionaux le mandat de développer pour l'ensemble de leurs territoires des services à domicile. En l'absence de C.L.S.C. (puisque'il est de leur responsabilité d'assurer la dispensation des ces services, re: politique de services à domicile), l'on fit appel à des groupes communautaires (généralement d'anciens projets PIL). C'est au développement budgétaire 78-79 que les services à domicile ont connu leur véritable coup d'envoi car en cette merveilleuse et mémorable année, la région 6A a reçu près de 4 000 000 \$, représentant une hausse de près de 35 % du budget régional. C'est à cette occasion que nous avons nivelé les budgets des territoires en tenant compte des données économiques et démographiques.

Malgré ces investissements, le programme est hypothéqué d'un certain nombre de problématiques qui empêchent nos visions à long terme de prendre forme dans l'immédiat. Ces problématiques critiques dans le programme sont les suivantes:

1. Le budget régional devrait être triplé pour atteindre une réponse aux besoins équivalente à ce qui se donne dans d'autres pays considérés comme bien nantis en services à domicile. Par ailleurs, il ne saurait être question de tripler de façon instantannée car le développement des structures, la formation du personnel d'encadrement, le recrutement d'un personnel compétent et sa formation doivent se faire de façon progressive à un rythme contrôlable.
2. Déficience dans la structure d'évaluation et le suivi de la clientèle. La résolution de ce problème devrait être envisagée dès le prochain budget de développement.
3. Disparité des critères d'admission d'un territoire à l'autre. Un travail de concertation sera amorcé dès janvier 1981.
4. Manque de coordination entre la première et la deuxième ligne, et carence dans les procédures de référence. Des efforts sont faits

/3...

pour mettre en place des mécanismes par les différentes tables de concertation sous-régionales.

5. Structures horaires restrictives (9h à 17h)
6. Pratique orientée vers la prévention surtout dans l'aide à domicile. Les connaissances et les modèles d'organisation pour desservir les cas dits lourds généralement de pré-hébergement sont inexistantes donc à développer en autant que faire se peut par la pratique.

Ce sont là certaines vagues de fond sur lesquelles il y a lieu de concentrer nos efforts dans le courant des prochaines années. Compte tenu de la conjoncture actuelle de notre région en ce qui a trait au réseau d'hébergement et des conséquences que cela entraîne dans les services à domicile en alourdissant la clientèle (et nous doutons que la situation change à court terme), une merveilleuse occasion nous est fournie de développer par le biais d'incitatifs particuliers des méthodes pour desservir la clientèle dont la perte d'autonomie dépasse celle de notre clientèle actuelle et qui, sans services accrus, nécessiterait un hébergement.

## 2. PROBLÉMATIQUE D'ACCESSIBILITÉ À L'HÉBERGEMENT ET AUX SERVICES À DOMICILE DANS NOTRE RÉGION

Nous considérons cette problématique comme une conséquence des situations suivantes:

- a. les places occupées par les A1 et A2 dans les C.A. et les C.H.S.P. le demeureront pour longtemps et cela ralentit l'alourdissement des clientèles de ces établissements.
- b. les nouveaux C.A. connaissent des retards de construction et d'ouverture.
- c. les C.H.C.D. sont sur-utilisés par la clientèle chronique et par le fait même ne peuvent remplir pleinement leur vocation.

/4...

- d. le réseau des services à domicile est déficient en terme de ressources et l'alourdissement de la clientèle empêche de plus en plus ce dernier d'assumer des tâches de prévention, et de dépistage.
- e. la clientèle devant être hébergée nécessite des services d'aide et de soins plus importants.

### 3. OBJECTIFS DU PROJET

. maintenir à domicile le plus longtemps possible et/ou retarder le plus longtemps possible l'hébergement des personnes en perte d'autonomie en assurant tous les services à domicile nécessaires.

. permettre la décongestion des C.H.C.D. en attendant l'ouverture et le fonctionnement de tous les centres d'accueil.

. développer des connaissances, des méthodes de travail, des compétences et des structures de gestion permettant le maintien à domicile de clientèles très peu autonomes.

### 4. FINANCEMENT

L'établissement recevra un financement ad hoc pour chaque client accepté selon les modalités ci-après énoncées, sur présentation de factures.

### 5. CRITÈRES

- . Etre une personne dont la carence d'autonomie nécessite plus de 4 demi-journées d'aide à domicile par semaine ou 2 visites soins à domicile par jour, et cela pour plus de 2 semaines consécutives.
- . Etre reconnue par les professionnels de l'établissement ou groupe de services à domicile, comme une personne qui sans services à domicile, nécessiterait un hébergement.

/5...

- . Les coûts de services ne doivent pas dépasser le per diem d'un lit chronique ou d'hébergement en C.H.C.D.
- . L'acceptation de desservir le patient ne doit pas entraîner de coupures de services à d'autres clients, telles que leur hébergement devienne nécessaire.

## 6. ENGAGEMENTS

L'établissement ou groupe de services à domicile s'engage à prendre charge de la personne identifiée, à lui donner tous les services nécessaires et à entreprendre les démarches auprès du C.H.C.D. si la situation s'aggrave.

## 7. PROCEDURES

. L'organisme de maintien à domicile doit faire une demande de financement spéciale pour chacun des cas répondant aux critères et pour lesquels il n'y a pas de ressources humaines disponibles. Cette demande doit contenir une formule dûment signée par les professionnels du réseau des services à domicile.

. Cette demande est étudiée dans un délai maximal de 3 jours par le gestionnaire du programme spécial et son comité, à la suite de quoi une décision est prise.

. Un avis de décision est émis par la poste mais une confirmation téléphonique est donnée le jour même de la décision.

. Au premier jour de chaque mois, ou à une date convenue, l'établissement ou groupe fera parvenir au gestionnaire du programme spécial une facture pour chaque client, contenant les informations de base, les dates des services rendus, leur durée, le type de services et le coût. Cette formule devra être signée par le professionnel supervisant le client ou le coordonnateur du programme et le directeur général ou son délégué. Le remboursement se fera dans un délai de 30 jours.

/6...

## 8. ORGANISATION DES SERVICES

L'établissement ou groupe dispensateur a pour responsabilité d'assurer les meilleurs services. A cet effet, il peut utiliser son personnel régulier, du personnel temporaire ou des voisins, en autant qu'il assure la supervision professionnelle et qu'il respecte les rôles et fonctions de chaque type d'emploi.

## 9. FINANCEMENT

- a. surplus non déboursé depuis 78-79.
- b. surplus de chaque année dans les établissements et groupes communautaires dans le cadre du budget protégé.

## 10. MÉTHODE D'IMPLANTATION

- . fabrication d'un texte explicatif des objectifs et procédures.
- . rencontre avec le réseau de services à domicile.
- . assurer une formation constante.

## 11. RESSOURCES NÉCESSAIRES

Minimalement une personne temps plein pour la durée du projet.