

LE MAINTIEN A DOMICILE

ET

LES AGENCES PRIVEES

PAR: Fernand Mucci  
Le 2 novembre 1986

Allocution prononcée à la 15ième réunion annuelle scientifique et  
éducative de l'Association canadienne de gérontologie

Chers collègues,

Permettez-moi, tout d'abord, de remercier Mme Strykman de m'avoir invité à participer à cet atelier. J'ai préparé une brève synthèse qui s'inspire de mes expériences de planificateur et gestionnaire de ces dernières années.

## **1. Introduction**

Comme vous le savez, le réseau de maintien à domicile du Québec, et particulièrement celui de la région de Montréal, tend à particulariser le système de santé québécois. En effet la réforme des années '70 visait, entre autre, à doter le Québec d'un réseau de services de première ligne par la création des Centres locaux de services communautaires.

En '76-'77, le réseau des C.L.S.C.. a été reconnu comme le lieu privilégié pour mettre en oeuvre les programmes nécessaires au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie dû au vieillissement, à un handicap ou à une maladie. Il ne nous est pas possible de traiter du "rapport avec les agences privées" sans aborder notre contexte particulier et son historique.

## **2. Éléments historiques**

L'on se souviendra que le système de santé québécois des années '70 se composait d'institutions privées et d'agences privées. Les communautés religieuses occupaient de façon prépondérante le domaine hospitalier et celui des services sociaux. À cette époque les riches et les pauvres avaient le meilleur accès aux services. Ceux qui n'étaient ni riches ni pauvres vivaient dans la crainte continuelle de la maladie car en quelques semaines ils pouvaient y engloutir les économies d'une décennie.

L'assurance hospitalisation fut un premier jalon vers une meilleure accessibilité et une plus grande équité. Dans cette foulée, il allait de soi que l'un des premiers objectifs de la réforme serait de transformer le secteur privé en secteur public. Vint ensuite la RAMQ assurant les services médicaux gratuits à toute la population.

## 2. Éléments historiques (suite)

Ceci dit, sans rappeler plusieurs exemples plus récents, nous pouvons affirmer que:

- le secteur privé a joué un rôle capital dans le développement du système de santé québécois;
- que la récupération du secteur des services de santé par l'État québécois est un fait indéniable;

C'est à l'intérieur de ce mouvement global au Québec que nous devons resituer le développement du réseau de maintien à domicile. En effet, au début des années '70, nous retrouvions dans la région montréalaise:

- les organisations de soins à domicile qui s'occupaient particulièrement des soins pré et post hospitaliers; ces organisations ont été intégrées au réseau public (DSC) en '76;
- les groupes communautaires, financés par les projets Canada Travail, qui offraient des services d'aide à domicile et visites d'amitié, etc ... ; plusieurs de ces groupes ont acquis en '77 un statut d'organisme responsable de la dispensation des services d'aide à domicile;
- les centres communautaires visaient à briser l'isolement des personnes en leur permettant d'avoir accès à des activités à l'extérieur de chez eux et, par le fait même, rencontrer d'autres personnes de leur entourage. Plusieurs de ces centres se sont transformés en Centre de jour alors que d'autres ont réussi à garder leur autonomie.
- Les C.L.S.C. en opération offraient les services d'aide à domicile et les soins préventifs.

A cette époque, un tel système, en plus d'être sous financé, ne pouvait assurer à long terme une réponse adéquate aux défis qui s'annonçaient. Sans perspectives, marginaux, ridiculisés, nous nous sommes concertés dans le désordre alors que le vieillissement de la population et ses retombées s'annonçaient avec une vitesse constante et un échéancier clair.

## 2. Éléments historiques (suite)

Il fallait se sortir du schéma de victimes pour nous transformer en promoteurs et visionnaires. Défi d'autant plus lourd que nous étions en pleine récession économique et que nous ne disposions pas de moyens équivalents à une urgence d'hôpital pour attirer sur nous l'intérêt politique et, par la même occasion, alerter l'opinion publique.

En 1979, le Ministère émit une politique de services à domicile qui confirmait le rôle des C.L.S.C. dans le secteur de maintien à domicile et se référait, pour fin d'identification des besoins, aux normes Scandinaves. Malheureusement ces normes n'ont pas été atteintes car l'effort de développement du système de santé québécois s'est surtout orienté, depuis 1978, vers l'hébergement des personnes âgées et le désengorgement des urgences. Il est clair que le Québec accuse un retard énorme dans le développement des ressources visant à *maintenir les personnes en perte d'autonomie, à domicile.*

En 1980, la région de Montréal a pris les devants en amorçant le regroupement, par territoire de C.L.S.C., de toutes les ressources destinées au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. De plus, en l'absence d'un programme gouvernemental, la région de Montréal s'est dotée d'un programme cadre qui définit les objectifs, les activités et les ressources propres au programme.

En '81 la région de Montréal s'est dotée d'un "Programme de *financement de services aux personnes en grande perte d'autonomie* et d'un "comité d'admission régional", aux services à domicile, pour les personnes handicapées.

En '86 la M.A.S. a accordé, dans le cadre de ses mesures d'urgence, un financement substantiel au "Programme de financement de services aux personnes en grande perte d'autonomie", au projet d'Accessibilité aux services à domicile 7 jours semaine 24 heures par jour" et à la mise sur pied d'équipes de psychogériatrie.

À travers de cette croissance aussi spectaculaire qu'éphémère, les agences privées peuvent se tailler un rôle important.

### **3. Approche C.L.S.C.**

C'est aux C.L.S.C. existants et aux futurs C.L.S.C. qu'il revient d'offrir les programmes visant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Le C.L.S.C. est un établissement géré par un conseil d'administration offrant une variété de programmes destinés à l'ensemble de la population pour un territoire géographique et démographique donné.

Tout en offrant des services curatifs, c'est la prévention qui inspire sa philosophie et, par le fait même, son action. Avec des moyens restreints il tente d'informer, d'éduquer, et de conscientiser les usagers sur les risques auxquels ils sont soumis et des moyens à prendre pour restaurer et conserver leur santé physique et mentale. Il favorise et supporte le développement de groupes d'entraide. De plus, il tente de contribuer à la survivance et/ou à la reconstitution du tissu social et communautaire. Il faudra beaucoup d'acharnement pour conserver et développer cette philosophie qui est à l'opposé de celle qui voudrait faire des C.L.S.C., simultanément, l'antichambre et le déversoir du système hospitalier.

Le réseau de services à domicile s'intègre dans cette philosophie et son évolution s'en inspire. En conséquence, ce programme cherche constamment à mettre en application les principes des approches communautaires, globales et multidisciplinaires. Bien que plusieurs personnes ne nécessitent pas le recours à ces approches, une large part des personnes en processus de perte d'autonomie ou en phase de réadaptation physique et/ou réinsertion sociale nécessitent le recours à l'une ou l'autre des approches. Ce sont les objectifs et les modalités de prise en charge qui conditionnent la pertinence et la possibilité de recourir à des agences privées.

### **4. Services privés**

Il nous importe ici de préciser que nous excluons de cette présentation le recours aux organismes à caractère bénévole et aux organismes sans but lucratif recevant des subventions pour nous limiter au recours aux agences privées qui reçoivent un paiement lié aux services qu'ils rendent.

#### **4. Services privés (suite)**

Nous pouvons avoir recours à ces organismes dans les contextes suivants:

lorsque le personnel sur la liste de rappel est complètement affecté a des services;

lorsque nos propres ressources sont mobilisées par la clientèle active et qu'une situation exigeant une intervention à très court terme se présente;

lorsque le service requis est à caractère ponctuel, répétitif, à long terme et faisant l'objet d'un budget spécial attaché au bénéficiaire (exemple: les personnes handicapées);

lorsque le service doit être rendu en dehors de l'horaire habituel de notre personnel.

Dans tous les cas, les agences sont mandatées par le C.L.S.C., rendent les services et facturent ce dernier. Le C.L.S.C. paie la facture et se fait rembourser par le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal, s'il y a lieu.

#### **5. Difficultés**

L'existence de ces organismes nous accomode car elle nous permet d'avoir accès à des ressources rapidement sans avoir à les faire passer par la filière habituelle du recrutement du personnel. Malgré un fonctionnement généralement adéquat, nous connaissons quand même un certain nombre de difficultés qu'il est utile de souligner.

Rappelons tout d'abord que nous ne pouvons exercer aucun droit de gérance sur le personnel qui nous est référé. Nous n'avons pas, non plus, d'influence sur le recrutement du personnel, sur la définition des exigences minimales de la tâche, sur l'encadrement donné au personnel et sur les besoins de formation de ce même personnel.

## **5. Difficultés (suite)**

De façon plus pratique, il nous est difficile d'obtenir toutes les informations nécessaires au suivi du bénéficiaire car la ressource n'a pas d'accès au dossier. Le roulement du personnel des agences ne nous permet pas d'inviter ce personnel aux réunions d'équipe ou de les amener à contribuer de façon plus active à l'équipe multidisciplinaire. Le bailleur de fonds n'accepterait pas de payer pour cette partie de la facture. En bref, nous nous butons à des difficultés quant à la coordination et la continuité des services.

Nous devons aussi être constamment vigilants quant à la réalisation de l'objectif qui préconise le retour à l'autonomie du bénéficiaire par opposition à la nécessité que peut avoir un employé de travailler. Au sein de notre propre personnel, nous constatons ce genre de situation et il nous est permis de croire, sans préjudice, que cela puisse être vrai aussi chez le personnel des agences.

## **6. Devenir**

Malgré ces difficultés, il nous faut envisager l'avenir avec optimisme pour les organismes privés. Les méthodes de développement utilisées par le gouvernement actuel nous laissent anticiper que le développement de programmes sera fait à la miette et que, plus souvent qu'autrement, les budgets n'auront pas de garantie de récurrence avant que les besoins n'aient été reconnus comme réels. Ceci va nous empêcher de créer des postes permanents, ou tout au moins, retarder leur création. En conséquence, il y aura de la place pour des organismes avec lesquels il nous faut cohabiter et composer. Des efforts de concertation devront être consentis, de part et d'autre, pour assurer la coordination et la continuité des services dans le meilleur intérêt des usagers.

Il nous faudra identifier et mettre en application des moyens de contourner les difficultés ainsi que des moyens pour traiter de ces difficultés. Il faut cependant être clair sur le fait que ces organismes se situent à la périphérie du système et que leur contribution et développement sera généralement conditionné par le développement progressif des services publics.

## 6. Devenir (suite)

En conclusion, nous cohabiterons à court terme avec ces organismes et nous n'avons pas le choix. Il est cependant difficile et prétentieux de vouloir affirmer ce qui nous attend et ce qui les attend dans l'avenir. Cet avenir est de plus en plus nébuleux et de moins en moins prévisible. En effet, alors que l'on nous répète constamment depuis plusieurs années qu'il n'y a plus d'argent, près de 425 millions de dollars auront été débloqués pour réorganiser le Centre hospitalier Louis H. Lafontaine (hôpital psychiatrique de l'est de Montréal), financer le déficit des hôpitaux et désengorger les urgences de la région de Montréal. D'ici à ce que notre ministre ait obtenu les réponses à toutes les questions relatives aux services de première ligne et maintien à domicile, elle aura eu le temps de distribuer tous les fonds de tiroir du Ministère et peut-être les tiroirs aussi.

## 7. Période de questions

Durant cette période, nous en avons profité pour apporter des informations additionnelles.

- 1- La région de Montréal comporte près de 39 équipes de maintien à domicile. Ces équipes ne sont pas toutes rendues au même stade de développement en terme organisationnel et en terme de fonctionnement. Leur qualité et leur accessibilité peuvent varier d'un territoire de C.L.S.C. à l'autre.
- 2- La personne peut être référé au C.L.S.C. par plusieurs sources différentes. Un premier "screening" est fait au téléphone pour juger du degré d'urgence de la demande. Une évaluation est faite et le dossier est amené au comité d'admission qui définit le plan de service. Ensuite, la personne reçoit les services. La durée entre le premier appel et le premier service rendu dépend de l'urgence de la situation. Avec la mise en place des "services intensifs" et les services 24 heures par jour / 7 jours semaine, il nous est maintenant possible d'intervenir à l'intérieur d'une durée très limitée.

## 7. Période de questions (suite)

- 2- Dans le cas des personnes retournant à domicile à partir d'un hôpital, les arrangements doivent être pris par l'infirmière de liaison ou l'intervenant(e) social de l'hôpital.
- 3- Nous croyons que la région de Montréal dispose de trop de lits d'hébergement. Dans ce domaine, il y a eu dans le passé inflation de la demande. Avant la mise sur pied du système d'admission pour l'hébergement, les personnes se plaçaient sur la liste d'attente pour un centre d'accueil au même titre qu'ils achetaient une police d'assurance ou un billet de loterie. De plus, les travailleurs sociaux des services du 3ième âge des C.S.S., sans autre alternative disponible, encourageaient les personnes à faire des demandes de placement. C'est avec ce genre de liste que le "plan Lazure" a été planifié. À notre point de vue, aucun sou additionnel ne devrait être consenti au réseau d'hébergement avant que le réseau de maintien à domicile n'ait été développé adéquatement et atteint sa vitesse de croisière. Ce n'est qu'après cette étape que l'on pourra faire une évaluation réaliste et sérieuse du besoin de lits d'hébergement.
- 4- Nous avons souligné notre difficulté à découvrir des instruments qui pourraient nous permettre d'évaluer la qualité réelle des services. Nous sommes trop souvent soumis aux commentaires subjectifs de l'utilisateur ou à celui intéressé du personnel. De plus, nous manquons d'outil pour vérifier l'impact de nos services, dans quelle mesure nous en sommes responsables et dans quelle mesure notre intervention a vraiment amélioré la situation.
- 5- Nous avons indiqué que nous partagions l'avis du docteur Evelyn Shapiro à l'effet que le recours aux agences privées est plus recommandé lorsque les services sont clairement identifiables et quantifiables alors qu'il n'est pas recommandé de recourir aux agences lorsque l'utilisateur a besoin de services préventifs, d'éducation, de support psychosocial, de thérapie familiale et dans les autres circonstances nécessitant l'action simultanée et concertée de plusieurs professionnels.

## 7. Période de questions (suite)

- 6 Nous avons manifesté notre légendaire opposition à l'instauration de la CTMSP comme formule d'évaluation des usagers. Cette" formule est un outil de recherche pour une équipe de chercheurs. Sa transformation en formule d'évaluation est liée au vide qui existait sur le marché des formules d'évaluation et à l'absence d'agressivité dans la mise en marche de la formule développée par l'Association des centres de services sociaux du Québec au début des années '80. L'instauration de la C.T.M.S.P., compte tenu du temps qu'elle nécessite et de la nature du contenu, aura tôt fait d'hypothéquer le lien thérapeutique qui doit s'établir dès les premiers instants de la rencontre entre le professionnel et le client.
  
- 7 Si nous avions eu plus de temps, nous aurions, indiqué notre inquiétude sur les effets culturels de notre intervention. Le fait que présentement notre service s'adresse à la personne en perte d'autonomie. pourrait entraîner le désengagement progressif de son entourage. Nous devrions faire un effort pour tenter de venir en aide à l'entourage afin qu'il puisse assumer adéquatement ses responsabilités vis à vis la personne en perte d'autonomie. Ce serait là une façon de permettre, à long terme, aux personnes de conserver la fierté d'avoir assumé ses responsabilités. Aussi, une façon de permettre à celui qui reçoit, la fierté de recevoir des siens. Cette fierté nous apparaît beaucoup plus positive, à long terme, que les sentiments de culpabilité, qui risquent de ressortir plusieurs années plus tard au plan psychique ou physique de l'entourage.

## Références

Auteur:	Fernand Mucci
Titre du Document:	<b>Le maintien à domicile et les agences privées</b>
Éditeur:	Perspectives XXI Inc.
Date / lieu:	Le 2 novembre 1986 / Montréal
Desc. physique:	Document de 10 pages
Notes:	Résumé de la conférence
Type de doc.:	Texte de conférence
Sujets:	Maintien à domicile et les agences privées
Mots clés	maintien à domicile, recours agence privée, service de première ligne

## Copyright

Toute redistribution totale ou partielle de ce document est interdite sans le consentement écrit de son auteur.

Les citations sont autorisées à condition que la source y soit fait mention.

## Coordonnées de l'auteur

### Fernand Mucci

2573 rue de Port-Royal  
Sainte-Foy (Québec)  
G1V 1A5

2500, boul. Cavendish App. 411  
Montréal, Québec  
H4B 2Z6

Tél.: (418) 653-3474

Télééc.: (418) 653-0523

Site Web: [http://www.perspectives.qc.ca/fernand\\_mucci/](http://www.perspectives.qc.ca/fernand_mucci/)

Courriel: [fernandmucci@perspectives.qc.ca](mailto:fernandmucci@perspectives.qc.ca)