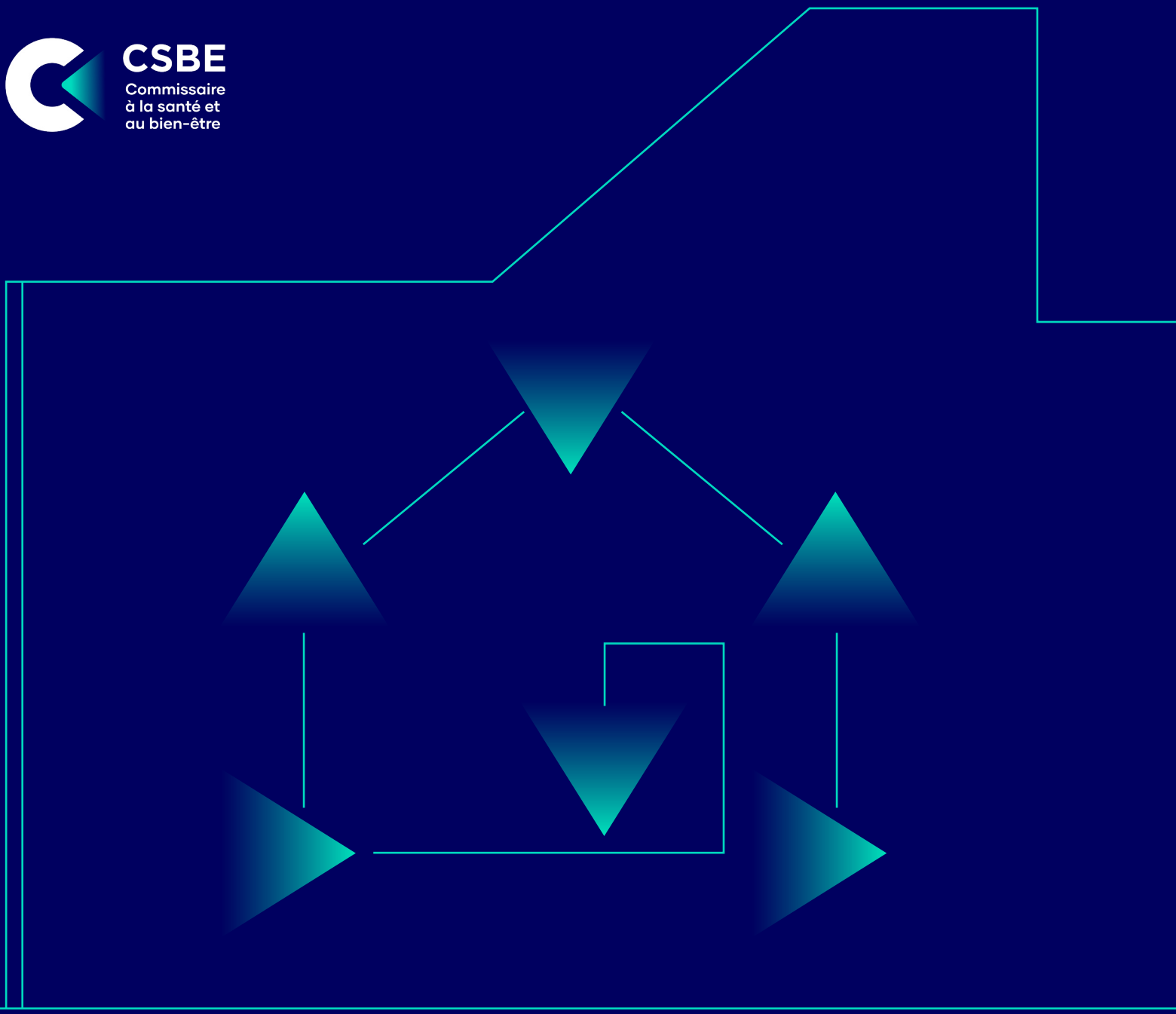
CSBE
Commissaire à la santé et au bien-être



BIEN VIEILLIR CHEZ SOI
TOME 2 : CHIFFRER LA PERFORMANCE

Mandat sur les soins et services de soutien à domicile

Juin 2023

Québec

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Commissaire à la santé et au bien-être
880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca

Recherche et rédaction
Ariane Dubé-Linteau, Marik Danvoye

Soutien scientifique
Martin Hébert, Marie-Ève Brouard

Soutien technique
Nathalie Mousseau, Bernard Saucier, Jolène St-Aubin

Coordination scientifique
Geneviève Ste-Marie

Directeur des opérations scientifiques
Georges-Charles Thiebaut

Commissaire adjoint à l'évaluation
Denis Roy

Révision linguistique
Tradëm

Design et visualisations
Voilà: | chezVoila.com

Dépôt légal
ISBN 978-2-550-94664-9

SOMMAIRE

Ce deuxième tome de la collection Bien vieillir chez soi a pour objectif de chiffrer la performance globale des programmes de services et de soutien financier qui composent l'écosystème de soutien à domicile (SAD), en particulier les services sous la gouverne des centres intégrés (CI(U)SSS). Il permet d'évaluer de manière objective les besoins de la population et la capacité du système à répondre à ceux-ci en fournissant, en temps opportun, des services adaptés en termes d'efficacité et de qualité. Le tout dans la perspective d'améliorer les résultats importants pour la population concernée en tenant compte des ressources disponibles.

Comment les dépenses ont-elles évolué dans l'écosystème SAD depuis la politique de 2003 ?

- Depuis la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile de 2003 *Chez soi : le premier choix*, la croissance des dépenses des programmes de SAD sous la gouverne du MSSS a été de la même ampleur que celle de l'ensemble des dépenses en santé jusqu'en 2015-2016. À compter de 2015-2016, la croissance des dépenses en SAD a été légèrement supérieure à celle de l'ensemble des autres dépenses en santé. Au fil des années, la part des dépenses en SAD du MSSS par rapport à l'ensemble des dépenses de santé est demeurée modeste, passant de 4,0 % en 2003 à 4,8 % en 2021-2022. Notons que ceci place le Québec parmi les provinces canadiennes dont les ressources financières consenties aux services de SAD sont les plus faibles.

- Même si tous les besoins en SAD ne sont pas comblés, les dépenses semblent être réparties en fonction des besoins populationnels des régions. L'importance relative de chacun des six programmes de l'écosystème SAD varie beaucoup d'une région à l'autre, ce qui témoigne des différentes réalités territoriales et des modes d'organisation diversifiés de l'offre de services.

Les programmes du SAD permettent-ils l'atteinte des résultats attendus ?

- Selon des données d'enquête, les usagers considèrent que les services de soutien à domicile les aident à rester chez eux et ils en sont globalement satisfaits.

- L'objectif du SAD étant de permettre à la population en perte d'autonomie de vivre chez soi le plus longtemps possible, le CSBE a voulu mesurer directement l'atteinte de deux résultats importants pour les personnes. Nos analyses révèlent qu'en moyenne, les Québécois âgés de 65 ans et plus décédés en 2019-2020 ont passé 66 % de leurs six derniers mois de vie à domicile – c'est donc dire qu'ils ont passé en moyenne 62 jours en institutions. Toujours parmi ces mêmes personnes, 17 % sont décédées à domicile. Certaines juridictions comparables atteignent de meilleurs résultats à l'égard de ces indicateurs.

- De plus, les résultats témoignent de certaines inégalités : globalement, les personnes plus âgées, les femmes et les personnes défavorisées obtiennent de moins bons résultats quant au maintien à domicile en fin de vie.

- Les comparaisons régionales révèlent que le pourcentage de jours vécus à domicile durant les six derniers mois de vie n'est pas associé au niveau de ressources consenties dans l'écosystème SAD. Cela suggère que le niveau de ressources actuel dans les programmes de SAD ainsi que les modalités d'organisation des programmes de l'écosystème ne permettent pas d'assurer le maintien à domicile pour la majorité de la population de 65 ans et plus.

LES PROGRAMMES DE SAD SOUS LA GOUVERNE DES CI(U)SSS

Qui sont les usagers du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS ?

- Dans l'ensemble du Québec et dans la plupart des régions, le nombre d'usagers ayant reçu au moins un service de SAD avoisine le nombre estimé de personnes présentant des besoins, ce qui suggère qu'une grande majorité d'entre elles sont connues du SAD.

- Les usagers du SAD sont davantage des femmes, des personnes plus âgées et des personnes défavorisées sur les plans matériel et social, soit les mêmes groupes qui rapportent le plus de besoins. Les profils d'intervention des usagers sont très variables d'un territoire à l'autre, ce qui reflète possiblement des besoins hétérogènes, mais également la variabilité de la capacité et des façons de répondre aux besoins.

- Pour répondre aux besoins de la population, chaque territoire mobilise différents types de prestataires des secteurs public, communautaire et privé.

Que dire de la prise en charge du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS ?

- En 2019-2020, c'est près de 263 000 personnes qui ont bénéficié du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS au Québec, avec des niveaux de couverture populationnelle variables selon les territoires.

- Notons que la très grande majorité de ces personnes ont vu un professionnel de la santé (77 %) ou du personnel infirmier (63 %). En revanche, seulement 30 % ont reçu de l'aide à domicile offerte par le CLSC.

- Toutefois, bien que ces usagers soient connus du SAD, l'intensité des services reçus est souvent faible. En effet, la majorité des interventions se concentre sur peu de personnes ; ainsi, 10 % des usagers du SAD reçoivent 70 % des interventions.

- Ce niveau d'intensité ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins des personnes. Selon des analyses produites par le MSSS, seulement 13,5 % des besoins de la clientèle SAPA et DP ont été comblés, ce qui est très faible. Cette analyse montre également qu'une plus grande intensité des services reçus permettrait de retarder l'institutionnalisation de ces personnes, en conformité avec le souhait de plusieurs Québécois de demeurer le plus longtemps possible à la maison. Le niveau de financement actuel et les modalités d'organisation des services ne permettent pas d'ajuster l'offre de services aux différents besoins de la population. Seulement une minorité des usagers du SAD bénéficie d'un taux de réponse à leurs besoins qui soit satisfaisant.

Les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS sont-ils performants ?

- Malgré une amélioration du niveau de ressources financières, nos analyses montrent que, dans l'ensemble du Québec et la majorité des territoires, les services de SAD présentent un résultat préoccupant pour la viabilité (en particulier la suffisance des ressources humaines, les conditions de travail et l'encadrement), l'accessibilité, l'arrimage aux besoins, la productivité, et l'efficacité. Seule la dimension de pertinence affiche de bons classements.

- L'analyse de la viabilité et de la productivité montre que la proportion des heures travaillées en contact direct avec l'usager pour les services professionnels et celle pour les soins infirmiers sont faibles, soit 25 % et 32 % respectivement. De plus, même si la couverture de services semble satisfaisante, l'intensité des services est concentrée sur une très faible proportion des usagers du SAD. Ces enjeux expliquent très probablement la performance préoccupante des services de SAD en ce qui concerne l'adéquation aux besoins et le recours aux services hospitaliers. En effet, dans l'ensemble du Québec, 31 % des usagers du SAD ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année, et 58 % de ceux qui se sont présentés à l'urgence n'ont pas été hospitalisés. Cela nous porte à croire qu'une proportion importante des visites à l'hôpital seraient évitables avec une amélioration du taux de réponse aux besoins des usagers du SAD.

- Six territoires se distinguent particulièrement en affichant des scores « bons » ou « excellents » dans au moins la moitié des dimensions mesurées. Il est intéressant de noter que ces derniers se situent autant en régions universitaires ou périphériques qu'en régions éloignées.

Qu'en est-il de la valeur ?

- Notre analyse de la valeur a mis en relation certaines dimensions de la performance avec les ressources consenties. Sur ce point, le CSBE observe qu'un niveau de ressources financières plus élevé en SAD ne se traduit pas par une meilleure performance en ce qui concerne l'ajustement aux besoins, l'accessibilité, la pertinence ou l'efficacité.

- En 2019-2020, trois territoires se distinguent favorablement en termes de valeur dans la majorité des dimensions évaluées. À la fin de la pandémie, ce nombre passe à quatre territoires sur les 22 étudiés ici.

Les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS sont-ils équitables ?

- Les dépenses en SAD semblent être généralement réparties en fonction des besoins populationnels des différentes régions.

- En ce qui a trait aux délais d'accès, à la pertinence des soins et à l'efficacité des services sous la gouverne des CI(U)SSS, on observe certaines variations territoriales, mais une absence d'écart systémique en fonction de l'âge, du sexe et de la défavorisation matérielle et sociale.

Quel est le bilan du SAD à la fin de la pandémie ?

Bien entendu, la pandémie a entraîné des répercussions importantes sur le secteur des soins à domicile. C'est en comparant les résultats obtenus en 2019-2020 et en 2021-2022 qu'il est possible d'en mesurer les impacts sur l'offre de services en SAD sous la gouverne des CI(U)SSS.

- Le rehaussement budgétaire observé au cours des deux dernières années s'est principalement traduit par l'achat de services d'aide à domicile auprès de partenaires externes.

- Le nombre d'usagers du SAD a augmenté d'environ 4 % au Québec. L'intensité des services reçus s'est aussi accrue, surtout pour les services d'aide à domicile, mais souvent pour les usagers qui recevaient déjà des services soutenus. L'intensité des services infirmiers a quant à elle diminué. Il n'en demeure pas moins que l'intensité est restée nettement en deçà du niveau requis pour bien répondre aux besoins de la population en SAD.

- Les enjeux reliés à la viabilité du SAD, largement présents au Québec avant la pandémie, sont restés importants et portent notamment sur la suffisance, la formation et l'encadrement du personnel en place et sur

les aspects de qualité de vie au travail, qui constituent des éléments centraux pour soutenir la capacité d'offrir des services de qualité et efficaces en SAD.

- Avant l'entrée en pandémie, l'accessibilité aux services de SAD représentait déjà un enjeu, et la situation s'est détériorée globalement au Québec.

- Des gains sont observés en matière d'ajustement aux besoins et de résultats (efficacité). De nouvelles pratiques plus conformes aux attentes des usagers du SAD semblent avoir émergé de l'adaptation à une situation de crise — il ne reste maintenant qu'à pérenniser ces acquis.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE — *p. iii*
INTRODUCTION — *p. xv*
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES EN BREF — *p. xvi*

1 Quelques comparaisons canadiennes — *p. 1*

2 Les besoins en SAD — *p. 5*

3 L'écosystème SAD — *p. 10*

3.1 Évolution des dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD — *p. 15*
3.2 Variabilité des dépenses et mesures fiscales en SAD selon les régions — *p. 19*
3.3 Analyse de la valeur — *p. 23*
3.4 Analyse de l'équité — *p. 32*

4 La performance des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS — *p. 39*

4.1 Contexte — *p. 41*
4.2 Niveau de prise en charge des usagers du SAD — *p. 49*
4.3 Appréciation de la performance globale des services de SAD des CI(U)SSS — *p. 56*

CONCLUSION — *p. 97*
BIBLIOGRAPHIE — *p. 100*
ANNEXES — *p. 103*

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cadre d'évaluation de la performance du CSBE

Figure 2. Pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2017-2018

Figure 3. L'écosystème SAD

Figure 4. Variations entre 2003-2004 et les années subséquentes des dépenses (en $ courants) de l'écosystème SAD (à l'exclusion du PEFSAD et des mesures fiscales) et des dépenses en santé, Québec

Figure 5. Évolution des dépenses et des mesures fiscales (en $ courants) de l'écosystème SAD par programme, ensemble du Québec

Figure 6. Dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD par habitant selon le RSS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 7. Pourcentage de l'effort financier de l'écosystème SAD alloué aux programmes et aux mesures fiscales selon le RSS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 8. Répartition du pourcentage de jours passés dans les différents milieux de vie durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020, ensemble du Québec

Figure 9. Pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 et 2021-2022, par RSS

Figure 10. Évolution du pourcentage et du nombre moyen de jours à domicile durant les six derniers mois de vie des personnes âgées de 65 ans et plus décédées au cours de l'année financière

Figure 11. Variations entre 2016-2017 et les années subséquentes du pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie des personnes âgées de 65 ans et plus et des dépenses et mesures fiscales (en $ courants) de l'écosystème SAD par habitant

Figure 12. Pourcentage de décès à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 et en 2021-2022, par RSS

Figure 13. Pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 selon les dépenses et les mesures fiscales de l'écosystème SAD par habitant âgé de 65 ans et plus, par RSS

Figure 14. Dépenses par habitant des programmes (aide à domicile) et des mesures fiscales du SAD en fonction du pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant déclaré un besoin en AVQ, par RSS, 2019-2020

Figure 15. Dépenses des programmes (aide à domicile) et des mesures fiscales de SAD par personne de 18 ans et plus ayant un besoin en SAD, par RSS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 16. Pourcentage de jours à domicile (hors institutions) durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées à domicile en 2019-2020, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Figure 17. Pourcentage de décès à domicile (hors institutions) chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées à domicile en 2019-2020, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Figure 18. Écarts des valeurs de deux indicateurs de résultats de l'écosystème SAD entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020

Figure 19. Répartition des interventions aux services de SAD selon le centre d'activités, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)

Figure 20. Répartition des interventions aux services de SAD selon le profil d'intervention, ensemble du Québec, 019-2020 (n=20,4 M)

Figure 21. Répartition des interventions aux services de SAD rendues par les CI(U)SSS selon le lieu de l'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)

Figure 22. Part relative des interventions réalisées par le personnel du CI(U)SSS ou la main-d'œuvre indépendante (MOI) ou en services achetés selon le lieu de l'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)

Figure 23. Caractéristiques sociodémographiques des usagers du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS et utilisation de certains services de santé, ensemble du Québec, 2019-2020

Figure 24. Répartition des usagers du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS selon leur(s) profil(s) d'intervention, ensemble du Québec et RTS, 2019-2020

Figure 25. Nombre d'usagers selon le type de services reçus par les usagers du SAD long terme, ensemble du Québec, 2019-2020

Figure 26. Proportion des interventions par type de services reçus, par percentile d'usagers du SAD long terme, ensemble du Québec, 2019-2020

Figure 27. Taux de réponse aux besoins pour les usagers SAD-SAPA présentant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 et part des usagers entrés en CHSLD en fonction des strates de consommation, ensemble du Québec, 2019-2020

Figure 28. Scores de la dimension ressources du système pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 29. Scores de la dimension ressources du système selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 30. Scores de la dimension viabilité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 31. Scores de la dimension viabilité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 32. Scores de la dimension arrimage aux besoins pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 33. Scores de la dimension arrimage aux besoins selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 34. Scores de la dimension accessibilité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 35. Scores de la dimension accessibilité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 36. Scores de la dimension productivité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 37. Scores de la dimension productivité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 38. Scores de la dimension pertinence pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 39. Scores de la dimension pertinence selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 40. Scores de la dimension efficacité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 41. Scores de la dimension efficacité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 42. Scores des dimensions évaluées aux services de SAD, ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 43. Scores des dimensions évaluées aux services de SAD selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022

Figure 44. Pourcentage de la population de 18 ans et plus qui a reçu des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS en fonction du pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant déclaré un besoin en AVQ, par RSS, 2019-2020

Figure 45. Écarts de scores d'un indicateur de la dimension accessibilité entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020

Figure 46. Écarts de scores de deux indicateurs de la dimension pertinence entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020

Figure 47. Écarts de scores de trois indicateurs de la dimension efficacité entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020

Figure 48. Analyse de la valeur pour la sous-dimension ajustement aux besoins et les dimensions accessibilité, pertinence et efficacité, ensemble du Québec, 2019-2020

Figure 49. Analyse de la valeur pour la sous-dimension ajustement aux besoins et les dimensions accessibilité, pertinence et efficacité, ensemble du Québec et selon le RTS, de 2019-2020 à 2021-2022

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Valeurs des indicateurs correspondant à certaines dimensions de la performance et scores des dimensions, provinces canadiennes, dernière année disponible

Tableau 2. Estimations du nombre de personnes ayant un besoin de soutien à l'autonomie selon différentes sources de données, Québec

Tableau 3. Pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant besoin d'aide pour au moins une AVQ selon les régions, Québec, 2017-2018

Tableau 4. Nombre d'interventions et d'usagers différents aux services de SAD (sous la gouverne des CI[U]SSS) selon le profil d'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020

Tableau 5. Taux de réponse aux besoins des usagers en fonction des profils ISO-SMAF pour les profils d'intervention SAPA et DP adulte, ensemble du Québec, 2019-2020

Tableau 6. Taux de réponse aux besoins des usagers en fonction des strates de consommation d'heures de services pour les profils d'intervention SAPA et DP adulte, ensemble du Québec, 2019-2020

Tableau 7. Nombre de RTS dans chaque zone de valeur relative concernant l'ajustement aux besoins, l'accessibilité, la pertinence et l'efficacité, 2019-2020 et 2021-2022

Tableau 8. RTS qui se sont distingués favorablement en termes de valeur relative pour les dimensions retenues dans l'analyse de la valeur (Zone A), 2019-2020

Tableau 9. RTS qui se sont distingués favorablement en termes de valeur relative pour les dimensions retenues dans l'analyse de la valeur (Zone A), 2021-2022

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD-CES	Programme d'allocation directe — chèque emploi-service
AVD	activités de la vie domestique
AVQ	activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CMD	Crédit d'impôt pour maintien à domicile d'un aîné
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DITSA	déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
DP	déficience physique
ECI	Enquête canadienne sur l'incapacité
EÉSAD	entreprise d'économie sociale en aide à domicile
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETC	équivalent temps complet
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IDMS	Indice de défavorisation sociale et matérielle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ISO-SMAF	Normes ISO – Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
NSA	niveau de soins alternatifs
MOI	main-d'œuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide
PPA	personne proche aidante
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	résidence intermédiaire
RPA	résidence pour personnes âgées
RSS	région sociosanitaire
RTF	ressource de type familial
RTS	Réseau territorial de services de santé et de services sociaux
SAD	soutien à domicile
SAPA	soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAP	services d'assistance personnelle

INTRODUCTION

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre du mandat confié au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) par le gouvernement du Québec (Décret 223-2022, 2022) pour évaluer la performance, l'efficacité et l'équité des programmes gouvernementaux ayant pour objectif premier le soutien à domicile (SAD). Il constitue le deuxième tome d'une série de quatre et fait suite au rapport publié le 28 mars 2023, Bien vieillir chez soi – tome 1 : comprendre l'écosystème (CSBE, 2023). Ce dernier a permis de faire l'état des lieux de l'ensemble des programmes et des mesures de SAD financés par les fonds publics, que nous désignons comme « l'écosystème SAD ».

Le rapport a pour objectif d'évaluer quantitativement la performance de l'écosystème SAD tel qu'il est défini dans le tome 1 et la performance des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS, et ce, à l'échelle provinciale et territoriale. Les analyses qui y sont présentées s'appuient sur le cadre d'appréciation de la performance axé sur la valeur du CSBE.

La première section du rapport décrit brièvement le cadre d'évaluation du CSBE et certains aspects méthodologiques. Par la suite, quatre chapitres de résultats constituent notre analyse. Le premier compare la performance du Québec en matière de services de SAD à celle des autres provinces canadiennes. Le second chapitre s'intéresse aux besoins populationnels en SAD dans chacune des régions du Québec. Le troisième chapitre traite de l'offre de services en SAD au Québec : en particulier, on y présente l'évolution des dépenses de l'écosystème SAD au cours des deux dernières décennies, de même qu'une analyse régionale des dépenses en SAD, puis une analyse de la valeur mettant en relation des résultats attendus de l'écosystème SAD et les coûts qui y sont consacrés. Finalement, le dernier chapitre présente une appréciation de la performance des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS — dimension par dimension — à l'échelle du Québec et de ses réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (RTS), avant et après la pandémie.

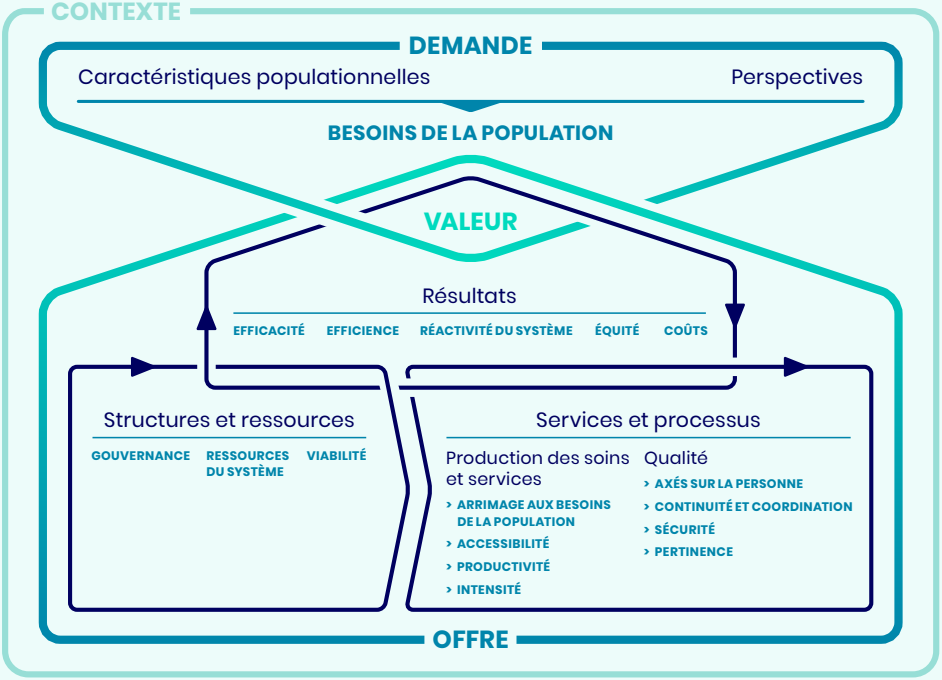
La politique *Chez soi : le premier choix* — La politique de soutien à domicile (MSSS, 2003), adoptée en 2003, a énoncé les orientations qui, encore à ce jour, balisent la contribution attendue des services de SAD à l'offre globale du système de santé et de services sociaux.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES EN BREF

LE CADRE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU CSBE

Le CSBE a élaboré un cadre d'évaluation de la performance axé sur la valeur pour apprécier la performance des services de santé de différents secteurs. Ce dernier est utilisé dans le présent rapport pour évaluer la performance des services de soutien à domicile au Québec (figure 1).

Figure 1. Cadre d'évaluation de la performance du CSBE



Le cadre du CSBE propose d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux en fonction de cinq composantes tout en tenant compte du contexte dans lequel ce système s'insère. La première composante du cadre concerne la population à l'étude et ses besoins, la deuxième, les structures et les ressources du système, la troisième, les services et les processus, la quatrième, les résultats du système et la cinquième, la valeur. À l'exception de cette dernière, chaque composante englobe diverses dimensions et sous-dimensions, lesquelles seront décrites en détail dans la documentation technique accompagnant ce rapport.

APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SAD

Ici, nous présentons des éléments méthodologiques propres aux chapitres qui présentent une appréciation de la performance des services de SAD selon les différentes dimensions du cadre du CSBE, soit le chapitre sur les comparaisons canadiennes et celui sur les services de SAD des CI(U)SSS. En particulier, ces éléments méthodologiques font référence aux types d'indicateurs, à la sélection des indicateurs, à la source des données, à l'année de référence, et à la méthode de calcul des scores individuels et agrégés par dimensions et sous-dimensions.

Types d'indicateurs

L'appréciation de la performance des services de soutien à domicile réalisée dans les sections concernées du rapport repose sur deux types d'indicateurs :
Indicateurs du cadre d'évaluation de la performance : utilisés pour le calcul des résultats agrégés par dimensions et sous-dimensions.
Indicateurs descriptifs : utilisés pour apporter des éléments complémentaires.

Sélection des indicateurs et source de données

COMPARAISONS CANADIENNES

Pour réaliser l'analyse comparative sur la performance des services de SAD du Québec et des autres provinces canadiennes, huit indicateurs permettant de documenter six dimensions du cadre du CSBE ont été sélectionnés. Ces indicateurs proviennent de données issues d'enquêtes canadiennes et internationales ainsi que des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données disponibles les plus récentes ont été utilisées (pour plus de détails sur ces indicateurs, consulter l'Annexe A).

L'ÉCOSYSTÈME SAD

Pour étudier l'ensemble des programmes de l'écosystème SAD, des indicateurs descriptifs portant sur les dépenses et mesures fiscales financées par le gouvernement du Québec ont été utilisés. En particulier, les indicateurs portant sur les programmes financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été documentés à partir de sources de données publiques ou relevant du MSSS, pour les années financières 2015-2016 à 2021-2022. Quant aux indicateurs sur les mesures fiscales, des données de Revenu Québec ont été utilisées pour les années d'imposition 2015 à 2021.

Afin d'étudier les résultats propres à l'écosystème SAD, deux indicateurs du cadre d'évaluation de la performance ont été développés pour les années financières 2016-2017 à 2021-2022 à partir de quatre banques de données médico-administratives distinctes (pour plus de détails sur ces indicateurs et leurs sources de données, consulter l'Annexe B).

SERVICES DE SAD DES CI(U)SSS

L'analyse de la performance des services de SAD des CI(U)SSS – mission CLSC a été réalisée à partir de 52 indicateurs qui ont servi au calcul des résultats agrégés par dimensions et sous-dimensions du cadre du CSBE. De plus, 11 indicateurs descriptifs ont été utilisés pour apporter des éléments complémentaires d'analyse (les listes complètes des indicateurs sont présentées aux Annexes C et D). Ces indicateurs ont été retenus selon différents critères tels que la pertinence, la disponibilité des données, la faisabilité, la validité, la comparabilité, la stabilité de mesure et la sensibilité au changement. Ils ont été produits à partir d'une dizaine de bases de données médico-administratives et de sources de données publiques ou de sources relevant du MSSS[1].

Les données utilisées pour l'appréciation de la performance correspondent aux années financières 2017-2018 à 2021-2022. Cependant, notons que les analyses portent surtout sur l'année de référence 2019-2020, puisque la pandémie a eu des effets non mesurables sur l'offre de services de SAD.

Le tableau suivant résume le nombre d'indicateurs produits dans le cadre de l'évaluation de la performance des services de SAD des CI(U)SSS selon les types et les balises.

Type d'indicateurs	Balise	Nombre d'indicateurs
Indicateurs du cadre d'évaluation de la performance	Empirique	19
	Raisonnée	29
	Norme existante	4
Descriptifs	s.o.	11

1 Pour plus d'information sur les sources de données utilisées, consultez le rapport technique.

Comment l'appréciation de la performance est-elle réalisée ?

Afin d'apprécier les différentes dimensions pertinentes, les indicateurs du cadre d'évaluation sont utilisés pour calculer deux types de scores, soit les scores individuels pour chacun des indicateurs et les scores agrégés pour chacune des dimensions et sous-dimensions.

CALCUL DE SCORES PAR INDICATEUR

Afin de porter un jugement évaluatif, un score est calculé pour chacun des indicateurs du cadre, ce qui permet de les rapporter sur la même échelle de mesure. Pour ce faire, le score est calculé dans chacun des territoires comparés (région sociosanitaire [RSS], réseau territorial de services de santé et de services sociaux [RTS] ou provinces, selon le cas) en mesurant l'écart, en pourcentage, de chaque indicateur par rapport à une valeur de référence qui a été établie comme balise. Ainsi, un score s'interprète comme le niveau d'atteinte de cette balise. Il est à noter qu'une transformation arithmétique linéaire a été appliquée afin d'établir par définition la variation des scores entre 40 et 100. Cette approche a été adoptée afin de réduire l'influence des valeurs extrêmes et d'accroître la robustesse de nos analyses.

Les balises sont établies à partir de l'une des trois approches suivantes :

1. Une **norme existante** — Dans les cas où une cible ministérielle ou une loi pouvait s'appliquer, celle-ci a été priorisée.
2. Une **valeur de référence empirique** obtenue en calculant la moyenne des trois meilleurs résultats observés durant l'année de référence 2019-2020 parmi l'ensemble des provinces ou RTS étudiés.
3. Dans les cas où les deux approches précédentes n'étaient pas applicables, une **valeur raisonnée** a été établie après consultations avec des experts. C'est le cas, notamment, lorsque la valeur des meilleurs résultats québécois ne se situe pas dans l'excellence.

CALCUL DES SCORES AGRÉGÉS PAR DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS

Pour synthétiser les informations, les scores des indicateurs sont pondérés et agrégés de manière à établir un score pour chaque sous-dimension. Le même processus est appliqué pour les dimensions, c'est-à-dire que les scores des sous-dimensions ont été pondérés et agrégés pour calculer un score global par dimension. Dans le cas de l'analyse de la performance des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS, précisons que cette pondération est réalisée en considérant le poids relatif de chacun des profils d'intervention dans chacun des territoires.

INTERPRÉTATION DES SCORES

Pour faciliter l'interprétation des scores, à l'exception de ceux qui touchent aux ressources du système, le niveau d'atteinte de la balise est catégorisé de la façon suivante :

	90-100 %	EXCELLENT
	75-89 %	BON
	60-74 %	PASSABLE
	<60 %	FAIBLE

Pour interpréter les indicateurs en lien avec la dimension des ressources, il ne convient pas d'utiliser les niveaux susmentionnés. En effet, les scores portant sur cette dimension, lesquels sont calculés à partir d'une valeur de référence empirique (moyenne des trois régions/territoires/provinces ayant les meilleurs résultats), doivent plutôt être interprétés comme un niveau relatif de ressources. Par exemple, si un RTS a un niveau relatif de ressources de 60 %, ce dernier dispose de 60 % des ressources des trois RTS du Québec qui en possèdent le plus.

1

QUELQUES COMPARAISONS CANADIENNES

Il existe peu de données sur la performance des services de soutien à domicile qui permettent de comparer le Québec au reste du Canada, et encore moins à d'autres pays. Néanmoins, nous avons identifié huit indicateurs permettant de documenter six dimensions du cadre d'évaluation du CSBE à partir des données issues d'enquêtes canadiennes et internationales ainsi que des données provenant de l'ICIS. L'analyse présentée ici offre donc un survol de ces aspects en particulier.

Les valeurs obtenues pour chacun des indicateurs sont présentées au tableau 1. Lorsque plus d'un indicateur composait une dimension, des scores agrégés ont été produits pour chacune des 10 provinces canadiennes selon la méthodologie expliquée précédemment (pour plus de détails sur la composition des dimensions, consulter l'Annexe A). Précisons que ces scores sont calculés en mesurant la distance de chaque indicateur par rapport à une balise empirique, c'est-à-dire la moyenne des trois provinces affichant les meilleurs résultats. Cette analyse par score s'appuie donc sur l'hypothèse selon laquelle les valeurs observées dans les provinces canadiennes ayant les meilleurs résultats représentent des objectifs à atteindre. Or, ces résultats, bien que les meilleurs au pays, ne sont pas forcément le reflet d'une performance idéale. Cette réserve étant énoncée, il est toutefois intéressant d'apprécier la position du Québec selon cette approche.

Les résultats obtenus de cette analyse permettent de constater que les dépenses en soins à domicile et en services communautaires par habitant en 2021-2022 au Québec sont parmi les moins élevées au Canada, avec celles de l'Ontario, de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick. De plus, on remarque qu'au Québec, tout comme dans la moitié des provinces canadiennes, les personnes déclarent des résultats passables en matière d'arrimage aux besoins des usagers du SAD et des proches aidants, mais de bons résultats en termes d'accessibilité aux services de SAD. Le Québec, comme la plupart des autres provinces à l'exception de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse, présente de bons ou d'excellents résultats en ce qui a trait à la coordination des services de SAD, tels qu'ils sont perçus par les usagers. De même, au Québec comme ailleurs au Canada, les usagers sont généralement satisfaits des services reçus (réactivité), et leur perception est positive à l'égard de la contribution des services de SAD pour les aider à demeurer à domicile (efficacité) (tableau 1).

Tableau 1. Valeurs des indicateurs correspondant à certaines dimensions de la performance et scores des dimensions, provinces canadiennes, dernière année disponible

Niveau d'atteinte de la balise :

- Excellent (90 – 100 %)
- Bon (75 – 89 %)
- Passable (60 – 74 %)
- Faible (< 60 %)

	Balise empirique	Qc	Ont.	C.-B.	Alb.	Man.	Sask.	N.-É.	N.-B.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.
RESSOURCES FINANCIÈRES	Le niveau relatif de ressources du Québec en matière de dépenses en soins à domicile et communautaires est de 66 % par rapport aux trois provinces avec les dépenses les plus élevées (C.-B., T.-N.-L., Î.-P.-É.)										
Dépenses en services à domicile et soins communautaires par habitant	394	269	252	427	256	303	347	361	239	759	395
Pourcentage des dépenses de santé des gouvernements provinciaux en services à domicile et soins communautaires	7,0	4,5	4,8	7,8	4,5	5,7	6,2	6,2	5,0	11,0	7,0
ARRIMAGE AUX BESOINS	L'arrimage aux besoins des services de SAD est passable au Québec par rapport aux 3 provinces avec les meilleurs résultats à l'exception de T.-N.-L. (Sask., Î.-P.-É., N.-É.)										
Pourcentage des usagers de 65 ans et plus ayant déclaré un besoin en soins à domicile non comblé	21	28	35	34	24	36	17	22	28	47	23
Pourcentage d'aidants qui auraient aimé recevoir d'autres formes de soutien pour leur rôle d'aidant au cours des 12 derniers mois	23	31	33	30	27	25	22	26	26	24	22
ACCESSIBILITÉ EN TEMPS OPPORTUN	L'accessibilité en temps opportun aux services de SAD est bonne au Québec par rapport aux trois provinces avec les meilleurs résultats (Sask, Î.-P.-É., Qc)										
Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont attendu moins d'une semaine avant de recevoir le premier soin à domicile après en avoir fait la demande au gouvernement	60	52	49	45	51	43	65	26	36	45	62
COORDINATION DES SERVICES	La coordination des services de SAD est excellente au Québec par rapport aux trois provinces avec les meilleurs résultats (Sask., N.-B., T.-N.-L.)										
Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui qualifient de très bon ou d'excellent le niveau de coordination entre le fournisseur de soins à domicile et les autres professionnels de la santé, comme le médecin de famille	76	72	64	59	35	59	82	56	73	72	71
EFFICACITÉ	L'efficacité des services de SAD est excellente au Québec par rapport aux trois provinces avec les meilleurs résultats (T.-N.-L., N.-É., Î.-P.-É.)										
Pourcentage de ménages où au moins un membre a reçu des services à domicile qui ont été très utiles pour lui permettre de rester chez lui au cours des 12 derniers mois	93	87	85	81	88	84	84	92	83	97	91
RÉACTIVITÉ	La réactivité des services de SAD au Québec est bonne par rapport aux trois provinces avec les meilleurs résultats (N.-B., Sask., Î.-P.-É.)										
Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant reçu des soins à domicile se disant très satisfaite des soins à domicile reçus	74	65	64	59	66	66	74	66	76	69	72

Qu’en retient le CSBE ?

Les données disponibles sur la performance des services de SAD au Canada sont peu nombreuses et reposent essentiellement sur des enquêtes populationnelles, ce qui limite notre capacité à poser des constats clairs sur la performance en soutien à domicile au Québec comparativement à celle des autres provinces.

Par ailleurs, à la lumière des quelques éléments qui ont pu être analysés, on retient que le niveau de ressources consenties pour les services à domicile au Québec serait parmi les plus faibles au Canada. De plus, comme le suggèrent les données d’enquêtes, le Québec se démarque défavorablement dans l’arrimage aux besoins des usagers et des proches aidants. Le Québec fait meilleure figure dans l'accessibilité en temps opportun aux services de SAD, dans leur coordination, dans leur efficacité à contribuer au maintien à domicile ainsi que dans la satisfaction des usagers.

2

LES BESOINS EN SAD

Il existe différentes approches — chacune présentant ses avantages et ses limites — pour estimer les besoins en soutien à domicile, parmi lesquelles nous retrouvons les enquêtes populationnelles qui traitent de l'incapacité et de concepts associés. En effet, de nombreuses études empiriques sur la demande en soins formels confirment que l'incapacité, exprimée en termes de restrictions de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ), est le principal motif de recours soit à des services d'aide formelle, soit à des services de placement en institution (Jacobzone et al., 2000 ; Lafortune et Balestat, 2007).

Cependant, il est à noter que les enquêtes auxquelles nous faisons référence excluent la population vivant en établissement ou dans d'autres logements collectifs (dont les résidences pour personnes âgées) et portent uniquement sur les personnes qui habitent dans des logements privés. Ainsi, elles sont susceptibles de sous-estimer le nombre total de la population ayant des besoins en SAD.

Les enquêtes les plus récentes pour lesquelles des données sont disponibles et qui permettent de documenter les besoins en aide aux AVQ au Québec sont l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017 (ECI) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2017-2018 (ESCC). Selon l'ECI, 8 % de l'ensemble de la population de 15 ans et plus du Québec a besoin d'aide pour réaliser au moins une AVQ, ce qui représente approximativement 531 280 personnes vivant en ménage privé (OPHQ, 2022). Selon l'ESCC, 5,8 % des Québécois âgés de 18 ans et plus auraient de tels besoins, ce qui représente environ 390 000 personnes (tableau 2).

Tableau 2. Estimations du nombre de personnes ayant un besoin de soutien à l'autonomie selon différentes sources de données, Québec

Source de données	Année	Population cible	Portée	Nombre estimé de personnes avec ce besoin
Enquête canadienne sur les incapacités	2017	15 ans et plus	Provinciale	531 280
Enquête sur la santé des collectivités canadiennes	2017-2018	18 ans et plus	Régionale	390 000
Modélisation de Clavet et al., 2021	2020	65 ans et plus	Provinciale	315 568

Une autre approche pour estimer les besoins en soutien à l'autonomie consiste à modéliser la demande en s'appuyant sur des données d'enquêtes et sur le recensement, comme l'a fait en 2021 une équipe de recherche auprès de Québécois de 65 ans et plus (Clavet et al., 2021). Selon cette étude, la population de 65 ans et plus ayant de tels besoins en 2020 s'élevait à 315 568 personnes (tableau 2). Mentionnons que cette population estimée inclut les personnes vivant à domicile et en institutions.

Dans le cadre du mandat confié au CSBE par le MSSS pour évaluer la performance des services de SAD, cette même équipe de recherche développera un nouveau modèle à portée régionale qui s'appliquera aux besoins en SAD de la population âgée de 18 ans et plus. Pour ce faire, des données populationnelles de santé et de nombreuses données médico-administratives seront utilisées, ce qui permettra d'estimer les besoins en SAD de manière plus précise.

Dans les prochaines figures et dans la suite du rapport, les besoins en SAD selon les différentes régions du Québec seront estimés à partir des données de l'ESCC 2017-2018, étant donné qu'il s'agit des données régionales sur la population adulte les plus récentes à notre disposition à ce jour.

Selon cette enquête, en 2017-2018, le pourcentage de Québécois âgés de 18 ans et plus résidant en ménage privé qui déclaraient avoir besoin de l'aide d'une autre personne pour réaliser des AVQ en raison d'un état physique ou mental ou d'un problème de santé varie selon les régions allant de 4,3 % à Montréal à 8,2 % au Bas-Saint-Laurent (tableau 3).

Tableau 3. Pourcentage de la population de 18 ans et plus[1] ayant besoin d'aide pour au moins une AVQ[2] selon les régions, Québec, 2017-2018

Région	%	Population estimée
01 Bas-Saint-Laurent	8,2	13 400
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean	6,6	14 800
03 Capitale-Nationale	5,4	32 500
04 Mauricie-et-Centre-du-Québec	7,1	29 900
05 Estrie	5,9	22 900
06 Montréal	4,3	70 300
07 Outaouais	6,5	20 100
08 Abitibi-Témiscamingue	6,6	7 600
09 Côte-Nord	5,3	3 500
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	8,1	6 100
12 Chaudière-Appalaches	7,0	23 800
13 Laval	6,0*	20 900
14 Lanaudière	6,8	27 600
15 Laurentides	6,0	29 600
16 Montérégie	6,1	67 000
ENSEMBLE DU QUÉBEC	**5,8**	**390 000**

1. Population vivant en ménage privé, c'est-à-dire qui ne vit pas en établissement ou dans d'autres logements collectifs (dont les résidences pour personnes âgées).
2. Pour cet indicateur, les activités quotidiennes comprennent : a besoin d'aide – pour préparer un repas, pour se rendre à un rendez-vous/faire les commissions, pour accomplir des tâches ménagères, pour les soins personnels (p. ex., se laver, s'habiller, manger, prendre les médicaments), pour se déplacer dans la maison, pour s'occuper de ses finances personnelles.

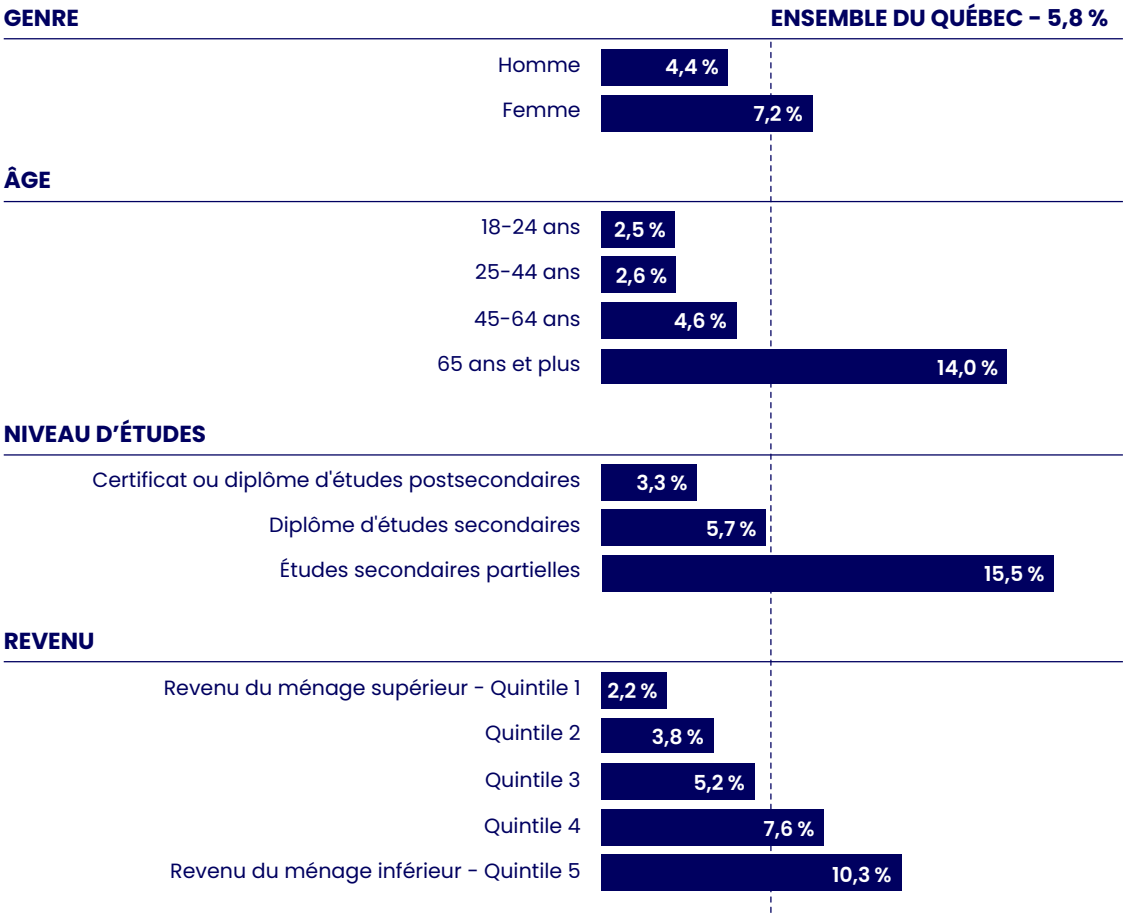
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2017-2018 de l'ESCC, Statistique Canada — compilation INSPQ.

La proportion de personnes déclarant avoir besoin d'aide pour les AVQ varie également selon différentes variables sociodémographiques. En effet, elle est plus élevée chez les femmes (7 %), chez les personnes âgées de 65 ans et plus (14 %), chez les personnes sans diplôme (16 %) et chez les personnes dont le ménage se situe dans le quintile inférieur de revenu (10 %) (figure 2). Plus tard au chapitre 4, nous verrons qui sont les usagers des services de SAD offerts par les CI(U)SSS, leurs caractéristiques et le taux de couverture des besoins populationnels.

Figure 2. Les besoins d'aide pour les AVQ sont plus fréquents chez les femmes, les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes moins scolarisées et les personnes avec de faibles revenus

Pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2017-2018



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2017-2018 de l'ESCC, Statistique Canada – compilation INSPQ.

1. Pour cet indicateur, les activités quotidiennes comprennent : a besoin d'aide pour préparer un repas, pour se rendre à un rendez-vous/faire les commissions, pour accomplir des tâches ménagères, pour les soins personnels (p. ex., se laver, s'habiller, manger, prendre les médicaments), pour se déplacer dans la maison, pour s'occuper de ses finances personnelles.

Qu'en retient le CSBE ?

Les données d'enquêtes menées en 2017 et en 2018 permettent d'estimer le nombre de Québécois ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne à une valeur se situant entre 400 000 et 530 000 personnes. Ces besoins varient selon les régions et seraient proportionnellement les plus faibles à Montréal et les plus élevés au Bas-Saint-Laurent et en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Ces besoins d'aide sont plus fréquemment rapportés par les femmes, les personnes plus âgées, les personnes moins scolarisées et les personnes avec de faibles revenus.

3

L'ÉCOSYSTÈME SAD

3.1 Évolution des dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD – p. 15

3.2 Variabilité des dépenses et mesures fiscales en SAD selon les régions – p. 19

3.3 Analyse de la valeur – p. 23

3.3.1. Quels sont les résultats importants pour les personnes ?
3.3.2. Dans quelle mesure les services de l'écosystème SAD créent-ils de la valeur ?

3.4 Analyse de l'équité – p. 32

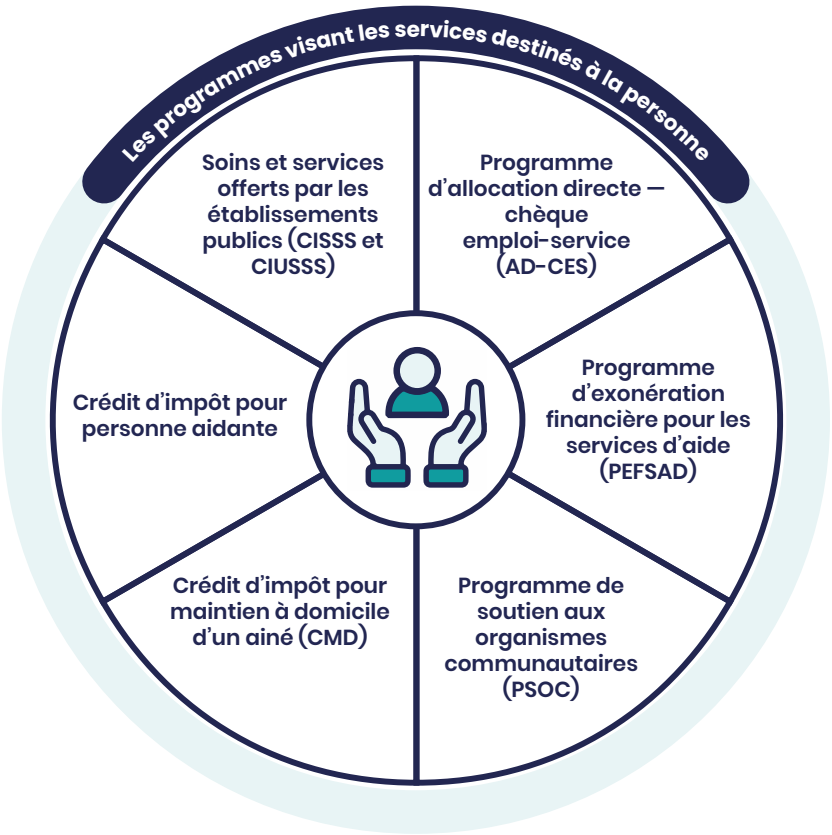
3.4.1. Équité des ressources
3.4.2. Équité des résultats

Qu'en retient le CSBE ?

À l'heure actuelle, au Québec, les services de SAD offerts à une personne avec une incapacité ou en perte d'autonomie relèvent d'une variété de prestataires et sont dispensés dans le cadre de différents programmes. Diverses mesures financières et fiscales permettent également à ces personnes de recevoir des sommes leur permettant de se prévaloir de différents services.

L'ensemble de ces programmes et mesures constitue ce que nous désignerons ici comme « l'écosystème SAD » (figure 3). Dans cette analyse, nous considérons l'effort financier du gouvernement du Québec[2] en soutien à des services directs aux personnes. Ce dernier est de deux ordres : des dépenses de programmes, comme les budgets consentis aux CI(U)SSS, ainsi que certaines mesures fiscales comme les crédits d'impôt.

Figure 3. L'écosystème SAD



2 Les programmes financés par le gouvernement fédéral, notamment certaines mesures fiscales, sont exclus de ce portrait d'ensemble de l'écosystème SAD.

Les programmes de l'écosystème SAD[3]

1. LES SOINS ET SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS (CI[U]SSS)

L'offre de services directs en SAD des établissements publics comprend quatre types de services : les soins et services professionnels et infirmiers, les services d'aide à domicile (ce qui inclut les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique), les services aux personnes proches aidantes et le soutien technique.

Les CI(U)SSS peuvent offrir les services avec leur propre personnel, ou faire appel à du personnel d'agence. Les CI(U)SSS peuvent également financer la prestation des services requis via le Programme d'allocation directe — chèque emploi-service (AD-CES), par lequel ils assument les frais des services prodigués par un travailleur engagé directement par l'usager. De plus, le CI(U)SSS peut établir des ententes de services avec une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), un organisme communautaire, une agence privée ou une résidence pour personnes âgées (RPA)[4]. En plus de ces programmes, le CI(U)SSS peut par ailleurs diriger la personne vers le Programme d'exonération financière pour les services d'aide (PEFSAD), qui subventionne des services que l'usager achète directement d'une EÉSAD.

2. LE PROGRAMME D'ALLOCATION DIRECTE — CHÈQUE EMPLOI-SERVICE (AD-CES)

Le Programme d'AD-CES est une modalité de financement. Ce programme permet aux personnes en perte d'autonomie ou ayant des limitations fonctionnelles de bénéficier d'une aide financière gouvernementale pour engager un travailleur. Ce travailleur dispensera des services de SAD, tels que des services d'assistance personnelle, d'aide domestique et des services de soutien à la famille ou aux personnes proches aidantes (gardiennage, répit, dépannage). L'usager devient ainsi l'employeur du travailleur engagé de gré à gré.

Le programme prévoit deux modalités d'aide à l'usager adulte : 1) une allocation financière sous forme d'un montant forfaitaire et 2) un chèque emploi-service. Par l'allocation directe sous forme de montant forfaitaire, l'usager reçoit directement une somme d'argent du CI(U)SSS avec laquelle il peut rémunérer le travailleur. Par la modalité du chèque emploi-service, le CI(U)SSS alloue les sommes nécessaires pour offrir les services établis dans le plan de soins par l'entremise d'une institution financière désignée, laquelle se charge du versement du salaire au travailleur ainsi engagé par l'usager.

3 Pour plus de détails sur les programmes de SAD, veuillez consulter **Bien vieillir chez soi – Tome 1 : comprendre l'écosystème** (CSBE, 2023).

4 Le CI(U)SSS peut également établir des ententes de services avec une RPA pour offrir des services financés par le CISSS-CIUSSS à un usager qui réside en RPA.

3. LE PROGRAMME D'EXONÉRATION FINANCIÈRE POUR LES SERVICES D'AIDE (PEFSAD)

Le PEFSAD offre des subventions (une aide fixe et une aide variable) aux usagers pour obtenir des services d'une EÉSAD ainsi que des subventions aux EÉSAD. Seules les activités de la vie domestique (entretien ménager, préparation de repas, lessive, courses) peuvent être couvertes par le PEFSAD.

4. LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

Le PSOC offre des subventions aux organismes communautaires dont les activités sont liées au domaine de la santé et des services sociaux (LSSSS, art. 34).

5. LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR MAINTIEN À DOMICILE D'UN AÎNÉ (CMD)

Le CMD est une mesure fiscale qui vise à soutenir financièrement les personnes âgées de 70 ans ou plus afin qu'elles demeurent le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Les dépenses admissibles couvrent notamment les services à la personne, dont l'aide à la vie domestique et à la vie quotidienne, ainsi que certains services d'entretien à l'habitation.

6. LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNE AIDANTE (PPA)

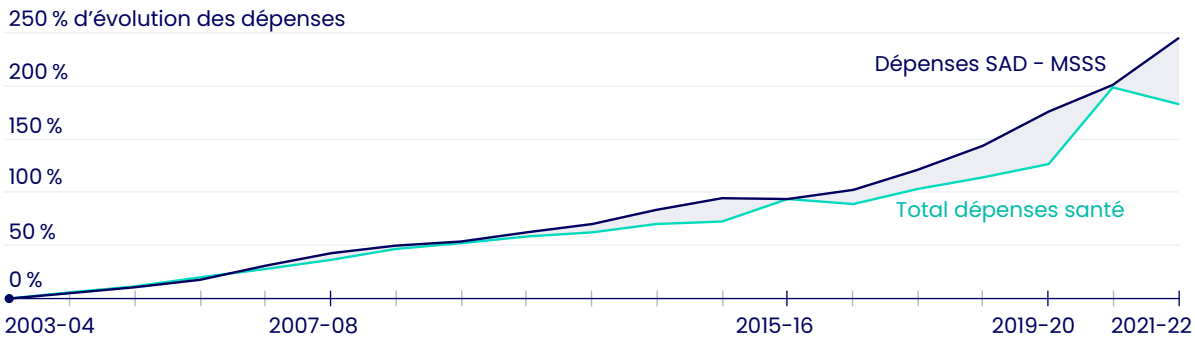
Le crédit d'impôt pour personne aidante comporte deux volets : le premier s'applique à toute personne aidant une personne de 18 ans et plus qui est atteinte d'une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques et qui nécessite une assistance pour accomplir une AVQ, et le deuxième s'applique à toute personne aidant un proche qui est âgée de 70 ans ou plus et qui cohabite avec celui-ci, autre que le conjoint. Le montant des crédits varie selon que la personne est admissible au premier ou au second volet.

3.1 Évolution des dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD

Dans le présent chapitre, les dépenses de programmes et les mesures fiscales ont été utilisées comme mesure indirecte de l'offre de services en SAD. En effet, la majorité de ces dernières sont attribuables à des salaires et à des allocations qui se traduisent effectivement en services aux usagers. Afin d'évaluer dans quelle mesure l'effort financier en SAD a évolué depuis la mise en œuvre de la politique québécoise de soutien à domicile de 2003, *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003), les données historiques provenant du MSSS sur les dépenses des programmes du SAD ont été utilisées. Ces dernières, présentées à la figure 4, excluent le PEFSAD, le crédit d'impôt pour personne proche aidante et le crédit d'impôt pour le maintien à domicile.

Figure 4. La croissance des dépenses dans les programmes de SAD sous la gouverne du MSSS a commencé à dépasser celle de l'ensemble des dépenses de santé à partir de 2015-2016

Variations entre 2003-2004 et les années subséquentes des dépenses (en $ courants) de l'écosystème SAD (à l'exclusion du PEFSAD et des mesures fiscales) et des dépenses en santé, Québec



Source : Tableau du MSSS historique SAD 2002-2021; ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 2021 : tableaux de données — série F : tableau F.3.5.1.

Ces données montrent que ces dépenses en SAD ont augmenté de 245 % entre 2003-2004 et 2021-2022, passant de 689 M$ en 2003-2004 à 2373 M$ en 2021-2022. Bien que cette hausse puisse sembler importante, on constate que, jusqu'en 2015-2016, les dépenses en SAD ont augmenté au même rythme que l'ensemble des dépenses de santé.

Après 2015-2016, la croissance des dépenses en SAD a été généralement supérieure à celle de l'ensemble des dépenses de santé, sauf en 2020-2021, où elle était comparable. Notons toutefois que la part des dépenses en SAD par rapport à l'ensemble des dépenses de santé est demeurée modeste au cours des 20 dernières années, passant de 4,0 % en 2003-2004 à 4,8 % en 2021-2022.

Dans la suite de cette section, les données sur les dépenses publiques spécifiques aux différents programmes du SAD pour la période de 2015-2016 à 2021-2022 ont été utilisées afin de mieux comprendre leur évolution respective. À cet effet, mentionnons que le programme des soins et des services offerts par les établissements publics a été scindé en deux selon le type de services, soit les services professionnels et infirmiers et les services d'aide à domicile. En effet, aux fins de comparaison, il convient de faire cette distinction étant donné que les autres programmes de SAD soutiennent principalement les services d'aide à domicile (assistance personnelle et aide domestique).

Comme l'illustre la **figure 5**, on constate d'abord que ces dépenses et ces mesures fiscales ont augmenté pour tous les programmes de l'écosystème SAD durant la période à l'étude – les mêmes tendances ont été observées pour la vaste majorité des régions sociosanitaires. Il convient de noter que l'augmentation de l'effort financier observé entre 2019-2020 et 2021-2022 ne reflète pas nécessairement une augmentation proportionnelle de l'offre de services, notamment en raison de facteurs confondants attribuables à la pandémie.

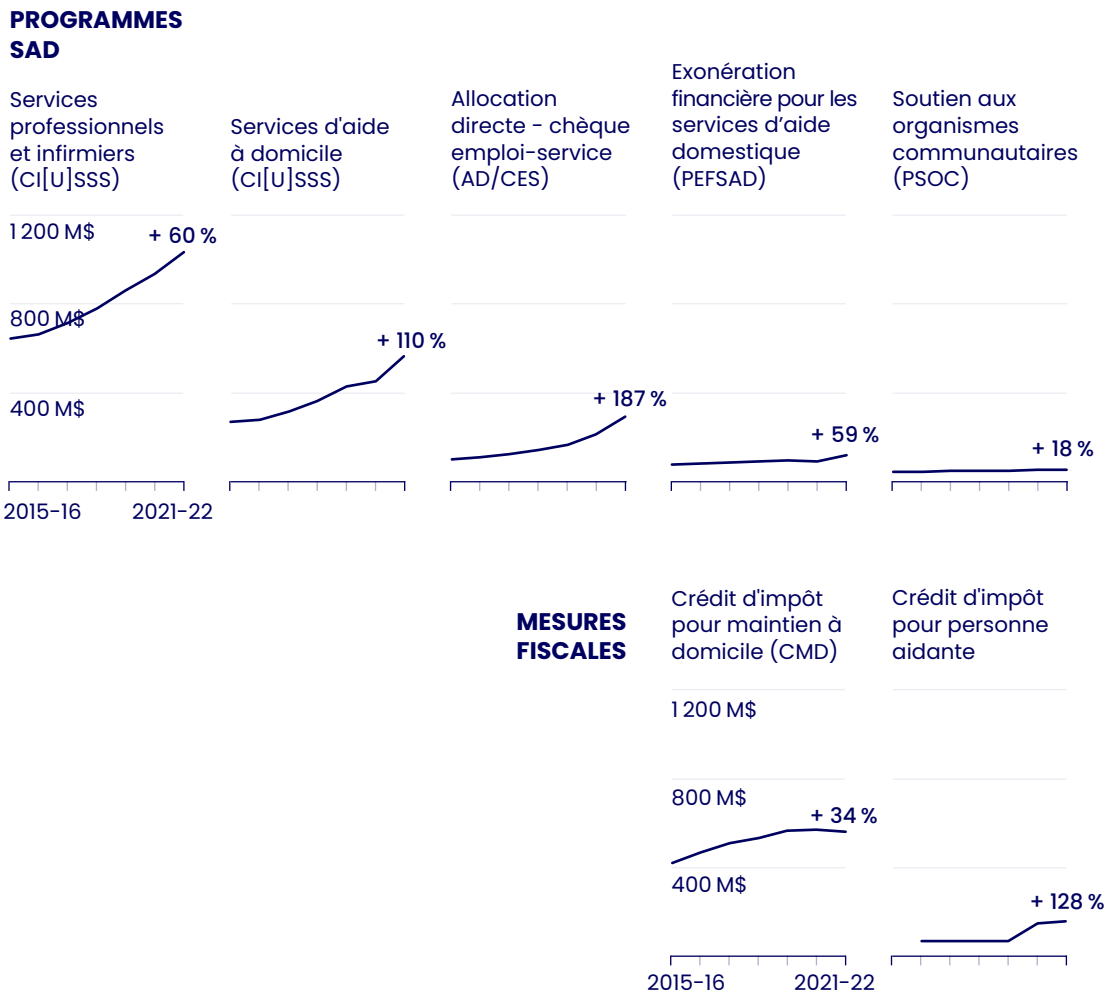
Pour toutes les années à l'étude, on remarque également que le programme des soins et des services offerts par les établissements publics entraîne les dépenses les plus élevées, plus particulièrement la portion du programme qui concerne les services professionnels et infirmiers. En 2021-2022, les dépenses qui y sont associées s'élèvent à 1 032 M$ dans l'ensemble du Québec, ce qui représente plus du tiers de toutes les dépenses et les mesures fiscales en SAD. Les services d'aide à domicile offerts par les établissements publics et le programme du crédit d'impôt pour maintien à domicile suivent au rang des dépenses les plus élevées, avec des sommes respectives de 564 M$ et 563 M$ en 2021-2022.

Les programmes du crédit d'impôt pour personnes aidantes et d'ADCES, bien que moins importants en termes de dépenses et de mesures fiscales totales, sont ceux ayant enregistré la plus forte croissance durant la période à l'étude – leurs dépenses ont augmenté respectivement de 187 % et 128 %.

Le PEFSAD et le PSOC sont les deux programmes de SAD dont les dépenses sont demeurées les plus faibles au fil des ans, depuis 2015-2016.

Figure 5. Les dépenses publiques spécifiques à l'écosystème SAD ont augmenté pour tous les programmes entre 2015-2016 et 2021-2022

Évolution des dépenses et des mesures fiscales (en $ courants) de l'écosystème SAD par programme, ensemble du Québec



Qu'en retient le CSBE ?

Depuis la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile de 2003, la croissance des dépenses dans les programmes de SAD sous la gouverne du MSSS a été de la même ampleur que celle de l'ensemble des dépenses de santé jusqu'en 2015-2016.

Après 2015-2016, la croissance de ces dépenses en SAD a commencé à dépasser celle de l'ensemble des dépenses de santé.

Au fil des années, la part des dépenses en SAD du MSSS par rapport à l'ensemble des dépenses de santé est demeurée toutefois modeste, en passant de 4,0 % en 2003 à 4,8 % en 2021-2022.

3.2 Variabilité des dépenses et mesures fiscales en SAD selon les régions

Afin de comparer l'offre de services en SAD des différentes régions, les dépenses et les mesures fiscales des différents programmes de l'écosystème SAD ont été analysées à partir des données de 2019-2020, plutôt que celles, plus récentes, de 2021-2022, afin que les impacts de la pandémie sur l'offre de services ne soient pas mesurés. D'abord, comme l'illustre la figure 6, on observe une grande variabilité entre les régions, autant en ce qui a trait aux dépenses des services professionnels et infirmiers offerts par les établissements publics qu'à celles des autres programmes et des mesures fiscales pour les services de SAD. Au total, ces dépenses varient de 203 $ par habitant en Outaouais à 495 $ en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine en 2019-2020.

On constate également que l'importance relative de chacun des programmes de SAD varie d'une région à l'autre. Par exemple, on remarque que les résidents des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches sont ceux qui, en proportion, utilisent davantage les crédits d'impôt, tandis que les résidents des régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine y ont moins recours (figure 7). Mentionnons qu'il y a eu peu de changements en 2021-2022 dans la répartition des dépenses et des mesures fiscales des différents programmes de l'écosystème SAD, et ce, pour les différentes régions.

Figure 6. Les dépenses publiques de l'écosystème SAD par habitant varient beaucoup selon les régions — elles font plus que doubler d'une région à l'autre

Dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD par habitant selon le RSS, 2019-2020 et 2021-2022

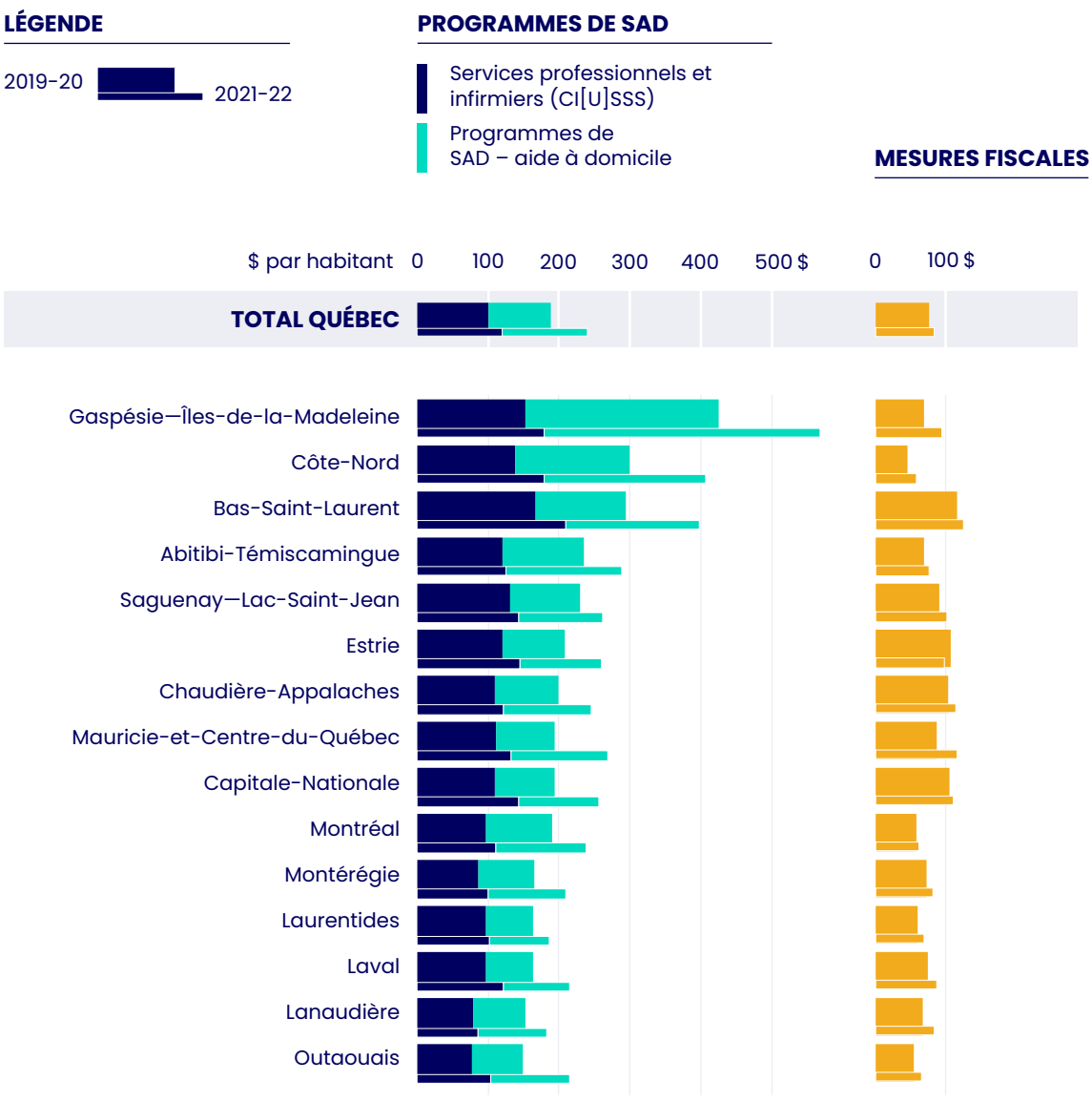
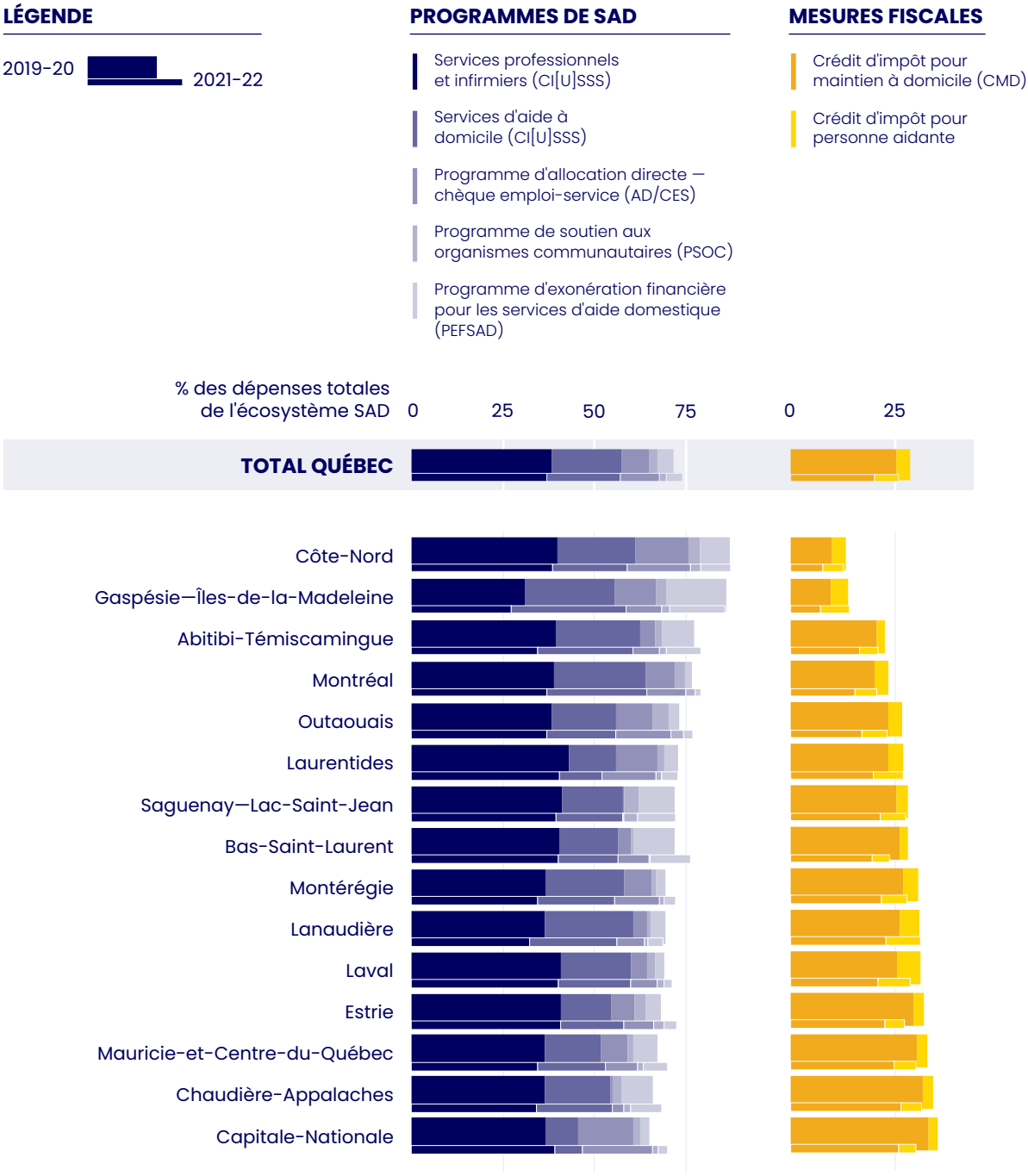


Figure 7. L'importance relative de chacun des programmes de l'écosystème SAD varie d'une région à l'autre, ce qui témoigne d'une offre de services diversifiée

Pourcentage de l'effort financier de l'écosystème SAD alloué aux programmes et aux mesures fiscales selon le RSS, 2019-2020 et 2021-2022



Qu’en retient le CSBE ?

L’importance relative de chacun des programmes de l’écosystème SAD varie beaucoup d’une région à l’autre, ce qui témoigne des différentes réalités territoriales et des modes d’organisation diversifiés de l’offre de services.

3.3 Analyse de la valeur

Selon le cadre d'évaluation du CSBE, un système de santé performant axé sur la valeur offre des soins et des services conçus et organisés de manière à maximiser les résultats qui comptent pour les personnes, en conformité avec les valeurs de la population et en considération des ressources consenties. Dans la présente section, l'ensemble des dépenses et des mesures fiscales de l'écosystème SAD sont considérées.

Notre analyse de la valeur consiste, d'une part, à évaluer dans quelle mesure des résultats ont été produits pour les citoyens des différentes régions du Québec et, d'autre part, à apprécier ces résultats en fonction des coûts du système pour les produire, selon le rapport suivant :

$$\text{Valeur} = \frac{\text{Résultats importants pour les personnes}}{\text{Coûts totaux de l'écosystème SAD}}$$

3.3.1. Quels sont les résultats importants pour les personnes ?

Dans sa politique de soutien à domicile de 2003, le gouvernement du Québec visait à ce que le soutien à domicile soit toujours envisagé comme l'option à privilégier, dans le respect du choix des personnes (MSSS, 2003). Cet objectif, toujours présent dans la mise à jour de la politique (MSSS, 2023), figure également au Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 (MSSS, 2022). En effet, cette volonté des personnes de demeurer chez elles le plus longtemps possible entourées de leurs proches est toujours d'actualité, comme le rapportait un sondage mené en 2021 selon lequel le maintien à domicile représente le premier choix de 71 % des Québécois (RCEESAD, 2021).

Dans cette perspective, deux indicateurs ont été développés afin de mesurer, d'une part, le pourcentage de jours à domicile (ou hors institutions[5]) durant les six derniers mois de vie des personnes âgées de 65 ans et plus et, d'autre part, le pourcentage de décès à domicile et

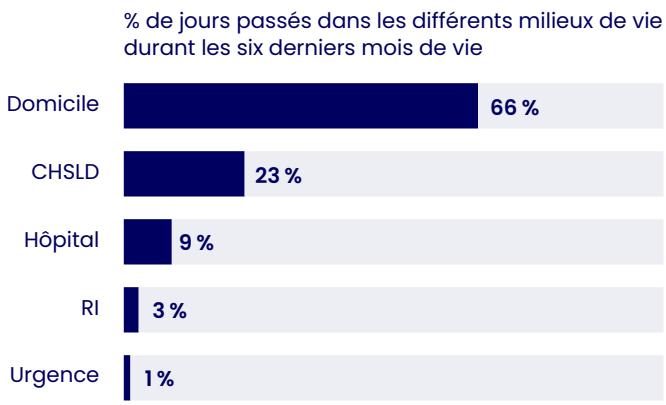
5 Dans cet indicateur, le nombre de jours à domicile ou hors institutions correspond à la différence entre 180 jours et le nombre de jours passés à l'urgence plus d'une journée, en séjour hospitalier de courte durée, en CHSLD et en RI.

dans la communauté[6] chez les personnes âgées de 65 ans et plus (pour plus de détails sur ces indicateurs, consulter l'Annexe B). Bien que le SAD s'adresse à une clientèle plus large, nous avons produit ces indicateurs chez les personnes âgées de 65 ans et plus puisqu'elles représentent la majorité des usagers.

Les résultats concernant l'indicateur sur les jours à domicile montrent que, dans l'ensemble du Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 ont passé 66 % de leurs journées à domicile durant les six derniers mois de leur vie, ce qui équivaut à 118 jours sur 180 (figure 8). Ce pourcentage varie d'une région à l'autre, passant de 61 % à Montréal à 70 % dans la région de Chaudière-Appalaches (figure 9). C'est donc dire que les résidents de Montréal de 65 ans et plus ont passé, en moyenne, 110 jours à domicile et 70 jours en institutions (hôpital, CHSLD ou RI) dans les six derniers mois de leur vie, tandis que les résidents de Chaudière-Appalaches ont passé 127 jours à domicile et 53 jours en institutions pour la même période.

Figure 8. Les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 ont passé 66 % de leurs journées à domicile durant les six derniers mois de leur vie, ce qui représente en moyenne 118 jours à domicile et 62 jours en institutions

Répartition du pourcentage de jours passés dans les différents milieux de vie durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020, ensemble du Québec

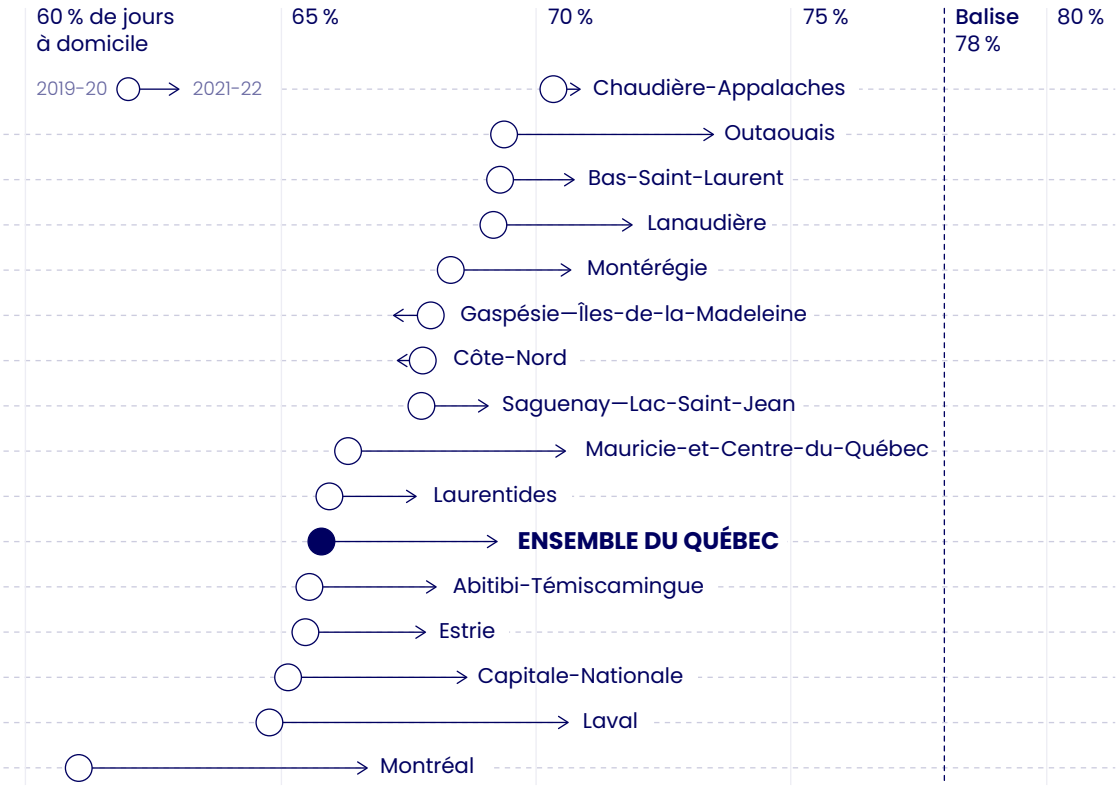


Note : Le total des pourcentages est supérieur à 100 % en raison du chevauchement de certains jours pour différents milieux de vie.

6 Le lieu de décès est établi au domicile ou dans la communauté lorsque que celui-ci est identifié dans le fichier des décès comme étant le domicile de la personne décédée (codeEtablissement = 97000000) ou comme étant hors installation et hors domicile (codeEtablissement= 98000000). Cette dernière catégorie inclut, par exemple, les décès dans une maison secondaire, dans la rue, chez un ami ou encore dans une installation privée.

Figure 9. En 2019-2020, le pourcentage de jours à domicile dans les six derniers mois de vie des personnes âgées de 65 ans et plus varie d'une région à l'autre, passant de 61 % à Montréal à 70 % dans la région de Chaudière-Appalaches

Pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 et 2021-2022, par RSS



La figure 10 démontre que, dans l'ensemble du Québec, le pourcentage de jours à domicile dans les six derniers mois de vie est demeuré relativement stable depuis 2015-2016, mais qu'il a légèrement augmenté avec la pandémie pour s'élever à 69 % en 2021-2022. Il en est de même pour la plupart des régions. Il est possible que cette amélioration représente un artéfact de la pandémie plutôt qu'une véritable amélioration des résultats propres à l'écosystème SAD – le temps nous dira si celle-ci se traduit en une véritable tendance. Mentionnons que cette légère augmentation en 2021-2022, par rapport à 2019-2020, représente tout de même, en moyenne, 7 jours de plus à domicile par personne décédée de 65 ans et plus et donc, au total, 674 521 jours de plus hors des institutions. Par ailleurs, la relative stabilité de cet indicateur dans le temps contraste avec la forte croissance des dépenses et des mesures fiscales en SAD au cours des dernières années, dont l'effet sur le maintien à domicile durant la fin de vie semble modeste (figure 11).

Figure 10. Malgré une certaine stabilité depuis 2015-2016, le pourcentage de jours à domicile dans les six derniers mois de vie a légèrement augmenté avec la pandémie — ce qui représente au total environ 675 000 jours de plus hors des institutions

Évolution du pourcentage et du nombre moyen de jours à domicile durant les six derniers mois de vie des personnes âgées de 65 ans et plus décédées au cours de l'année financière

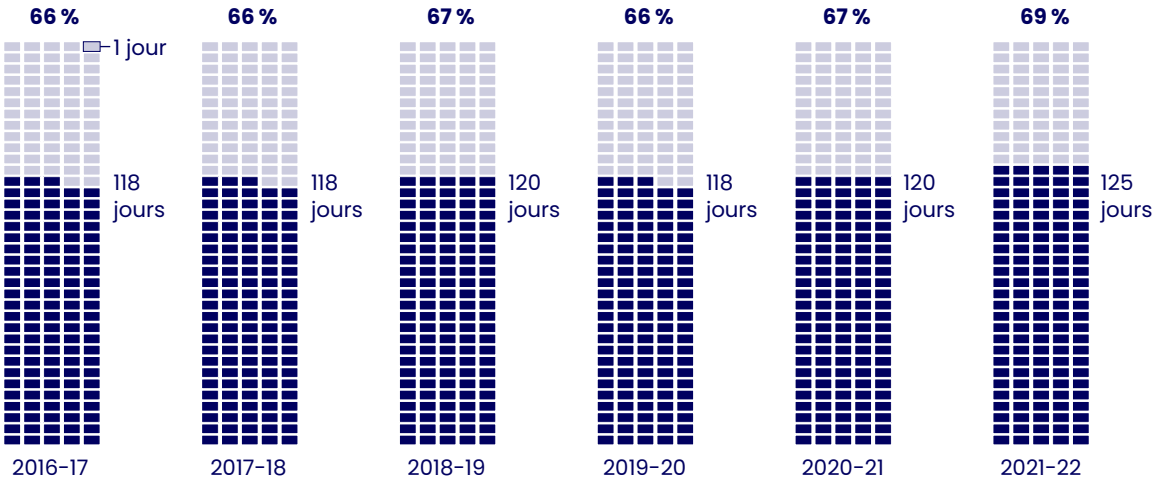
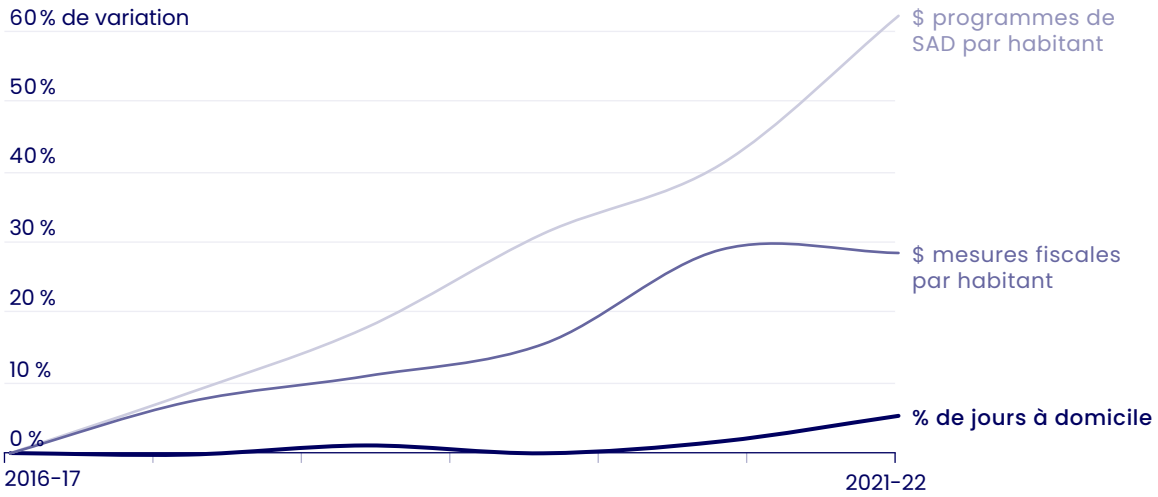


Figure 11. La relative stabilité de l'indicateur sur le pourcentage de jours à domicile dans les six derniers mois de vie contraste avec la forte croissance des dépenses publiques en SAD au cours des dernières années

Variations entre 2016-2017 et les années subséquentes du pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie des personnes âgées de 65 ans et plus et des dépenses et mesures fiscales (en $ courants) de l'écosystème SAD par habitant



Bien que le temps passé à la maison dans les derniers mois de vie soit de plus en plus reconnu dans la littérature comme une mesure de résultats importants pour les personnes, peu d'information est disponible pour nous permettre d'établir une balise d'excellence (Gill et al., 2019). À défaut de ne pouvoir comparer nos résultats à une norme internationale ou à une étude canadienne se rapportant à l'ensemble des personnes âgées, nous avons calculé une balise empirique à partir d'une étude américaine réalisée auprès de bénéficiaires de Medicare[7] décédés en 2012 et en 2013, laquelle a produit un indicateur comparable à celui du CSBE sur les jours à domicile. Selon cette étude, le pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie dans l'ensemble des États-Unis s'élevait à 73 %, ce qui équivaut à 131 jours sur 180. Ce pourcentage variait passablement selon les 306 régions comparées, allant de 66 % à 81 % (Groff et al., 2016). En moyenne, les 46 régions dont le nombre moyen de jours à domicile était le plus élevé (soit celles au-delà du 85e percentile) affichaient un pourcentage de jours à domicile dans les six derniers mois de vie de 78 %, soit l'équivalent de 140 jours sur 180. Si nous comparons les résultats du Québec à cette valeur, nous constatons que celle-ci n'est atteinte dans aucune région du Québec, autant en 2019-2020 qu'en 2021-2022.

Bien qu'il soit difficile de se prononcer sur le niveau de performance du Québec en termes de jours à domicile dans les derniers mois de vie, nos résultats laissent supposer qu'il y a place à l'amélioration. En effet, si le Québec avait atteint cette valeur de référence en 2019-2020, 1 220 479 jours supplémentaires auraient pu être passés à domicile plutôt qu'en institutions dans les six derniers mois de vie des personnes décédées âgées de 65 ans et plus — ce qui représente 382 920 jours supplémentaires à Montréal uniquement. Par conséquent, l'atteinte de cette balise aurait permis de libérer des places en institutions pour les personnes avec des besoins.

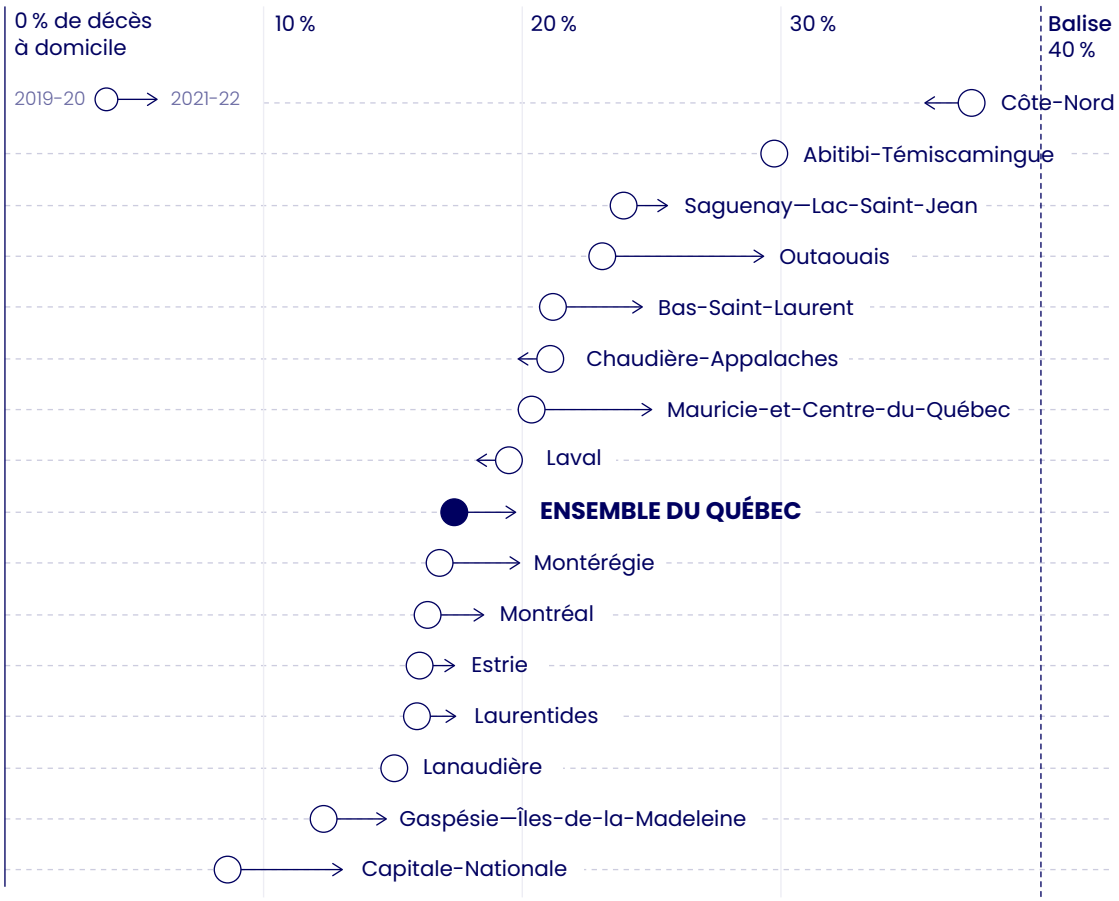
Notre indicateur sur le lieu de décès démontre que 17 % des personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 au Québec sont décédées à leur domicile ou dans la communauté. Ce pourcentage varie de façon importante d'une région à l'autre, passant de 9 % dans la Capitale-Nationale à 37 % dans la région de la Côte-Nord (figure 12). Il est à noter que le pourcentage de décès à domicile dans l'ensemble du Québec, assez stable depuis 2015-2016, a augmenté jusqu'à 20 % durant les deux premières années de la pandémie.

7 Medicare est un programme américain d'assurance-maladie conçu pour aider les personnes âgées à faire face aux frais hospitaliers, médicaux et autres. Il est disponible pour la plupart des personnes âgées de 65 ans et plus. L'assurance-maladie a également été étendue aux personnes de moins de 65 ans qui reçoivent certaines prestations d'invalidité et à celles qui souffrent d'insuffisance rénale terminale.

Nous avons réalisé une revue de littérature afin d'identifier une valeur de référence à laquelle se comparer. Pour ce faire, nous avons retenu une étude américaine réalisée en 2018 auprès de bénéficiaires de Medicare décédés en 2015 qui rapporte que 40 % d'entre eux sont décédés à domicile ou dans la communauté (Teno et al., 2018). En se comparant à cette étude, on constate qu'aucune région du Québec n'atteint ce seuil, autant en 2019-2020 qu'en 2021-2022.

Figure 12. Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus décédées à domicile en 2019-2020 varie de façon importante d'une région à l'autre, passant de 9 % dans la Capitale-Nationale à 37 % dans la région de la Côte-Nord

Pourcentage de décès à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 et en 2021-2022, par RSS



3.3.2. Dans quelle mesure les services de l'écosystème SAD créent-ils de la valeur ?

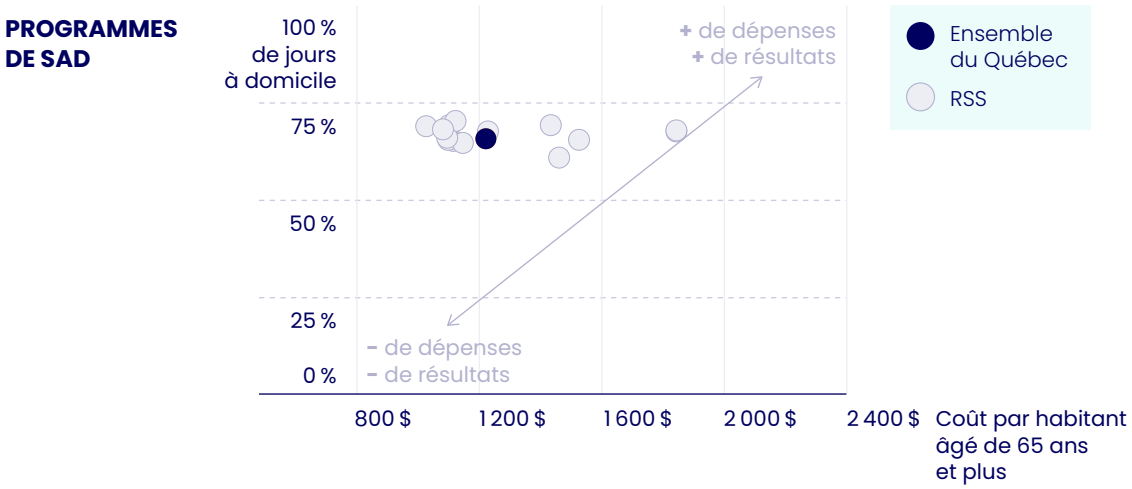
Pour évaluer dans quelle mesure les services et les programmes du SAD permettent de créer de la valeur, la mesure présentée ci-haut sur les jours passés à domicile durant les six derniers mois de vie a été retenue. Les données de 2019-2020 ont été privilégiées, plutôt que celles plus récentes, afin que les effets potentiels de la pandémie ne soient pas pris en compte. Cet indicateur représente un résultat important pour les personnes qui est attendu des différents programmes de SAD. Il permet d'évaluer dans quelle mesure le principal objectif de l'écosystème SAD, soit le maintien à domicile des personnes le plus longtemps possible dans le respect de la volonté des individus, est atteint. Notre approche analytique consiste à mettre en relation cet indicateur avec les coûts (par habitant âgé de 65 ans et plus) des programmes publics financés par le MSSS, et ce, pour l'ensemble des RSS.

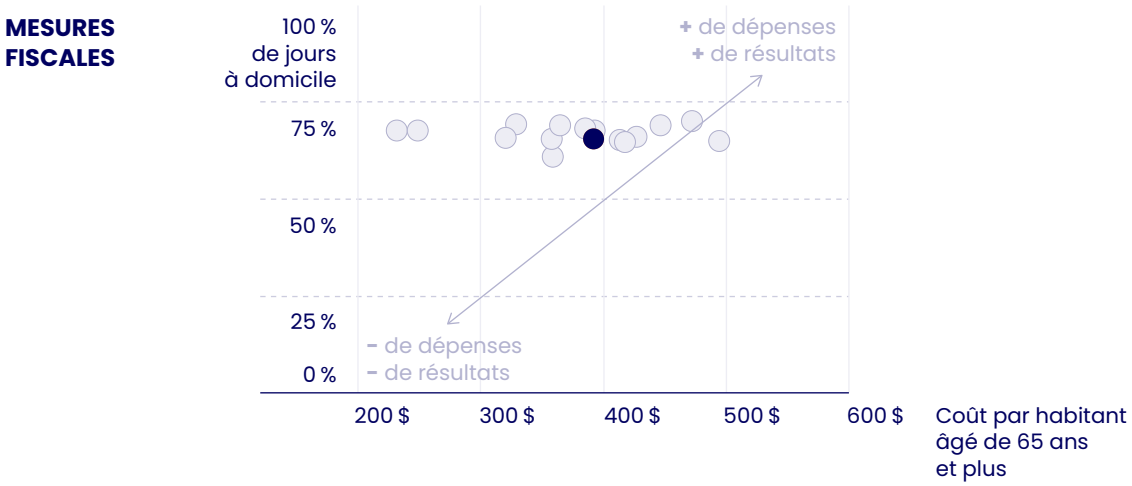
Certains pourraient s'attendre à ce que des dépenses plus élevées en SAD dans certaines régions se traduisent par plus de services et, donc, par plus de jours à domicile pour les personnes. Or, notre analyse montre que le pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie n'est pas associé aux sommes dépensées dans les programmes ou dans les mesures fiscales (coefficient de corrélation = -0,08 et -0,03, respectivement). En d'autres termes, les régions qui offrent plus de services en SAD ne permettent pas de maintenir plus longtemps leurs résidents à domicile. Une étude américaine réalisée en 2016 arrivait à ces mêmes constats et suggérait que les organisations qui se démarquaient étaient possiblement celles dont les services étaient réellement organisés autour de cet objectif, soit que les personnes passent plus de jours à la maison (Groff et al., 2016).

Notre analyse fait également la démonstration que les résidents de certaines régions demeurent à domicile aussi longtemps que ceux d'autres régions où les dépenses et les mesures fiscales en SAD sont beaucoup plus élevées. Ainsi, certaines régions produisent plus de valeur en termes de jours à domicile durant les derniers mois de vie par rapport aux ressources consenties pour y parvenir (figure 13).

Figure 13. Le pourcentage de jours vécus à domicile durant les six derniers mois de vie n'est pas associé aux sommes dépensées dans l'écosystème SAD

Pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 selon les dépenses et les mesures fiscales de l'écosystème SAD par habitant âgé de 65 ans et plus, par RSS





Qu'en retient le CSBE ?

Le CSBE a mesuré le nombre moyen de jours passés à domicile au cours des six derniers mois de vie et le pourcentage de décès à domicile chez les personnes âgées, lesquels représentent des résultats importants pour les personnes. Bien que ces mesures ne couvrent pas tous les résultats attendus de l'écosystème SAD et ne ciblent pas toutes les clientèles visées, elles sont néanmoins importantes puisque directement alignées sur les objectifs de la politique ministérielle du SAD *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003).

À la lumière de ces analyses, on apprend qu'au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 ont passé 66 % de leurs six derniers mois de vie à domicile — elles ont donc passé en moyenne 62 jours en institutions. Toujours parmi ces mêmes personnes, 17 % sont décédées à domicile. Certaines juridictions comparables atteignent de meilleurs résultats à l'égard de ces indicateurs.

Le CSBE observe également que le pourcentage de jours vécus à domicile durant les six derniers mois de vie n'est pas associé aux dépenses et aux mesures fiscales de l'écosystème SAD. Ceci suggère que l'effort financier actuel en SAD n'arrive pas à assurer un maintien à domicile au moment où cela compte pour les personnes.

3.4 Analyse de l'équité

Selon le cadre d'évaluation de la performance du CSBE, l'équité se décrit comme l'absence d'écarts injustes et évitables, relatifs (ICIS, 2018) aux différentes dimensions de la performance (Thiebaut et al., 2020), entre différents groupes définis selon des facteurs socioéconomiques, démographiques et géographiques (Irwin et Scali, 2018). L'équité est une dimension transversale du modèle de performance puisqu'elle se décline en équité de ressources, d'accès, de qualité et de résultats.

En conformité avec le mandat qui nous a été confié d'évaluer notamment l'équité du financement des programmes de SAD, la présente section s'intéresse aux variations entre les différents territoires en matière de répartition des ressources financières qui y sont consacrées et en matière de résultats qui sont importants pour la population.

3.4.1. Équité des ressources

Comme nous l'avons vu plus haut, les dépenses et les mesures fiscales en SAD varient grandement d'une région à l'autre. Afin d'expliquer cette variation interrégionale, nous avons analysé les dépenses par habitant du volet aide à domicile de l'écosystème SAD en fonction du pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant déclaré un besoin en AVQ (selon les données de l'ESCC 2017-2018, voir chapitre 2). Comme présenté à la figure 14, on remarque que ces dépenses sont assez bien corrélées à la part de personnes ayant des besoins (r = 0,4 autant pour les dépenses relatives aux programmes qu'aux mesures fiscales). Lorsque l'on combine ces dépenses des programmes relatifs à l'aide à domicile et les mesures fiscales, cette corrélation avec les besoins est d'autant plus forte (r = 0,6). Cette analyse suggère que les ressources financières en SAD sont réparties, du moins en partie, en fonction des besoins de la population.

Malgré cette distribution de l'effort financier en SAD qui semble suivre en partie les besoins, lorsqu'on rapporte les dépenses par rapport au nombre de personnes ayant des besoins en SAD[8], certaines variations entre les régions demeurent. En effet, pour ce qui est des dépenses des programmes relatifs à l'aide à domicile, elles passent pratiquement

8 Dans chacune des régions, le nombre de personnes de 18 ans et plus ayant des besoins en AVQ en 2019-2020 a été estimé en multipliant le pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant déclaré un tel besoin selon l'ESCC 2017-2018, au nombre de personnes âgées de 18 ans et plus en 2019-2020 selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

du simple au triple avec 1341$ par personne ayant un besoin dans la région de Lanaudière à 3930$ dans la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Pour ce qui est des dépenses relatives aux mesures fiscales, elles passent de 987$ par personne ayant des besoins en AVQ dans la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine à 2352$ dans la région de la Capitale-Nationale (figure 15). Malgré certaines limites inhérentes aux données ayant permis d'estimer les besoins populationnels, ces résultats portent à croire qu'il existe, selon les régions, différentes modalités pour répondre aux besoins de la population.

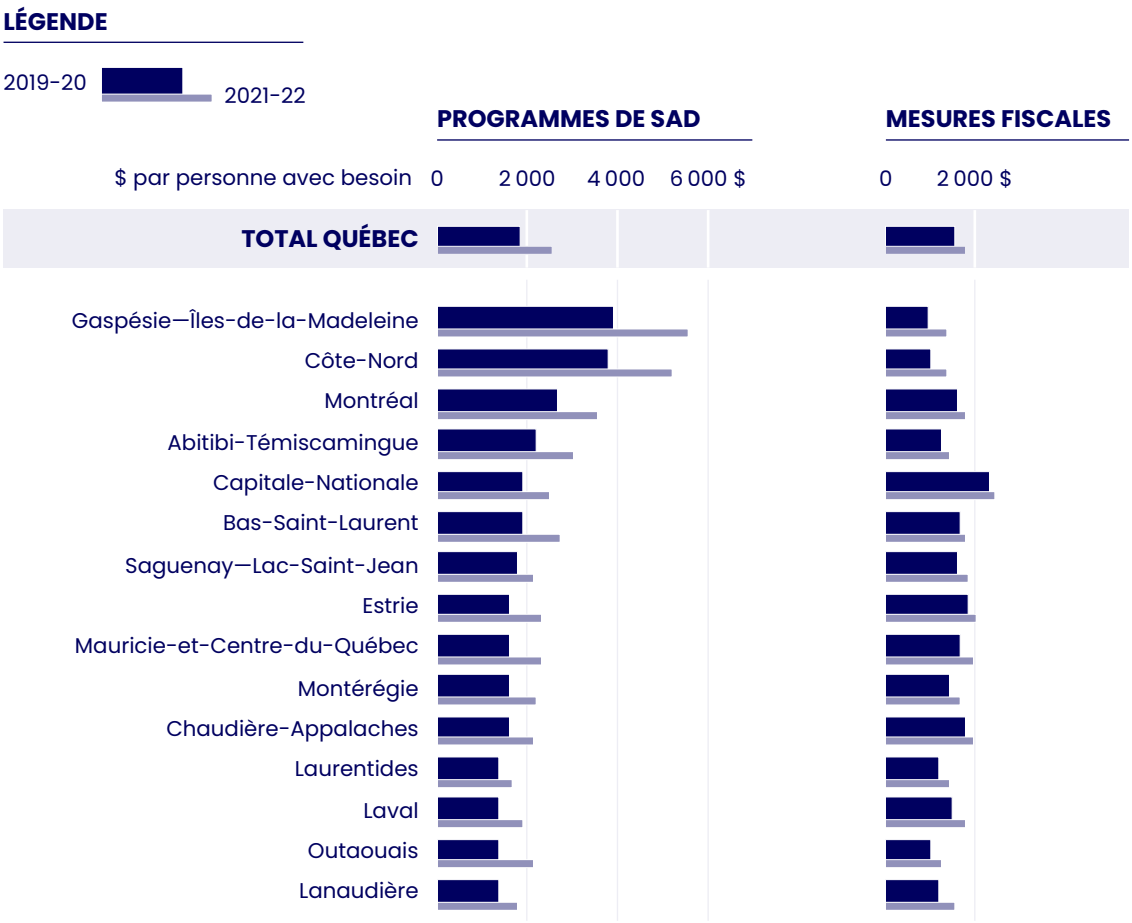
Figure 14. Les dépenses en SAD et l'effort fiscal semblent être répartis, du moins en partie, en fonction des besoins populationnels des différentes régions

Dépenses par habitant des programmes (aide à domicile) et des mesures fiscales du SAD en fonction du pourcentage de personnes de 18 ans et plus ayant déclaré un besoin en AVQ[1], par RSS, 2019-2020

1. Besoins estimés à partir des données de l'ESCC 2017-2018.

Figure 15. Les dépenses des programmes de SAD relatifs à l'aide à domicile selon le nombre de personnes ayant des besoins en AVQ varient pratiquement du simple au triple d'une région à l'autre

Dépenses des programmes (aide à domicile) et des mesures fiscales de SAD par personne de 18 ans et plus ayant un besoin en SAD[1], par RSS, 2019-2020 et 2021-2022



1. Estimé à partir des pourcentages de personnes ayant déclaré un besoin en AVQ selon l'ESCC de 2017-2018 appliqué aux tailles de population de 2019-2020 et de 2021-2022 selon les estimations de population de l'ISQ.

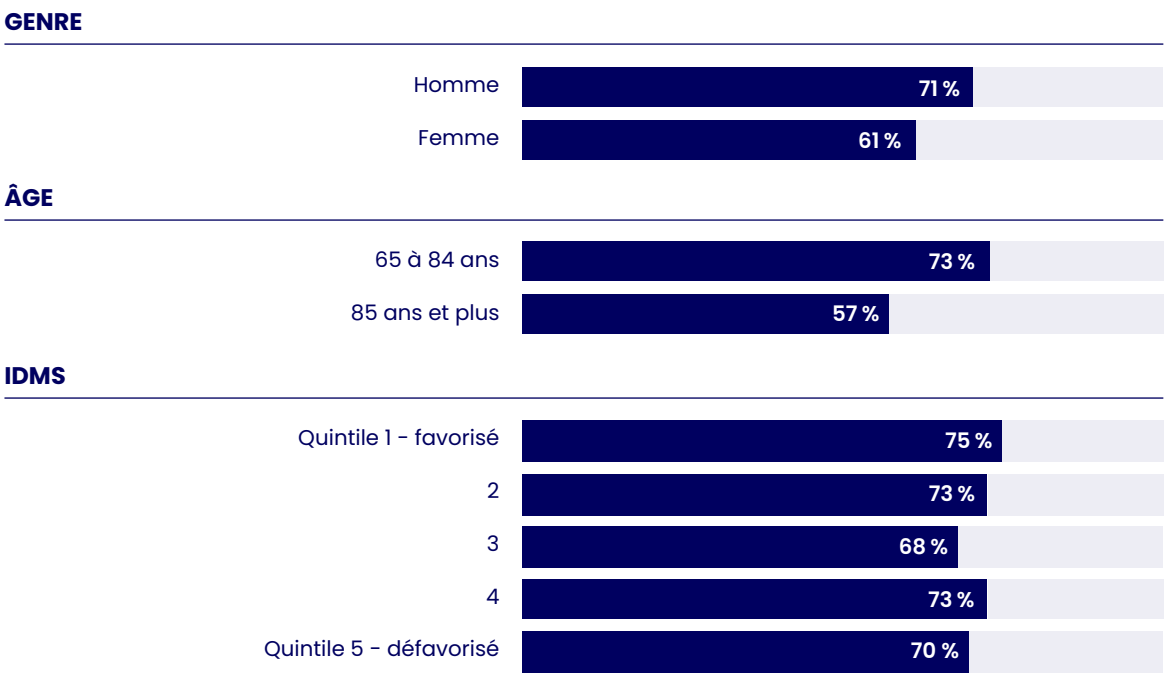
3.4.2. Équité des résultats

Pour évaluer si les résultats produits en matière de soutien à domicile varient selon différentes caractéristiques personnelles, nous avons analysé les deux indicateurs de résultats sur le maintien et le décès à domicile (présentés à la section 3.3.1) en fonction du groupe d'âge,

du sexe et de l'indice de défavorisation sociale et matérielle (IDMS)[9], et ce, à l'échelle provinciale. Notre analyse révèle que le pourcentage de jours à domicile durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées en 2019-2020 et le pourcentage de décès à domicile chez ce même segment de la population est plus faible chez les personnes âgées de 85 ans et plus, chez les femmes et chez les personnes se situant dans les quintiles moins favorisés sur les plans matériel et social (figure 16 et 17).[10]

Figure 16. Les femmes, les personnes âgées de 85 ans et plus et les personnes moins favorisées sur les plans matériel et social passent moins de jours à domicile en fin de vie

Pourcentage de jours à domicile (hors institutions) durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées à domicile en 2019-2020, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

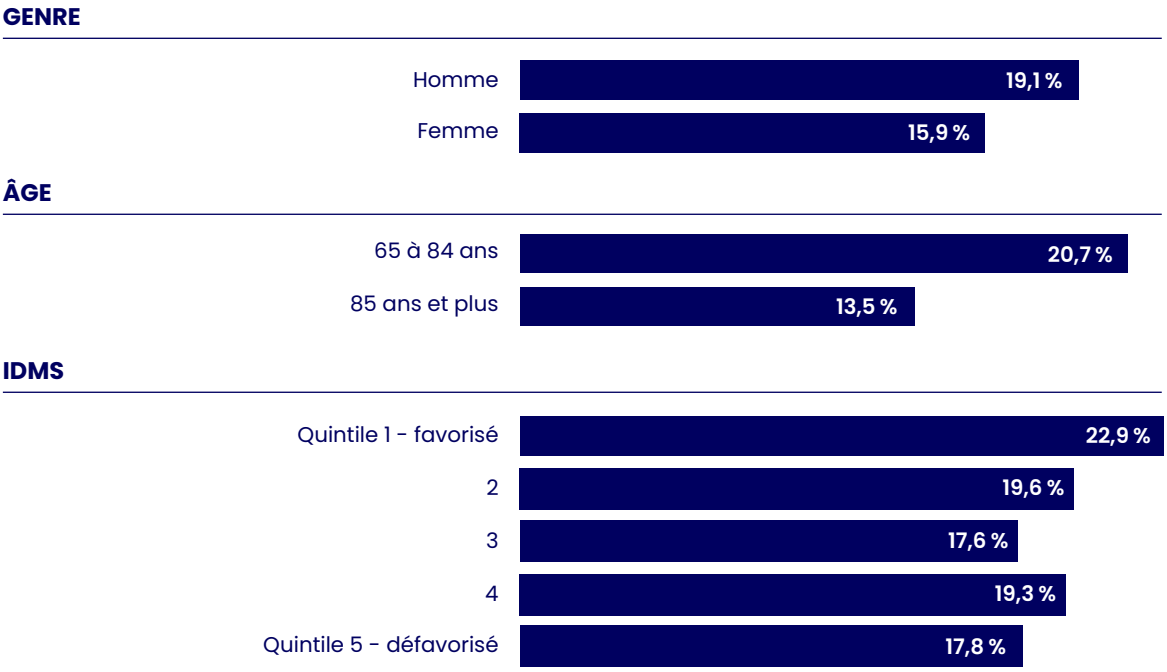


9 L'IDMS est composé de certaines caractéristiques socioéconomiques de la population d'un territoire et a souvent été utilisé comme substitut d'information sur le statut socioéconomique des individus. Un indice combiné qui tient compte des dimensions matérielle et sociale a été utilisé tel que suggéré dans la documentation technique de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (1re option page 3; INSPQ, 2019). La dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante des personnes résidant dans un territoire et ayant comme conséquence un manque de ressources matérielles (évaluée par l'éducation, l'emploi et le revenu). La dimension sociale renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté (évaluée par le fait de vivre seul, d'être monoparental et d'être séparé, divorcé ou veuf).

10 Nous avons mené des analyses multivariées qui ont confirmé que ces associations demeuraient statistiquement significatives lorsque nous contrôlions pour des variables confondantes telles que la région de résidence et la cause du décès.

Figure 17. Les femmes, les personnes âgées de 85 ans et plus et les personnes moins favorisées sur les plans matériel et social décèdent moins souvent à domicile en fin de vie

Pourcentage de décès à domicile (hors institutions) chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées à domicile en 2019-2020, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

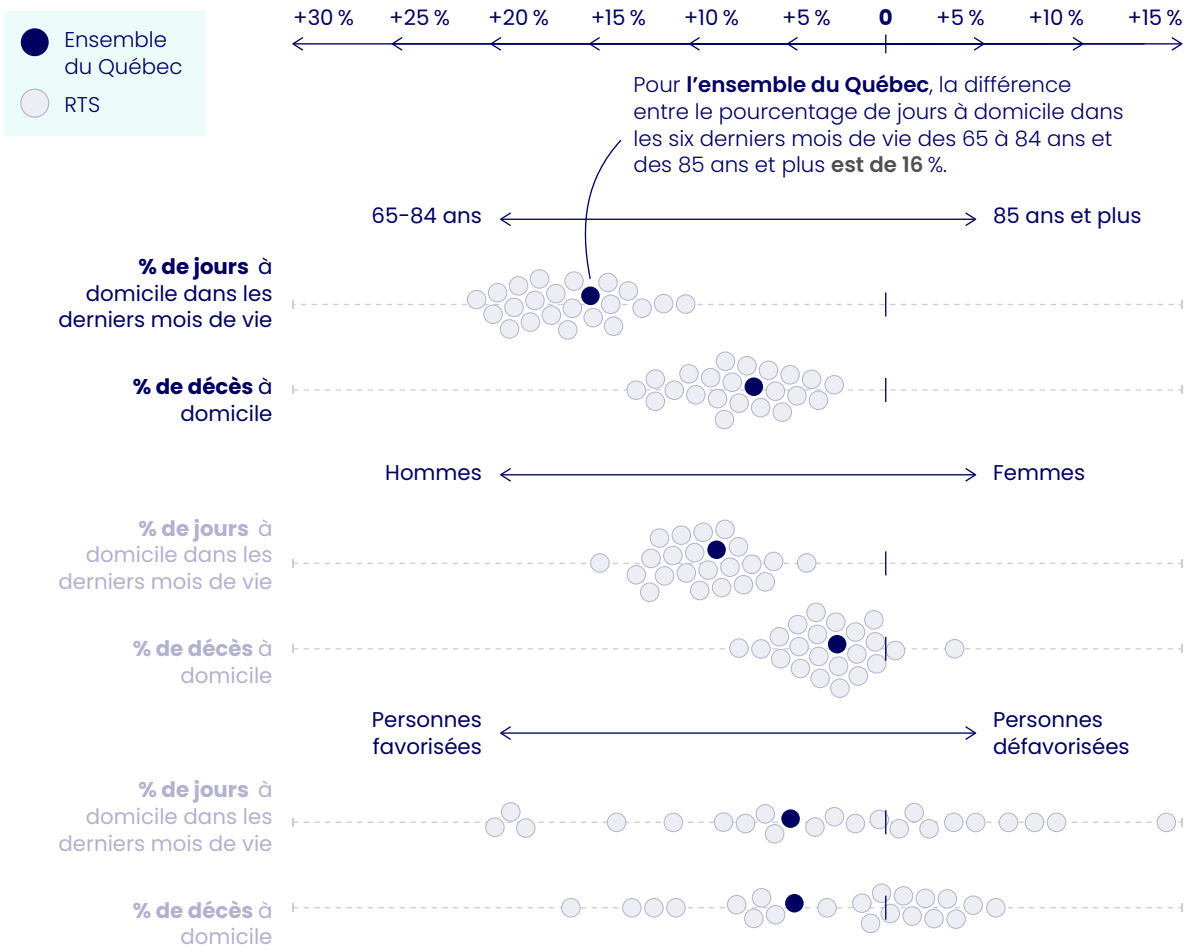


De plus, nous avons réalisé une analyse territoriale pour évaluer si ces mêmes associations entre les groupes comparés étaient observées dans chacun des RTS. Pour ce faire, nous avons analysé les deux indicateurs d'intérêt selon les mêmes variables de croisement, mais exprimées en deux catégories, tel qu'illustré à la figure 18. Ainsi, dans chaque RTS, nous avons calculé la différence (en points de %) de chaque indicateur entre les groupes suivants : 65-84 ans et 85 ans et plus; hommes et femmes; personnes favorisées (quintile 1) et personnes défavorisées (quintile 5).

Les résultats de cette analyse suggèrent que dans la majorité des territoires, les personnes âgées de moins de 85 ans et les hommes passent plus de jours à domicile en fin de vie et décèdent plus souvent à domicile comparativement aux personnes plus âgées et aux femmes. En ce qui a trait à la défavorisation matérielle et sociale, davantage de variation est observée entre les territoires. En effet, soulignons que dans environ la moitié des RTS, les personnes favorisées passent plus de jours à domicile en fin de vie que les personnes défavorisées. La situation est semblable pour le pourcentage de décès à domicile (figure 18).

Figure 18. Dans la majorité des territoires, les personnes âgées de moins de 85 ans et les hommes passent plus de jours à domicile en fin de vie et décèdent davantage à domicile ; concernant la défavorisation matérielle et sociale, une plus grande variation est observée entre les territoires

Écarts des valeurs de deux indicateurs de résultats de l'écosystème SAD entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020



COMMENT INTERPRÉTER CETTE FIGURE ?

Zone de gauche : Meilleur résultat de l'indicateur chez les personnes âgées de 65 à 84 ans, chez les hommes et chez les personnes plus favorisées sur les plans matériel et social.

Zone de droite : Meilleur résultat de l'indicateur chez les personnes âgées de 85 ans et plus, chez les femmes et chez les personnes plus défavorisées sur les plans matériel et social.

Qu'en retient le CSBE ?

Les dépenses et les mesures fiscales de SAD entre les différentes régions semblent être réparties, du moins en partie, en fonction des besoins populationnels.

Bien que le système semble adapter son offre pour répondre aux besoins populationnels, certaines inégalités semblent exister en matière de résultats attendus des services de SAD. En effet, nos mesures (jours à domicile durant les six derniers mois de vie et décès à domicile) présentent globalement de moins bons résultats chez les personnes âgées de 85 ans et plus, chez les femmes et chez les personnes très défavorisées sur les plans matériel et social.

4

LA PERFORMANCE DES SERVICES DE SAD SOUS LA GOUVERNE DES CI(U)SSS

Qu'en retient le CSBE?

4.1 Contexte – p. 41

4.1.1. Quels sont les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS ?

4.1.2. Qui sont les usagers ?

4.2 Niveau de prise en charge des usagers du SAD – p. 49

4.2.1. Caractérisation de la prise en charge des usagers du SAD long terme

4.2.2. L'intensité des services reçus par les usagers du SAD répond-elle à leurs besoins ?

4.3 Appréciation de la performance globale des services de SAD des CI(U)SSS – p. 56

4.3.1. Structure et ressources

4.3.1.1. Ressources du système

4.3.1.2. Viabilité

4.3.2. Services et processus

4.3.2.1. Arrimage aux besoins de la population

4.3.2.2. Accessibilité

4.3.2.3. Productivité

4.3.2.4. Pertinence

4.3.3. Résultats

4.3.3.1. Efficacité

4.3.4. Synthèse des résultats d'appréciation de la performance

4.3.5. Équité

4.3.5.1. Couverture des services de SAD selon les besoins

4.3.5.2. Analyse de l'équité relative à la performance

4.3.6. Analyse de la valeur

Ce chapitre porte un regard sur le programme des soins et des services de soutien à domicile sous la gouverne des CI(U)SSS offerts par les CLSC, le plus important en termes de dépenses publiques dans l'écosystème SAD. En premier lieu, on y décrit les services rendus, les usagers qui y sont desservis et leur niveau de prise en charge. Par la suite, une analyse de la performance, dimension par dimension, y est présentée. Dans tout le chapitre, l'année financière 2019-2020 est utilisée comme année de référence afin de dresser un état de situation qui ne soit pas influencé par la pandémie. Cela dit, les résultats de performance de l'année 2021-2022 sont également rapportés afin d'évaluer la situation après deux ans de pandémie. De plus, l'évolution de la performance entre 2017-2018 et 2019-2020 a aussi été documentée.

4.1 Contexte

4.1.1. Quels sont les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS ?

TYPE DE SERVICES

Bien que l'offre de services directs du CI(U)SSS comprenne d'autres types de services (voir Tome 1, tableau 3), le présent chapitre se concentre sur les interventions correspondant aux services suivants sous la gouverne des CLSC, compte tenu de la disponibilité des données :

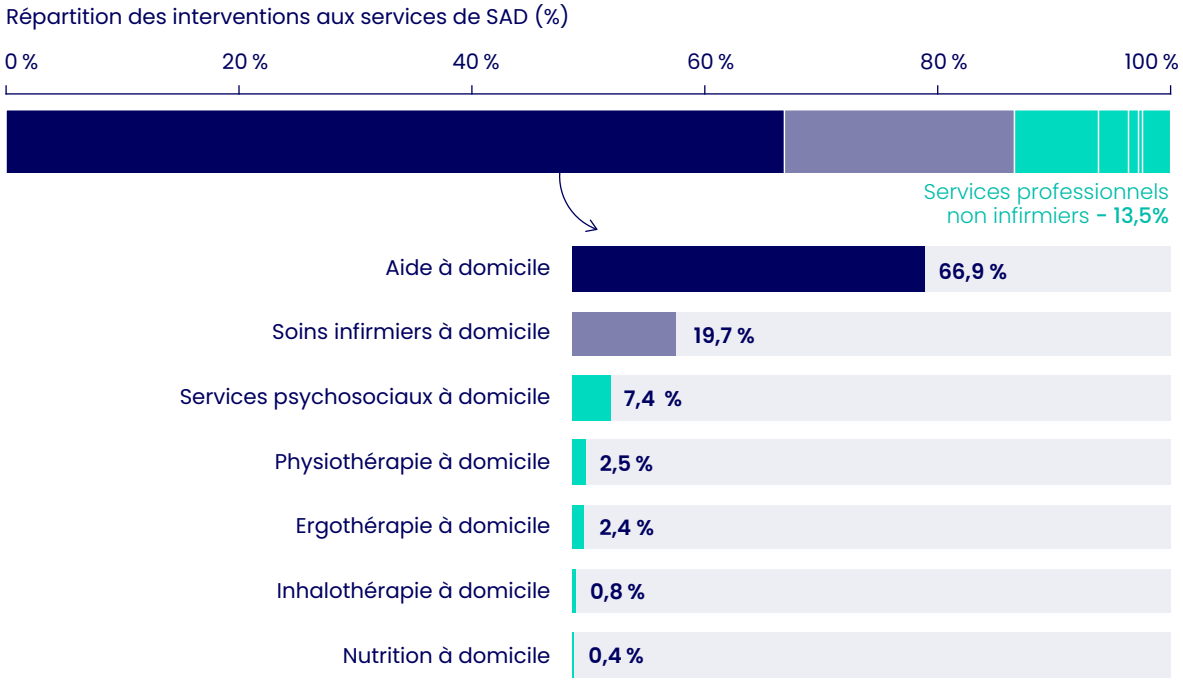
- les soins infirmiers à domicile ;
- les soins et les services professionnels non infirmiers à domicile (services psychosociaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, inhalothérapie) ;
- les services d'aide à domicile, ce qui inclut les services d'assistance personnelle (SAP) aussi appelés services d'assistance aux AVQ, et le service de soutien aux AVD.[11]

Comme l'illustre la figure 19, en 2019-2020, les deux tiers (67 %) des interventions aux services de SAD relèvent de l'aide à domicile ; une intervention sur cinq (20 %) relève des soins infirmiers et un peu plus d'une sur dix (13 %) est réalisée aux services professionnels non infirmiers. Dans cette dernière catégorie, plus de la moitié des interventions relèvent des services psychosociaux.

11 L'aide à domicile offerte par le CLSC ne reflète toutefois pas l'ensemble des services d'aide à domicile que peut recevoir un usager, certains étant dirigés vers le Programme d'allocation directe—chèque emploi-service. Les données sur le nombre d'usagers et les heures de services rendus dans le cadre de ce programme sont disponibles par RTS, mais ces données ne peuvent malheureusement pas être, à l'heure actuelle, associées à l'usager dans I-CLSC. De plus, il est impossible à l'heure actuelle d'évaluer le nombre d'usagers qui bénéficieraient d'aide à domicile offerte par les organismes communautaires.

Figure 19. Les deux tiers (67 %) des interventions aux services de SAD relèvent de l'aide à domicile; une intervention sur cinq (20 %) relève des soins infirmiers et un peu plus d'une sur dix (13 %) est réalisée par d'autres types de professionnels

Répartition des interventions aux services de SAD selon le centre d'activités, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)



LES PROFILS D'INTERVENTION

Les services de SAD ne se limitent pas à une clientèle spécifique et sont accessibles à toutes les personnes susceptibles d'avoir recours au soutien à domicile, quel que soit leur âge.

Les principaux profils d'intervention retrouvés aux services de SAD sont :

- soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA);
- déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme (DITSA);
- déficience physique (DP);
- personnes aux prises avec une maladie chronique;
- personnes en soins palliatifs;
- personnes en soins postopératoires;
- personnes ayant un problème de santé physique court terme;
- toutes autres clientèles[12] (santé mentale, services psychosociaux généraux, jeunes en difficulté, etc.).

12 Ces usagers sont majoritairement desservis dans des centres d'activités spécifiques à leur profil, mais utilisent aussi une faible proportion des interventions aux services de SAD retenues pour la présente étude.

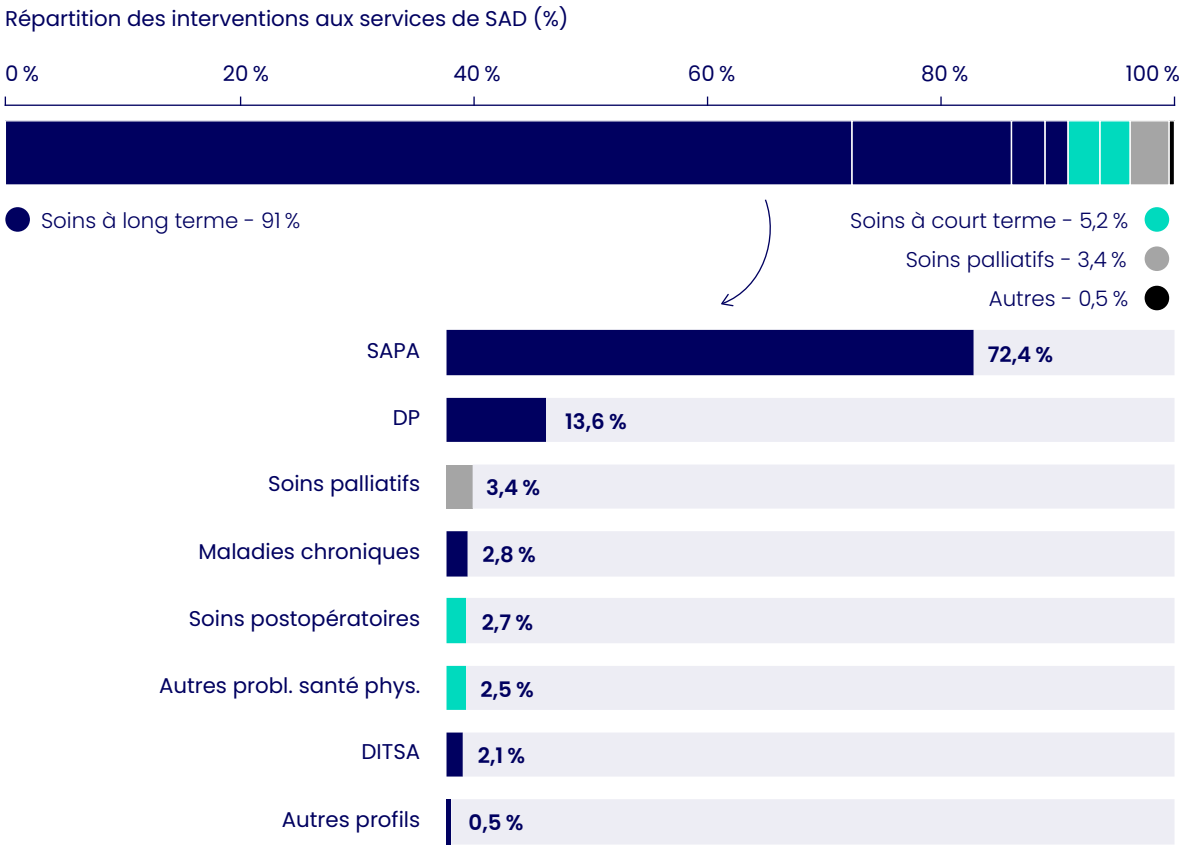
Aux fins d'analyse, sept de ces huit profils sont usuellement regroupés en trois grandes catégories :

- **SAD – long terme :** où l'on peut normalement s'attendre à ce que l'usager soit desservi dans une perspective pluriannuelle (SAPA, DITSA, DP, maladies chroniques).
- **SAD – soins palliatifs :** où l'on peut s'attendre à une augmentation graduelle des services jusqu'à une intensité plus soutenue en fin de vie, quelle qu'en soit la durée.
- **SAD – court terme :** où la période de soins à domicile est circonscrite dans le temps (santé physique courte durée et soins postopératoires).

En 2019-2020, la grande majorité des interventions (91 %) est réalisée aux services de SAD long terme, le profil SAPA accaparant à lui seul 72 % des interventions (figure 20). Les services de SAD court terme comptent pour 5 % des interventions et les soins palliatifs pour 3,4 % des interventions.

Figure 20. Près des trois quarts des interventions aux services de SAD sont réalisées auprès des personnes en perte d'autonomie

Répartition des interventions aux services de SAD selon le profil d'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)



Mentionnons qu'un usager peut être desservi dans plus d'un profil au cours d'une année. Ainsi, on remarque que 74 % des usagers sont desservis au moins une fois dans l'année dans l'un des profils du SAD long terme – ces derniers recevant par ailleurs 91 % des interventions. D'autre part, le tiers des usagers du SAD (33 %) sont desservis aux services de SAD court terme, mais ne reçoivent que 5 % des interventions réalisées aux services de SAD en 2019-2020 (tableau 4).

Tableau 4. Nombre d'interventions et d'usagers différents aux services de SAD (sous la gouverne des CI[U]SSS) selon le profil d'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020

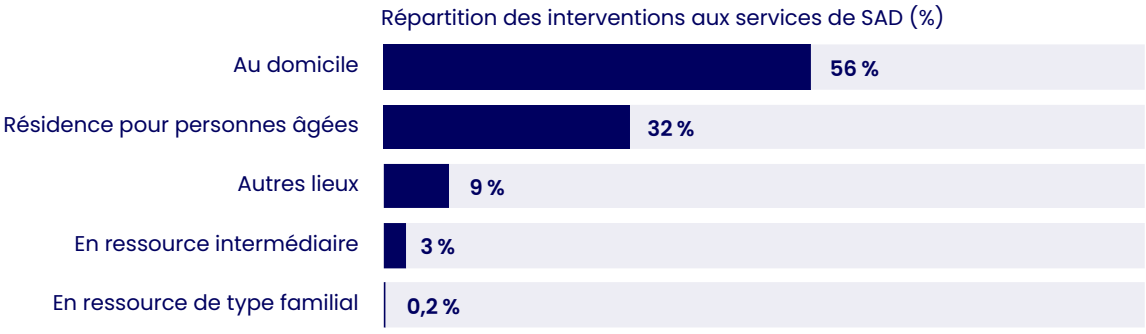
	Nombre d'interventions[1]		Nombre d'usagers différents[2]	
	NB	%	NB	%
ENSEMBLE DU SAD	20 419 354	100,0 %	353 312	100,0 %
SAD long terme	18 556 231	90,9 %	262 593	74,3 %
SAPA	14 792 693	72,4 %	186 165	52,7 %
DP	2 767 660	13,6 %	39 627	11,2 %
DITSA	419 900	2,1 %	23 101	6,5 %
Maladies chroniques	575 978	2,8 %	44 910	12,7 %
Soins palliatifs	700 498	3,4 %	23 411	6,6 %
SAD court terme	1 062 718	5,2 %	115 671	32,7 %
Soins postopératoires	552 280	2,7 %	52 500	14,9 %
Autres problèmes de santé physique	510 438	2,5 %	76 024	21,5 %
Autres profils	99 907	0,5 %	8 997	2,5 %

1. Il s'agit ici du nombre d'interventions réalisées par les intervenants telles qu'enregistrées dans I-CLSC. Rappelons qu'une intervention peut concerner plus d'un usager.
2. Un usager peut avoir été desservi sous plus d'un profil dans l'année. La somme des pourcentages présentés est ainsi supérieure à 100 %.

Le lieu des interventions aux services de SAD inclut non seulement le domicile, mais également les RPA, les RI et les ressources de type familial (RTF). Soulignons que plus de la moitié des interventions ont lieu au domicile (56 %) et que près du tiers (32 %) des interventions aux services de SAD en 2019-2020 ont eu lieu en RPA (figure 21).

Figure 21. Plus de la moitié des interventions ont lieu au domicile et près du tiers des interventions en SAD ont eu lieu en RPA

Répartition des interventions aux services de SAD rendues par les CI(U)SSS selon le lieu de l'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)

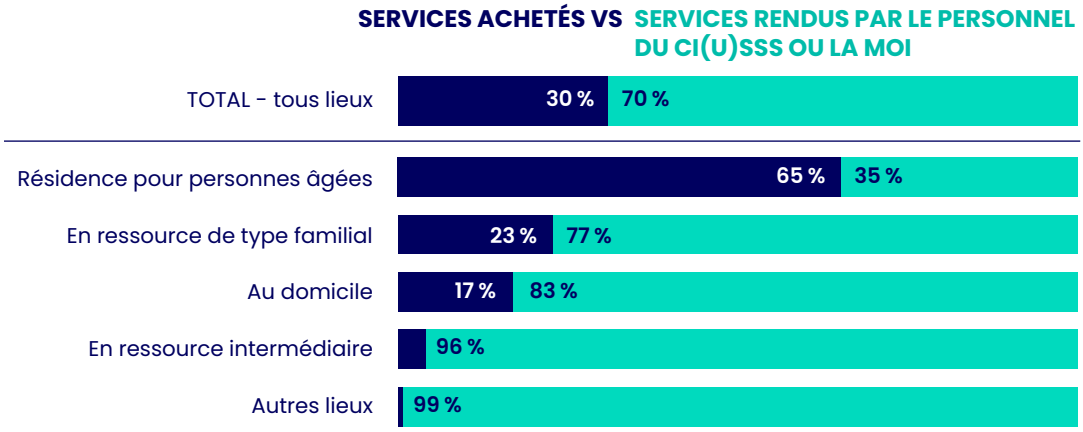


TYPES DE DISPENSATEURS

Les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS ne sont pas tous réalisés par des employés des CI(U)SSS. En effet, comme l'illustre la figure 22, les services achetés[13] caractérisent 31 % des interventions aux services de SAD en 2019-2020. De plus, soulignons que la majorité (65 %) des interventions réalisées en RPA font l'objet d'un achat de services.

Figure 22. Au total, 31 % des interventions en SAD sous la gouverne des CI(U)SSS font l'objet d'un achat de services — en RPA, c'est le cas de 65 % des interventions

Part relative des interventions réalisées par le personnel du CI(U)SSS ou la main-d'œuvre indépendante (MOI) ou en services achetés selon le lieu de l'intervention, ensemble du Québec, 2019-2020 (n=20,4 M)



4.1.2. Qui sont les usagers ?

En 2019-2020, le Québec compte 353 312 usagers ayant reçu des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS. Parmi ceux-ci, 76 % sont âgés de 65 ans et plus et 58 % sont des femmes. Également, plus du tiers des usagers (37 %) se situent dans les deux quintiles les plus défavorisés sur les plans matériel et social.

En ce qui a trait à l'utilisation des services de santé de ces usagers, on constate que la très grande majorité (94 %) est inscrite auprès d'un médecin de famille. Soulignons également que, malgré cette prise en charge par les médecins de famille, près de la moitié (47 %) des usagers ont fréquenté l'urgence et près du tiers (31 %) ont été hospitalisés au cours de l'année financière.

13 Ces services achetés, tels que présentés dans le Tome 1, se concentrent sur l'aide à domicile. De plus, aucune donnée sur le nombre d'heures travaillées dans le cadre de ces services n'est disponible.

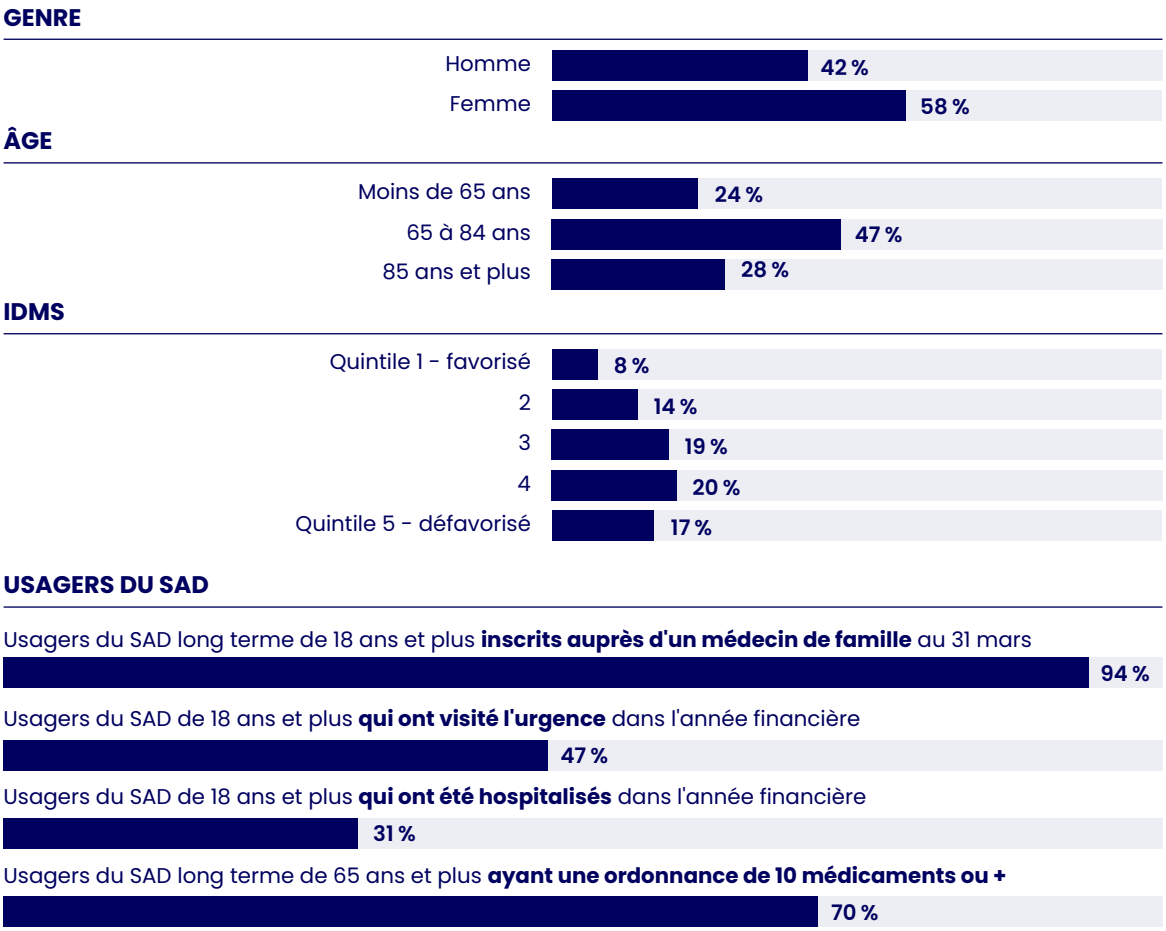
De plus, on remarque que les usagers du SAD de 65 ans et plus sont de grands consommateurs de médicaments, 70 % d'entre eux ayant une ordonnance de 10 médicaments et plus active en 2019-2020 (figure 23).

NOTEZ BIEN

Dans le présent chapitre, un usager est défini comme une personne ayant reçu, au moins une fois dans l'année, une intervention dans l'un ou l'autre des sept centres d'activités correspondant aux services de SAD à l'étude (voir section 4.1.1).

Figure 23. Les usagers du SAD sont davantage des femmes, des personnes âgées et des personnes défavorisées sur les plans matériel et social, soit les mêmes groupes qui rapportent plus de besoins

Caractéristiques sociodémographiques[1] des usagers du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS et utilisation de certains services de santé, ensemble du Québec, 2019-2020



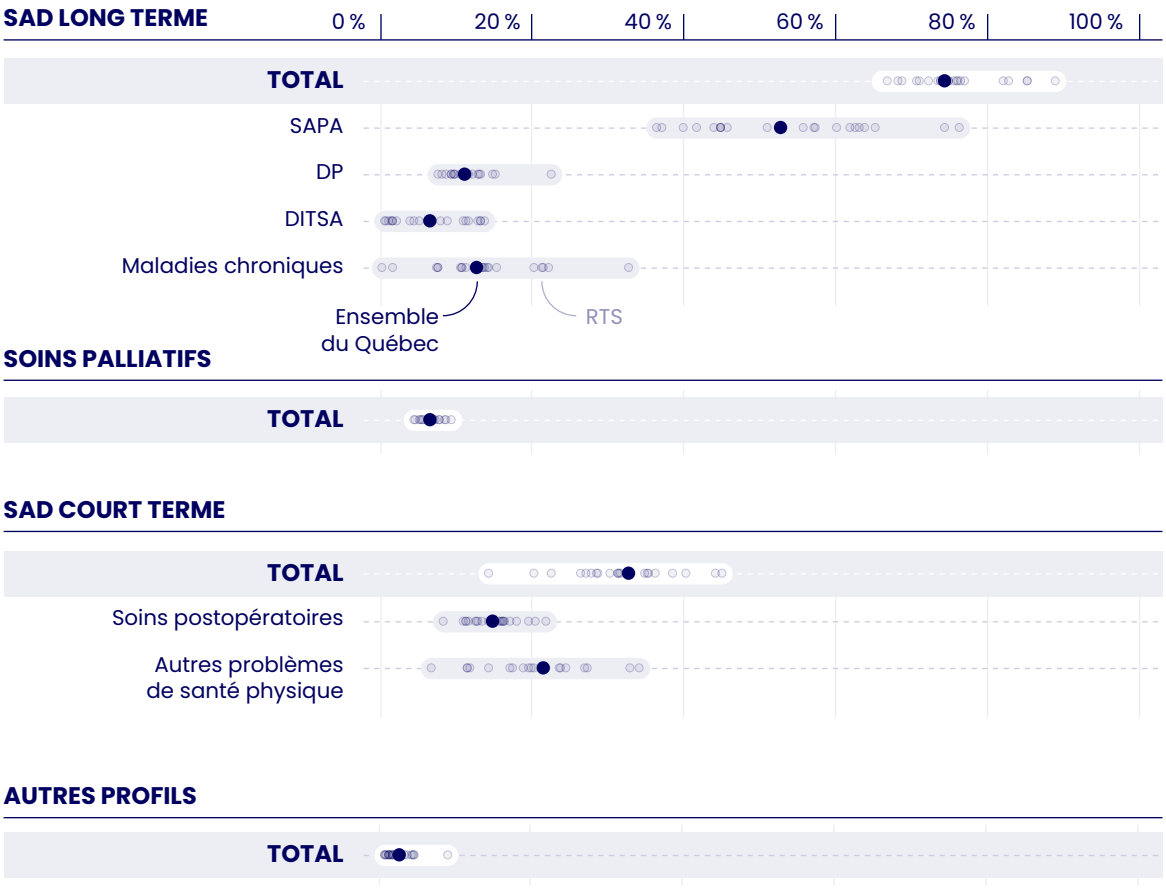
1. L'indice de défavorisation matérielle et sociale combiné a été utilisé (1re suggestion, page 3, INSPQ, 2019).

La figure 24 fait l'examen des profils d'intervention des usagers afin de nous renseigner indirectement sur leurs caractéristiques de santé et leurs besoins. Ainsi, on note qu'en 2019-2020, 74 % des usagers du SAD ont reçu au moins une intervention dans l'un ou l'autre des profils du SAD long terme. Cette proportion varie passablement d'un RTS à l'autre allant de 66 % à 89 %.

Le SAD court terme concerne pour sa part 33 % des usagers — proportion variant du simple au triple (de 14 % à 45 %) d'un RTS à l'autre. Pour ce qui est des soins palliatifs, ils touchent 7 % des usagers du SAD à l'échelle provinciale — cette proportion varie de 4 % à 9 % selon le territoire.

Figure 24. Les différents profils d'intervention des usagers du SAD varient sensiblement d'un territoire à l'autre, ce qui reflète possiblement des besoins hétérogènes, mais également la variabilité de la capacité et des façons de répondre à ces besoins

Répartition des usagers du SAD sous la gouverne des CI(U)SSS selon leur(s) profil(s) d'intervention[1], ensemble du Québec et RTS, 2019-2020



1. Au cours d'une année, un usager peut avoir reçu des interventions aux services de SAD sous plus d'un profil.

Qu'en retient le CSBE ?

Les usagers du SAD sont davantage des femmes, des personnes âgées et des personnes défavorisées sur les plans matériel et social, soit les mêmes groupes qui rapportent plus de besoins. Par ailleurs, les différents profils d'intervention de ces usagers sont nombreux et varient passablement d'un territoire à l'autre, ce qui reflète possiblement des besoins hétérogènes, mais également la variabilité de la capacité et des façons de répondre à ces besoins.

Pour répondre aux besoins de ces diverses clientèles, les types de services, les lieux d'intervention de même que les types de dispensateurs sont multiples avec une présence importante du privé, notamment pour les services directement dispensés par le personnel des RPA.

4.2 Niveau de prise en charge des usagers du SAD

La prise en charge de la clientèle des services de SAD réfère aux types de services reçus et à leur niveau d'intensité. L'intensité correspond à la quantité de soins et services fournis aux usagers durant leur prise en charge. L'efficacité des soins et des services est fortement associée à la capacité à offrir le type et l'intensité de services correspondant aux besoins des usagers. Cette section vise donc à caractériser la prise en charge des usagers ayant un profil d'intervention long terme en SAD et à évaluer dans quelle mesure l'intensité des services répond à leurs besoins.

4.2.1. Caractérisation de la prise en charge des usagers du SAD long terme

Les prochains paragraphes présentent les indicateurs suivants portant sur l'ensemble des usagers du SAD avec un profil d'intervention long terme, pour les années 2019-2020 et 2021-2022 :

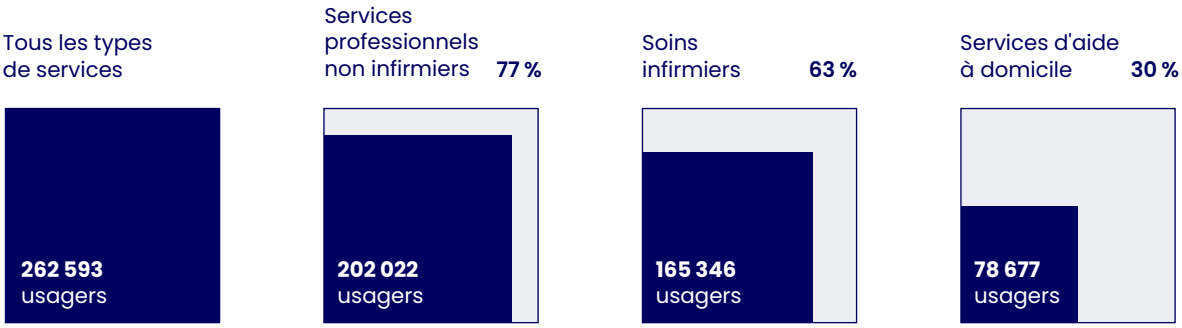
- Le nombre d'usagers différents par type de services ;
- Le nombre moyen d'interventions par usager, par percentile d'usagers par type de services ;
- La proportion des interventions reçues par rapport à l'ensemble des interventions, par percentile d'usagers par type de services.

TYPES DE SERVICES REÇUS EN 2019-2020

En 2019-2020, les services à domicile ont rejoint 262 593 usagers en SAD long terme, tous types de services confondus. Plus particulièrement, les services professionnels non infirmiers ont été dispensés au plus grand nombre d'usagers (202 022 usagers), suivis des soins infirmiers (165 346 usagers) et des services d'aide à domicile (78 677 usagers) (figure 25).

Figure 25. Parmi les usagers du SAD long terme, 77 % ont reçu des services professionnels, 63 % des soins infirmiers et 30 % des services d'aide à domicile

Nombre d'usagers selon le type de services reçus par les usagers du SAD long terme[1], ensemble du Québec, 2019-2020



1. Un usager peut avoir reçu plus d'un type de services au cours d'une année.

INTENSITÉ ET PROPORTION DES INTERVENTIONS REÇUES PAR PERCENTILE D'USAGERS EN 2019-2020

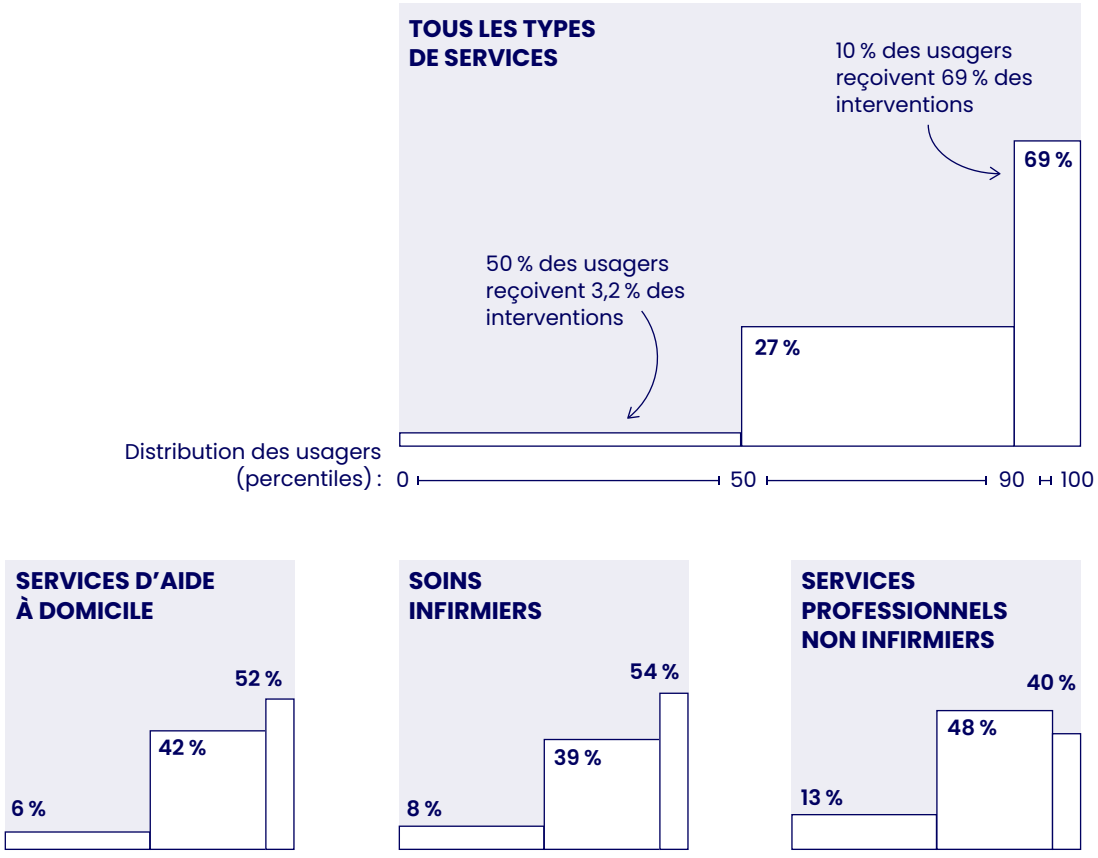
Concernant l'intensité des services reçus, les interventions pour les services d'aide à domicile et de soins infirmiers se concentrent sur une faible proportion des usagers. Cette concentration est moins importante pour les services professionnels non infirmiers (figure 26) :

- **Aide à domicile :** 10 % des usagers ont reçu 51,8 % des interventions pour une moyenne de 1045 interventions par usager, alors que 50 % des usagers ont reçu 6,4 % des interventions, pour une moyenne de 35 interventions par usager.
- **Soins infirmiers :** 10 % des usagers ont reçu 53,9 % des interventions pour une moyenne de 175 interventions par usager, alors que 50 % des usagers ont reçu 7,6 % des interventions par une moyenne de 4 interventions par usager.
- **Services professionnels non infirmiers :** 10 % des usagers ont reçu 39,7 % des interventions pour une moyenne de 56 interventions par usager, alors que 50 % des usagers ont reçu 12,5 % des interventions pour une moyenne de 4 interventions par usager.

Cette dynamique est similaire pour l'ensemble des profils d'intervention en longue durée.

Figure 26. L'intensité des services pour l'aide à domicile et les soins infirmiers se concentre sur une faible proportion des usagers ; 10 % des usagers reçoivent plus de 50 % des interventions

Proportion des interventions par type de services reçus, par percentile d'usagers du SAD long terme, ensemble du Québec, 2019-2020



ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE ENTRE 2019-2020 ET 2021-2022

L'évolution des services fournis entre 2019-2020 et 2021-2022 diffère selon les types de services (données 2021-2022 présentées à l'Annexe E) :

- **Aide à domicile :** 5,3 % d'augmentation du nombre d'usagers différents recevant des interventions d'aide à domicile. Cette augmentation est couplée à un accroissement de l'intensité puisque le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté de 24 %. En revanche, l'augmentation de l'intensité ne concerne que 50 % des usagers.
- **Soins infirmiers :** 6,0 % d'augmentation du nombre d'usagers différents ayant reçu des services, mais une baisse de l'intensité puisque le nombre moyen d'interventions par usager a diminué de 6,3 %.
- **Services professionnels non infirmiers :** 2,5 % d'augmentation du nombre d'usagers différents desservis, couplée à une augmentation du nombre moyen d'interventions par usager de 3,4 %.

Qu'en retient le CSBE ?

En 2019-2020, une proportion importante des usagers du SAD long terme ont reçu des services professionnels non infirmiers (77 %), et dans une moindre mesure, des soins infirmiers (63 %). En revanche, seulement 30 % des usagers ont reçu des services d'aide à domicile. Il faut relativiser cette dernière affirmation, car toutes les interventions d'aide à domicile ne sont pas incluses dans nos données.

En 2019-2020, l'intensité des services pour l'aide à domicile et les soins infirmiers se concentre sur une faible proportion des usagers ; 10 % des usagers reçoivent plus de 50 % des interventions.

Entre 2019-2020 et 2021-2022, on constate une augmentation du nombre d'usagers différents ayant reçu des interventions pour tous les types de services. En revanche, l'intensité des services a diminué pour les soins infirmiers.

4.2.2. L'intensité des services reçus par les usagers du SAD répond-elle à leurs besoins ?

Les données clinico-administratives dont dispose actuellement le CSBE ne permettent pas de savoir si le niveau d'intensité des services reçus répond aux besoins des usagers. Pour ce faire, il faut analyser le degré d'adéquation entre le requis de services par usager, qui spécifie le type et le nombre d'heures de services nécessaires pour répondre aux besoins d'un usager, et le type et la quantité de services qu'il a réellement reçus. Le requis de services est défini lors de l'évaluation initiale. Celui-ci varie selon les profils ISO-SMAF (de 1 à 14) et le contexte de vie de la personne. Il est important de mentionner que l'intensité requise entre deux personnes présentant le même profil ISO-SMAF pourrait varier dépendamment de son contexte de vie et, notamment, la présence de proches aidants.

Afin d'apprécier le niveau de réponse aux besoins des usagers du SAD, nous utilisons une analyse réalisée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux en 2019-2020 (MSSS, 2020). Cette étude a permis d'estimer, à partir des profils ISO-SMAF, le nombre d'heures requises pour les services à domicile (soins infirmiers et aide à domicile) pour les usagers avec des profils d'intervention SAPA et DP adulte à domicile et de le comparer aux nombres d'heures de services fournis[14].

Le taux de réponse aux besoins est faible puisque seulement 13,5 % des heures requises pour répondre aux besoins ont été fournies (tableau 5).

Tableau 5. Taux de réponse aux besoins des usagers en fonction des profils ISO-SMAF pour les profils d'intervention SAPA et DP adulte, ensemble du Québec, 2019-2020

Regroupement de profils ISO-SMAF	Heures fournies	Heures requises pour 100 % des besoins	Taux de réponse aux besoins
Profils 1,2 et 3	827 416	15 891 230	5,2 %
Profils 4 à 9	8 255 028	94 386 154	8,7 %
Profils 10 à 14	3 030 983	22 169 037	13,7 %
Modalité chèque emploi-service	5 802 234	s.o.	s.o.
TOTAL	17 915 661	132 446 421	13,5 %

14 Dans cette étude, les heures pour les services d'aide à domicile comprennent l'ensemble des interventions dispensées par les CI(U)SSS, les services achetés ainsi qu'une estimation des heures de services payés par les chèques emploi-service. De ce fait, les services d'aide à domicile payés par les modalités d'allocation directe ou du crédit d'impôt d'aide à domicile ne sont pas inclus, tout comme les services dispensés par les organismes communautaires. Cependant, l'auteur de cette analyse estime que les données pour les clientèles SAPA et DP adultes représentent 85 % des heures de services fournies par le réseau public de santé en services à domicile au Québec en 2019-2020.

Les heures de services fournies sont concentrées sur une très faible proportion des usagers SAD-SAPA et SAD-DP (tableau 6) :

- 4 % des usagers SAD-SAPA reçoivent 50 % des heures de services. Ces derniers ont un taux de réponse aux besoins de 60,6 %.
- 5,1 % des usagers SAD-DP reçoivent 50 % des heures de services. Ces derniers ont un taux de réponse aux besoins de 69,8 %.

Tableau 6. Taux de réponse aux besoins des usagers en fonction des strates de consommation d'heures de services pour les profils d'intervention SAPA et DP adulte, ensemble du Québec, 2019-2020

Strate de consommation	Part usagers SAD-SAPA	Taux de réponse aux besoins SAD-SAPA	Part usagers SAD-DP	Taux de réponse aux besoins SAD-DP
50 % des heures	4,0 %	60,6 %	5,1 %	69,8 %
25 % des heures	10,7 %	22,1 %	13,0 %	28,8 %
15 % des heures	21,7 %	9,4 %	24,1 %	14,3 %
10 % des heures	63,5 %	1,3 %	57,8 %	2,1 %

Le taux de réponse aux besoins varie entre les strates de consommation des heures de services. Cependant, plus la consommation d'heures de services est faible, plus le taux de réponse aux besoins est bas.

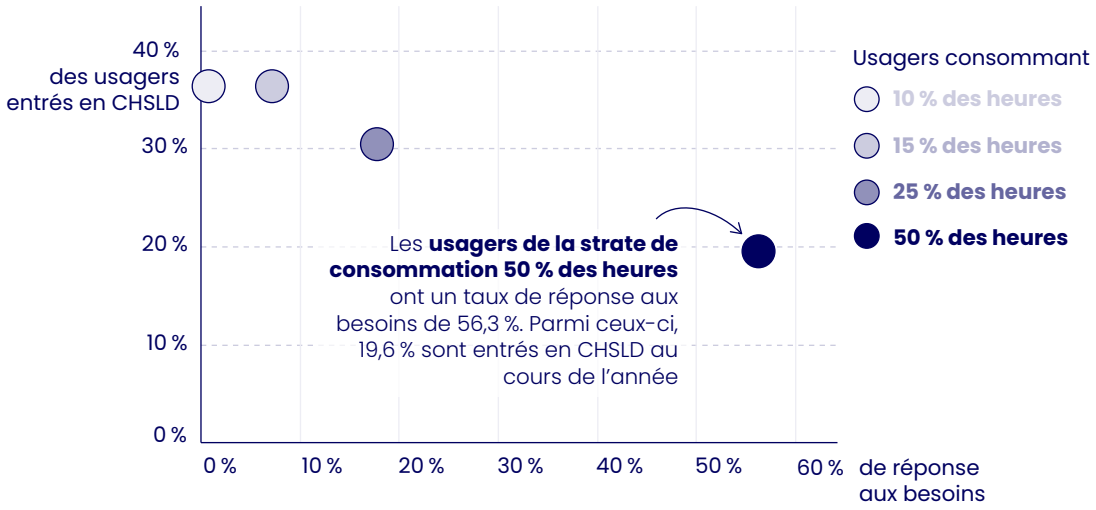
- 63,5 % des usagers SAD-SAPA ont un taux de réponse aux besoins de 1,3 %.
- 57,8 % des usagers SAD-DP ont un taux de réponse aux besoins de 2,1 %.

Ces données semblent montrer que l'intensité des services de SAD pour les profils d'intervention SAPA et DP ne répond pas aux besoins pour une forte proportion des usagers. Dès lors, les risques de détérioration de l'état de santé physique et mentale des usagers augmentent et la probabilité d'être admis en CHSLD s'accroit.

La figure 27 se concentre sur les usagers les plus susceptibles d'être hébergés en CHSLD, c'est-à-dire les usagers SAD-SAPA ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14. On constate que plus le taux de réponse aux besoins est élevé, plus faible est la proportion des usagers qui entrent en CHSLD au cours de l'année. Les usagers de la strate de consommation 50 % des heures ont un taux de réponse aux besoins de 56,3 %. Parmi ceux-ci, 19,6 % sont entrés en CHSLD au cours de l'année. À l'autre extrémité, les usagers de la strate de consommation 10 % des heures ont un taux de réponse aux besoins de 0,8 %. Parmi ceux-ci, 36,4 % sont entrés en CHSLD au cours de l'année.

Figure 27. Plus le taux de réponse aux besoins est élevé, plus faible est la proportion des usagers qui entrent en CHSLD au cours de l'année

Taux de réponse aux besoins pour les usagers SAD-SAPA présentant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 et part des usagers entrés en CHSLD en fonction des strates de consommation, ensemble du Québec, 2019-2020



Source : MSSS, 2020 (figure adaptée par le CSBE).

Cette étude produite par le MSSS conclut qu'une hausse significative du taux de réponse aux besoins contribuerait à retarder l'hébergement pour les clientèles ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14.

Qu'en retient le CSBE ?

En 2019-2020, le taux de réponse aux besoins des usagers avec des profils d'intervention SAPA et DP est très faible (13,5 %).

Il semblerait donc que la prise en charge pour les profils SAPA et DP ne permette pas de répondre aux besoins pour la majorité des usagers.

Cette faible réponse aux besoins accroit significativement le risque d'être admis en CHSLD pour les usagers ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14.

4.3 Appréciation de la performance globale des services de SAD des CI(U)SSS

Comme mentionné dans les sections précédentes, la configuration des services de SAD des CI(U)SSS ainsi que les clientèles desservies sont très variables au Québec, d'un RTS à l'autre. Par conséquent, la performance est elle aussi susceptible de varier selon le territoire. La présente section vise donc à brosser un portrait de la performance des services de SAD offerts par les CLSC à l'échelle de la province et des différents territoires. Pour ce faire, on y présente une analyse dimension par dimension qui s'appuie sur le cadre d'évaluation de la performance du CSBE. Rappelons que ce dernier inclut cinq composantes, soit les besoins de la population, les structures et les ressources, les services et les processus, les résultats ainsi que la valeur. Les besoins de la population ayant déjà été abordés dans le chapitre 2 de ce rapport, la suite du présent chapitre portera sur les dimensions des quatre autres composantes du cadre.

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

Afin de porter un jugement évaluatif, un score est calculé pour chacun des indicateurs du cadre du CSBE. Pour ce faire, le score est calculé dans chacun des RTS en mesurant la distance de l'indicateur à une balise d'excellence.

Pour synthétiser les informations, les scores des indicateurs sont pondérés et agrégés de manière à établir un score pour chaque sous-dimension. Le même processus est appliqué pour les dimensions, c'est-à-dire que les scores des sous-dimensions ont été pondérés et agrégés pour calculer un score global par dimension[15].

Soulignons que, pour les indicateurs pouvant être ventilés par profil d'intervention, les scores présentés dans la présente section sont pondérés pour refléter la part de chacun de ces profils parmi l'ensemble des interventions aux services de SAD de chacun des RTS à l'étude[16].

15 Le poids relatif de chacun des indicateurs dans sa dimension et les balises retenues sont présentés à l'Annexe C.

16 Il est à noter que les indicateurs portant sur des taux populationnels ont été recalculés sur la population de 65 ans et plus pour les usagers du profil SAPA afin de tenir compte de la structure d'âge de la population de chacun des territoires.

4.3.1. Structure et ressources

Cette composante caractérise les structures du système de santé et de services sociaux, c'est-à-dire la gouvernance, les ressources allouées au système et la viabilité. Mentionnons qu'une évaluation de la gouvernance a déjà été publiée dans le Tome 1 (CSBE, 2023) et n'est donc pas documentée dans le présent rapport.

4.3.1.1. Ressources du système

Les ressources du système correspondent aux ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles disponibles. Elles sont essentielles pour fournir des soins et des services de qualité en quantité suffisante aux personnes en ayant besoin, mais elles ne sont pas suffisantes à elles seules. En effet, elles ne garantissent pas que des processus appropriés soient mis en œuvre ou que des résultats satisfaisants soient atteints par le système (Kelley et Hurst, 2006).

Dans cette analyse, la dimension des ressources est documentée sous l'angle des ressources financières et des ressources humaines.

QUE MESURE-T-ON ?

Les ressources du système sont mesurées à partir de quatre indicateurs auxquels ont été attribués des poids reflétant leur contribution relative à la mesure des ressources financières et des ressources humaines :

- **les ressources financières** sont mesurées à partir des coûts directs nets des services de SAD par 100 000 habitants (S121_001) ;
- **les ressources humaines** sont mesurées à partir du nombre d'équivalents temps complet (ETC) pour 100 000 habitants en soins infirmiers à domicile (S122_001), aux services professionnels non infirmiers à domicile (S122_002) et à l'aide à domicile (S122_003).

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

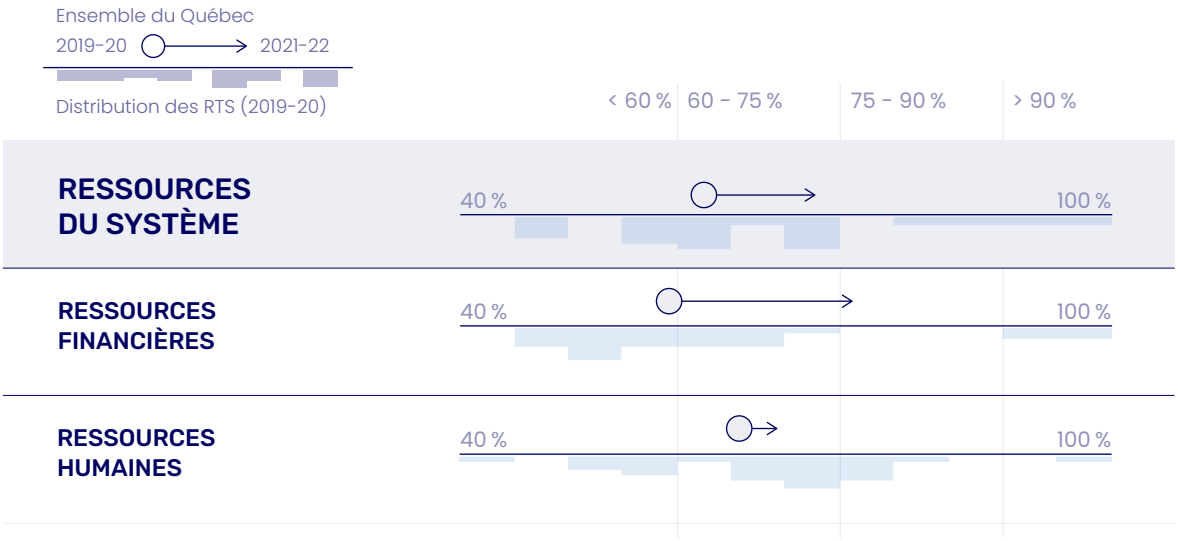
Les scores portant sur les ressources ont été mesurés pour chacun des RTS en calculant leur distance à une balise, laquelle est établie à partir de la moyenne des trois résultats les plus élevés observés en 2019-2020, parmi l'ensemble des RTS étudiés. Ainsi, ils doivent être interprétés comme des niveaux relatifs de ressources.

En 2019-2020, dans l'ensemble du Québec, les niveaux relatifs de ressources financières et humaines du SAD sont de 59 % et de 66 %, respectivement (figure 28). Notons que tous deux étaient en progression avant l'entrée en pandémie.

L'analyse territoriale de la dimension globale des ressources du système de SAD permet de constater d'importantes variations d'un RTS à l'autre ; ainsi les RTS de l'Outaouais et de la Montérégie-Ouest disposent de 49 % des ressources par rapport à ceux qui en ont le plus (Gaspésie, Côte-Nord et le Bas-Saint-Laurent) (figure 29). Notons qu'en général, les régions éloignées disposent de plus de ressources pour fournir les soins à domicile par rapport aux autres régions, notamment en raison des dépenses associées aux besoins d'une population plus vieillissante et de l'étendue du territoire.

Figure 28. Les ressources financières ont augmenté entre 2019-2020 et 2021-2022, tandis que les ressources humaines sont demeurées relativement stables

Scores de la dimension ressources du système pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

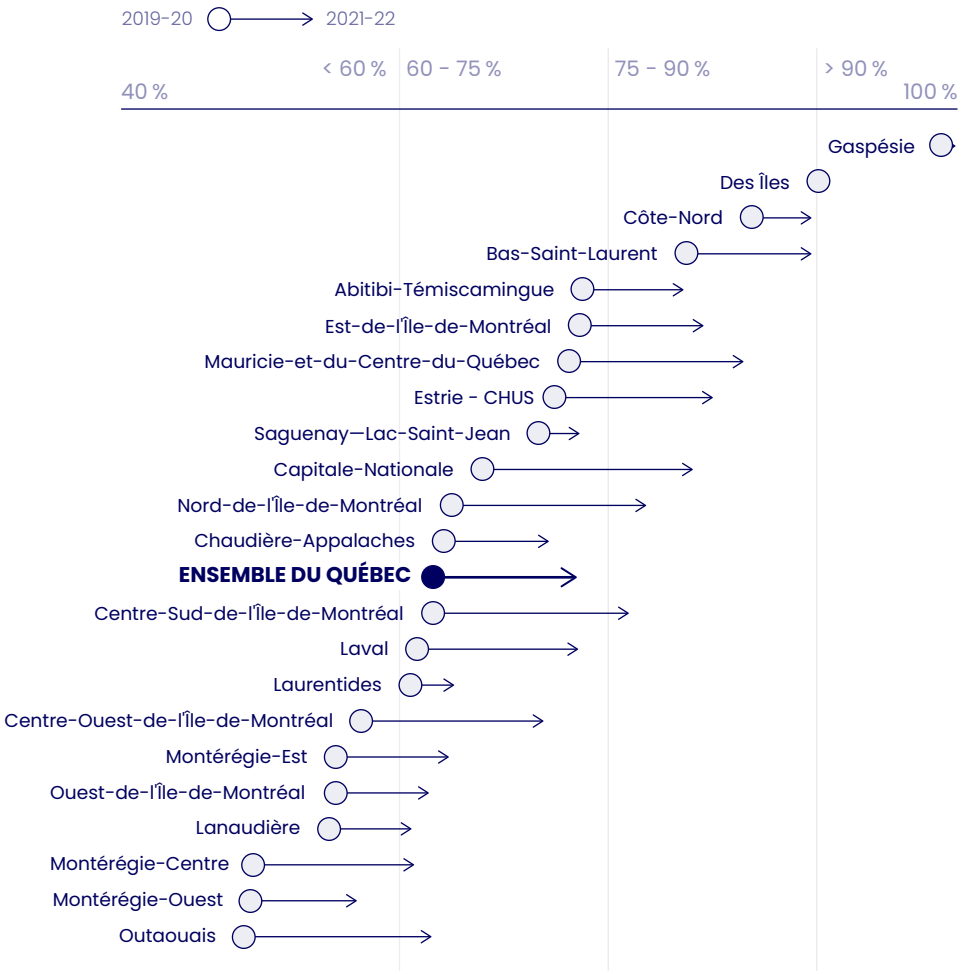


ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- Les coûts directs nets des services de SAD sont passés de 16,9 M$ à 21,7 M$ par 100 000 habitants de 2019-2020 à 2021-2022. Tous les RTS ont ainsi connu une hausse de leur financement aux services de SAD.
- Cette augmentation ne s'est pas traduite par une augmentation équivalente de la force de travail : le nombre d'ETC pour 100 000 habitants est ainsi passé :
  - de 44 à 46 en soins infirmiers à domicile ;
  - de 53 à 57 aux services professionnels non infirmiers à domicile, et ;
  - de 46 à 48 à l'aide à domicile.

Figure 29. L'analyse territoriale des ressources des services de SAD permet de constater d'importantes variations d'un RTS à l'autre, les régions éloignées étant les mieux dotées

Scores de la dimension ressources du système selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



TENDANCE 2021-2022

- En 2021-2022, les ressources du système ont augmenté de 10 points de pourcentage par rapport à 2019-2020, gain qui s'observe dans la grande majorité des RTS.
  - Cette augmentation du niveau relatif de ressources est principalement tributaire de l'augmentation du niveau de ressources financières (de 59 % à 76 % entre 2019-2020 et 2021-2022).
- Le niveau relatif de ressources humaines est pour sa part demeuré plutôt stable dans les CI(U)SSS, ce qui suggère que l'augmentation du niveau de ressources financières a servi essentiellement à l'achat de services auprès de partenaires externes.

4.3.1.2. Viabilité

La viabilité rend compte de la capacité d'adaptation du système de santé et de services sociaux en fonction des besoins de la population et de son caractère durable. Parmi les conditions témoignant d'un système viable, ce dernier doit bien organiser les ressources, avoir l'expertise nécessaire, offrir une bonne qualité de vie au travail, maintenir une bonne santé financière et administrative, favoriser l'innovation autant dans les politiques que dans les processus cliniques ou administratifs, mettre en œuvre des processus d'appropriation de nouvelles connaissances, promouvoir une culture de qualité, et avoir des politiques de développement durable (Thiebaut et al., 2020).

Il est à noter qu'ici, la viabilité est mesurée à l'aide de trois sous-dimensions, soit l'expertise et la configuration des ressources humaines, la santé financière et administrative et la qualité de vie au travail.

QUE MESURE-T-ON ?

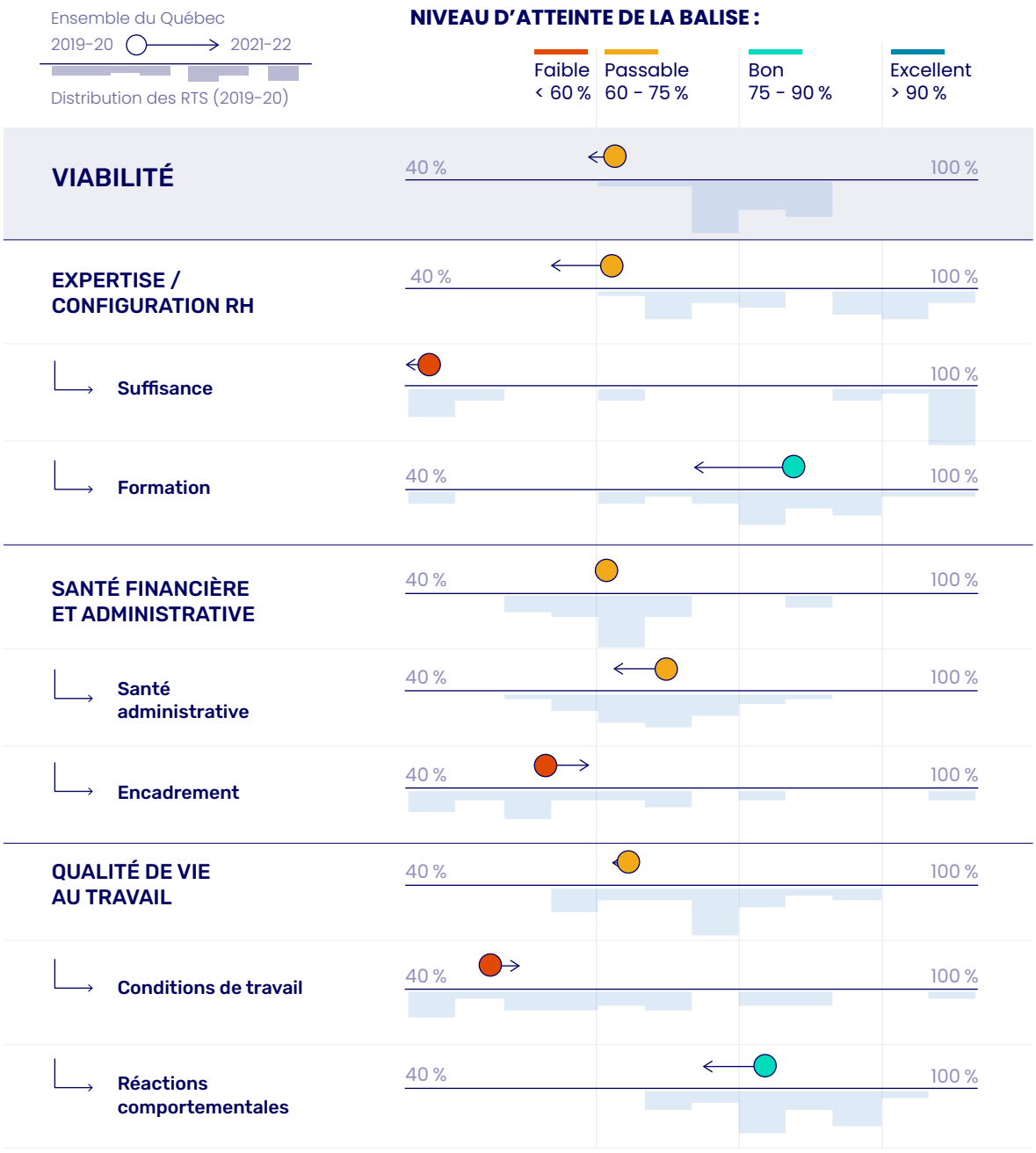
La viabilité est ici mesurée à partir de 17 indicateurs, auxquels ont été attribués des poids reflétant leur contribution relative à la mesure des trois sous-dimensions qui la constituent :

- **l'expertise et la configuration des ressources humaines**, mesurées à partir de :
  - ***la suffisance***, ici représentée par la proportion des heures travaillées en heures supplémentaires ou en MOI par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services de SAD (S131_107) ;
  - ***la formation***, mesurée par la proportion des heures consacrées à la formation et au perfectionnement du personnel dans les trois catégories de services, soit aux soins infirmiers à domicile (S131_201), aux services professionnels non infirmiers à domicile (S131_202) et à l'aide à domicile (S131_203) ;
- **la santé financière et administrative**, caractérisée par :
  - ***la santé administrative***, représentée par la proportion des heures travaillées consacrées à l'usager par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI dans les trois catégories de services de SAD considérées (S132_001, S132_002, S132_003) ;
  - ***l'encadrement***, mesuré par le taux de gestion aux services de SAD (S132_201) ;
- **la qualité de vie au travail**, subdivisée entre :
  - ***les conditions de travail***, mesurées par les taux de roulement du personnel dans les trois catégories de services de SAD (S133_002, S133_003, S133_004) ;
  - ***les réactions comportementales***, mesurées par la proportion des heures payées en CNESST (S133_101, S133_102, S133_103) et en assurance-salaire (S133_104, S133_105, S133_106) dans les trois catégories de services considérées.

L'analyse de la viabilité des services de SAD révèle que celle-ci est passable en 2019-2020, autant en ce qui concerne la dimension globale (score de 62 %) que ses sous-dimensions (scores allant de 61 % à 63 %) (figure 30). Néanmoins, six RTS se distinguent favorablement avec une viabilité que l'on juge « bonne » (scores allant de 75 à 79 %) (figure 31).

Figure 30. La viabilité des services de SAD est **passable** en 2019-2020 et est en légère diminution en 2021-2022

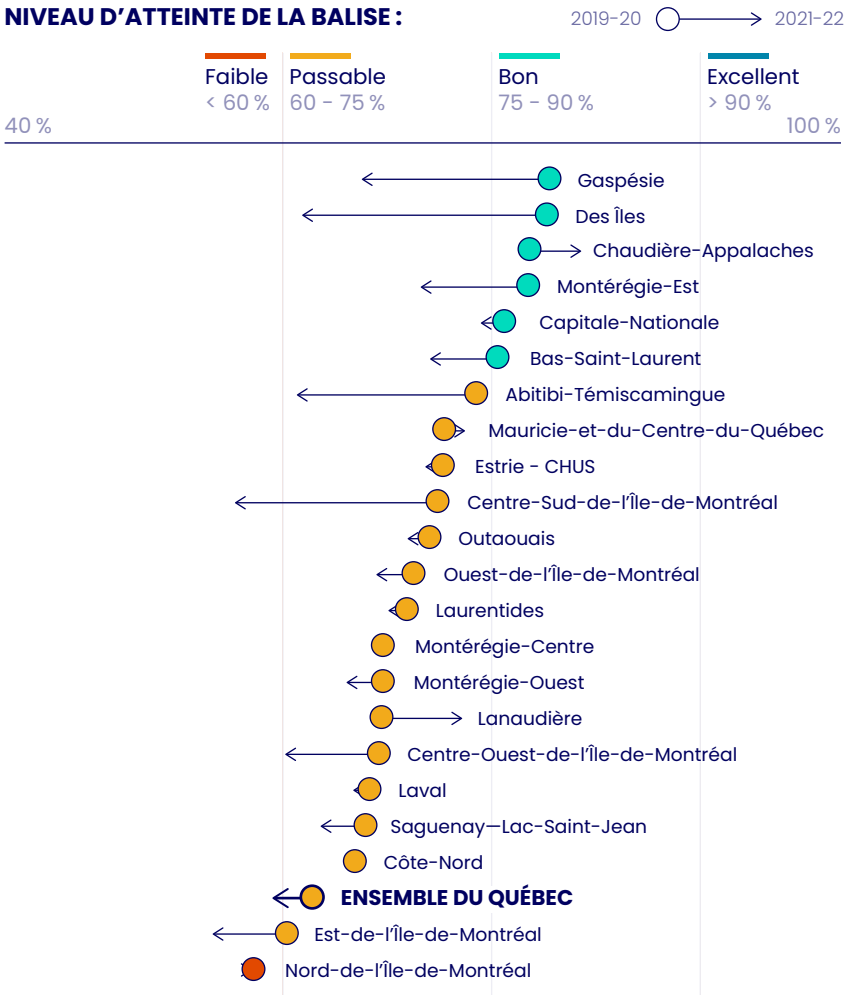
Scores de la dimension viabilité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022



Une analyse plus fine des différentes sous-dimensions permet de constater que la suffisance des ressources humaines, le roulement du personnel et l'encadrement affichent les niveaux d'atteinte de la balise les plus faibles avec des scores de 43 %, de 49 % et de 55 %, respectivement. En contrepartie, la formation du personnel et les réactions comportementales présentent les scores les plus élevés que l'on considère comme « bons » (81 % et 78 %, respectivement).

Figure 31. L'analyse territoriale de la viabilité révèle que six RTS se distinguent favorablement avec un **bon** score en 2019-2020 — la plupart ont toutefois obtenus des scores passables en 2021-2022

Scores de la dimension viabilité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- En 2019-2020, dans les CI(U)SSS, ce n'est pas tant les heures supplémentaires (2,4 % des heures travaillées), que le recours au personnel d'agence (13,3 % des heures travaillées par la MOI) qui est utilisé aux services de SAD pour augmenter la force de travail. La main-d'œuvre indépendante fournit ainsi jusqu'à 45 % des heures travaillées dans un RTS.
- La proportion des heures payées en CNESST ou en assurance-salaire s'élève à 9 % aux soins infirmiers à domicile, à 6 % aux services professionnels non infirmiers et à 12 % à l'aide à domicile.
- En matière de formation, en 2019-2020, aucun RTS n'atteint la cible du 1 % d'heures consacrées à la formation aux services d'aide à domicile. Un peu plus du tiers des RTS (8/22) ne l'atteignent pas aux soins infirmiers à domicile et trois RTS ne l'atteignent pas aux services professionnels non infirmiers.
- Le taux de gestion s'établit pour sa part à 2,1 % des heures travaillées aux services de SAD.
- La proportion des heures travaillées en contact direct avec l'usager aux services professionnels est généralement faible, soit 32 % aux soins infirmiers à domicile et de 25 % pour les services professionnels non infirmiers. À l'aide à domicile, cette proportion s'élève à 72 %.
- Parmi les indicateurs présentés ici, seul le taux de gestion a légèrement augmenté, aucune amélioration n'est observée pour les autres indicateurs en 2021-2022.

TENDANCE 2021-2022

- En 2021-2022, le score global de viabilité diminue et passe de la catégorie « passable » à « faible », mais ne perd dans les faits que 3 points de pourcentage.
- Ce sont les trois aspects de la performance ayant les meilleurs scores en 2019-2020 qui connaissent les baisses les plus importantes en 2021-2022, soit la formation du personnel (-11 pts de %), les réactions comportementales (-7 pts de %) et la santé administrative (-5 pts de %).
- De 2019-2020 à 2021-2022, seul le RTS de Lanaudière semble ainsi avoir amélioré substantiellement son score de viabilité générale. En contrepartie, sept établissements ont vu leur score de viabilité diminuer significativement.

4.3.2. Services et processus

Cette composante du cadre d'évaluation de la performance du CSBE regroupe les dimensions en lien avec la production de soins et de services et leur qualité. La production de soins et de services de qualité est déterminante pour obtenir des résultats importants pour la population et, par conséquent, créer de la valeur.

PRODUCTION DE SOINS ET SERVICES

Les dimensions qui concernent la production sont l'arrimage aux besoins de la population, l'accessibilité et la productivité. Cette dernière dimension a déjà été documentée dans la section 4.2 et n'est donc pas documentée dans la présente section.

4.3.2.1. Arrimage aux besoins de la population

L'arrimage aux besoins de la population représente la capacité du système à s'adapter et à répondre adéquatement aux besoins de la population en fonction du contexte, et ce, grâce à une planification et une organisation de l'offre de soins et de services appropriée (Thiebaut et al., 2020).

QUE MESURE-T-ON ?

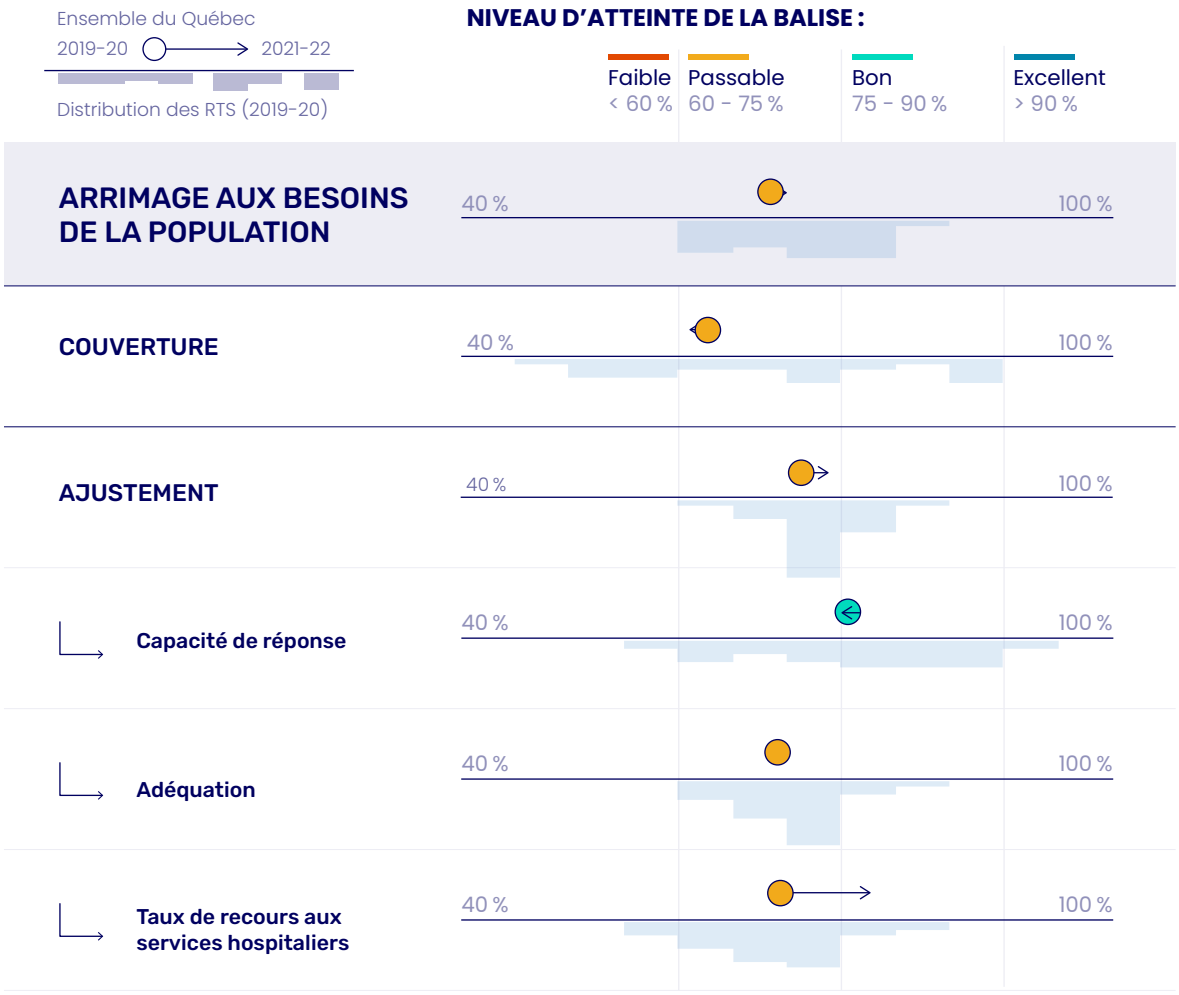
Cette dimension est mesurée par douze indicateurs qui permettent de documenter deux sous-dimensions, soit la couverture et l'ajustement aux besoins. Plus précisément :

- **la couverture** est mesurée par le nombre d'usagers desservis par 100 000 habitants aux soins infirmiers à domicile (S212_001) aux services professionnels non infirmiers à domicile (S212_002) et en aide à domicile (S212_003), alors que ;
- **l'ajustement** au besoin est constitué de trois sous-sous-dimensions :
  - ***la capacité de réponse***, qui comprend le taux de renouvellement de la clientèle aux services de SAD (S215_001) et le nombre de nouveaux usagers par 100 000 habitants (S215_002) ;
  - ***l'adéquation***, mesurée par la proportion d'usagers actifs aux services de SAD long terme ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 (S215_101), le taux d'orientation vers l'hébergement à la suite d'une hospitalisation (S215_102) et la proportion des consultations à l'urgence n'ayant pas résulté en une hospitalisation (S215_103) chez les usagers du SAD, et ;
  - ***les taux de recours aux services hospitaliers***, soit les taux de visites à l'urgence (S215_204) et d'hospitalisation (S215_207) par 100 usagers des services de soutien à domicile de même que les proportions d'usagers du SAD qui ont visité l'urgence (S215_205) et qui ont été hospitalisés (S215_208) au cours de l'année financière.

Pour l'ensemble du Québec, en 2019-2020, l'arrimage aux besoins des usagers du SAD s'avère dans l'ensemble « passable », avec un score de 68 % (figure 32). Toutefois, sept des 22 RTS évalués affichent des scores d'au moins 75 % ce qui reflète un arrimage aux besoins qui peut être qualifié de « bon » (figure 33).

Figure 32. Dans l'ensemble du Québec, l'arrimage aux besoins des usagers du SAD s'avère passable, autant en 2019-2020 qu'en 2021-2022

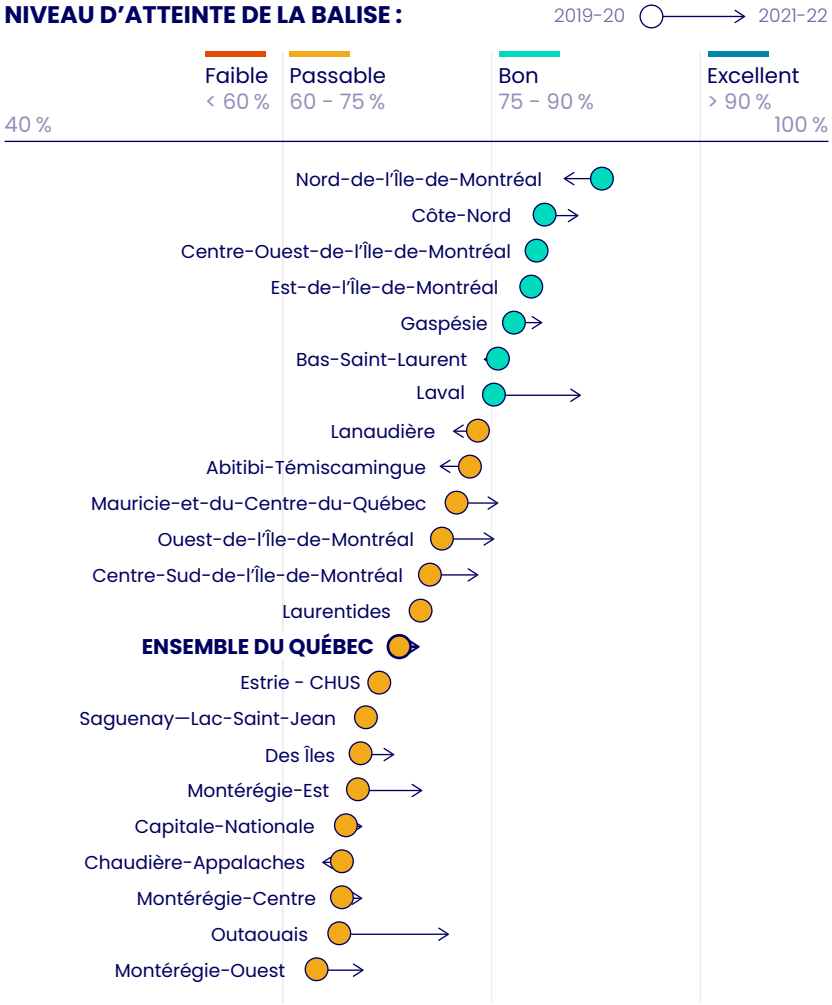
Scores de la dimension arrimage aux besoins pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022



En ce qui concerne les sous-dimensions, bien que toutes deux présentent un niveau d'atteinte de la balise « passable », la couverture populationnelle se distingue par un score plus faible (63 %) que l'ajustement aux besoins (71 %). Soulignons que, dans cette dernière catégorie, la capacité de réponse est l'item qui obtient le meilleur score (76 %).

Figure 33. Sept des 22 RTS évalués affichent de **bons** scores d'arrimage aux besoins en 2019-2020 ; les résultats sont généralement stables en 2021-2022

Scores de la dimension arrimage aux besoins selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- En 2019-2020, le Québec compte 4155 usagers desservis aux services de SAD pour 100 000 habitants, tous types de services et de profils confondus.
- Près de la moitié (42 %) des usagers du SAD sont de « nouveaux usagers », proportion qui est sans surprise plus élevée chez les usagers des profils court terme (74 %) et soins palliatifs (72 %) que chez les usagers des profils long terme (SAPA, DP, DITSA et maladies chroniques ; 35 %). Le « nombre de nouveaux usagers » par 100 000 habitants s'établit ainsi à 1729 en 2019-2020 pour l'ensemble du Québec, mais varie fortement d'un RTS à l'autre, passant de 1095 à 3518.

- En matière d'ajustement, le recours aux services hospitaliers demeure important : 47 % des usagers du SAD ont fréquenté l'urgence au moins une fois dans l'année et 31 % ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année. Notons que parmi ceux qui se sont présentés à l'urgence, plus de la moitié (58 %) n'ont pas été hospitalisés. Cela nous porte à croire qu'une proportion importante des visites à l'hôpital seraient évitables avec une meilleure capacité des services de SAD à répondre aux besoins des usagers.
- L'hospitalisation est aussi la porte d'entrée vers l'hébergement pour 15 % des usagers du SAD qui ont été hospitalisés en 2019-2020 (18 % dans le profil SAPA seulement). Cette proportion varie de 9 % à 25 % d'un RTS à l'autre (de 11 % à 31 % chez les usagers SAPA).
- Outre les visites à l'urgence et les hospitalisations qui ont quelque peu diminué, probablement en raison des contraintes pandémiques, aucun changement notable n'est observé en 2021-2022.

TENDANCE 2021-2022

- En 2021-2022, le score général d'arrimage aux besoins de la population ne se distingue pas particulièrement de celui de 2019-2020, qui s'inscrivait lui-même en continuité avec celui de 2017-2018.
- En matière de recours aux services d'urgence et d'hospitalisation par les usagers du SAD, une amélioration est notable puisque le Québec gagne 9 points de pourcentage de 2019-2020 à 2021-2022.
- Cette amélioration s'observe principalement dans les RTS des régions les plus touchées par la pandémie de COVID-19 en 2020-2021 (Montréal, Montérégie, Laval, Laurentides et Lanaudière) ; elle pourrait refléter l'impact de mesures sanitaires visant à protéger les clientèles vulnérables.

4.3.2.2. Accessibilité

Selon le CSBE, l'accessibilité correspond à la facilité avec laquelle les soins de santé ou les services sociaux sont obtenus par la population à l'endroit et au moment opportun. L'accessibilité aux soins et services dépend de l'importance des barrières et des facteurs facilitants à l'obtention de ces soins et services par la population. Ces barrières et facteurs facilitants sont organisationnels, financiers, géographiques, individuels et socioculturels (CSBE, 2022).

Dans notre analyse, cette dimension est documentée essentiellement sous l'angle de l'accessibilité organisationnelle, faute de données permettant de documenter les autres sous-dimensions. Cette dernière réfère à la facilité des personnes à accéder aux soins et aux services grâce aux modalités organisationnelles mises en place.

QUE MESURE-T-ON ?

L'accessibilité aux services de SAD est mesurée à partir de deux indicateurs :

- le nombre de personnes en attente d'un premier service de SAD au 31 mars par 100 000 habitants (S220_002), et ;
- le délai moyen entre une nouvelle demande de service et la première intervention aux services de SAD (S220_001.2).

Dans l'ensemble de la province, le faible score d'accessibilité, à 48 % en 2019-2020, reflète une difficulté pour les personnes à accéder aux services de SAD (figure 34). Toutefois, ces services semblent plus facilement accessibles dans les territoires de Laval et de Lanaudière, qui se distinguent favorablement avec des scores de 97 % et 80 %, respectivement (figure 35).

Figure 34. Dans l'ensemble de la province, le score d'accessibilité est faible, autant avant qu'après la pandémie, ce qui reflète la difficulté d'accès aux services de SAD

Scores de la dimension accessibilité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

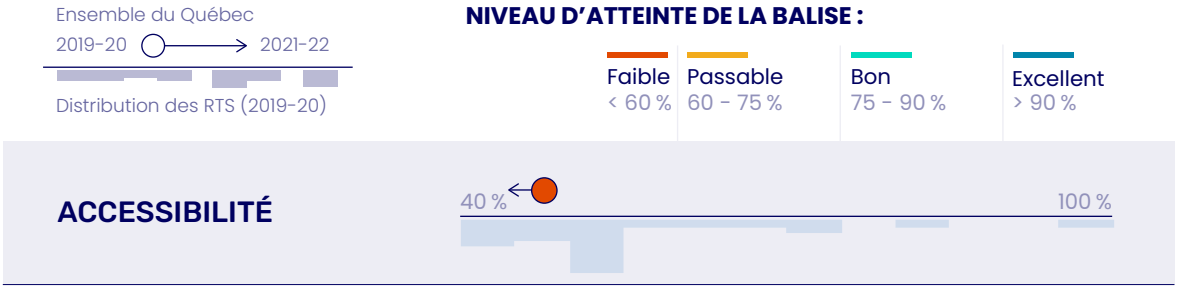
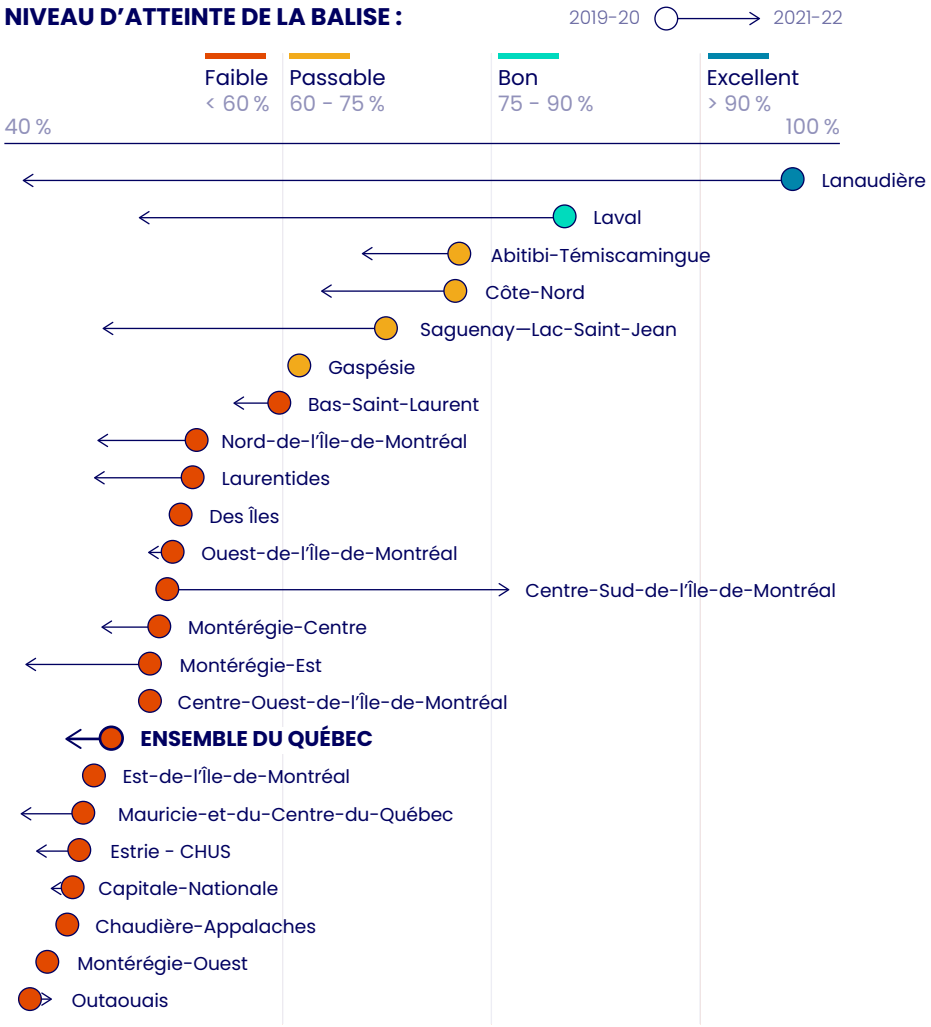


Figure 35. Deux RTS se distinguent favorablement avec des scores d'accessibilité adéquats en 2019-2020, lesquels sont en forte baisse en 2021-2022 ; de même, les scores d'accessibilité de la plupart des RTS sont en baisse au cours de la période à l'étude

Scores de la dimension accessibilité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- L'accessibilité est la dimension la plus problématique des services de SAD. Au 31 mars 2020, 13 250 personnes au Québec sont en attente d'un premier service, nombre qui s'élève à 15 868 au 31 mars 2022.
- Notons que le MSSS dénombre en moyenne 26,9 personnes en attente de services de SAD en niveau de soins alternatifs (NSA) par période financière pour l'ensemble du Québec — cette moyenne varie de 0 à 3,5 selon le RTS. Ainsi, ces données laissent croire que l'attente de services en SAD contribue globalement peu à l'engorgement des lits hospitaliers.

- Le délai moyen entre une nouvelle demande de service et la première intervention subséquente est de 18 jours en 2019-2020, variant de 8 à 23 jours d'un RTS à l'autre. Les délais varient par ailleurs beaucoup d'un profil d'intervention à l'autre : alors que les profils soins palliatifs (8 jours), court terme (11 jours) et maladies chroniques (16 jours) sont pris en charge plus rapidement, l'attente moyenne est de 27 jours en soutien à l'autonomie des personnes âgées, 35 jours en déficience physique et elle s'élève à 51 jours en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme. Les mêmes constats sont observés en 2021-2022.
- Bien que ces écarts puissent être en partie attribuables à l'urgence relative de la situation, soulignons que chacune des clientèles desservies a connu un délai de 16 jours ou moins dans au moins un territoire, ce qui semble laisser une place à l'amélioration.

TENDANCE 2021-2022

- Le score d'accessibilité demeure faible en 2021-2022. Seul un RTS (Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal) semble avoir réalisé des gains en matière d'accessibilité par rapport à 2019-2020 (+24 pts de %), notamment en raison de la réduction de sa liste d'attente.
- Les deux RTS qui ont obtenu de bons scores en 2019-2020 n'ont toutefois pas réussi à maintenir ce niveau en 2021-2022. En somme, l'accessibilité aux services de SAD s'avère généralement faible, et ce, de 2018-2019 à 2021-2022.

4.3.2.3. Productivité

La productivité désigne la capacité du système à optimiser le nombre de soins et de services produits en fonction des ressources mobilisées. Cette optimisation consiste à éviter le gaspillage des ressources ou à augmenter la production de soins et de services en utilisant des ressources équivalentes ou moindres, ou à maintenir cette production en utilisant moins de ressources (Thiebaut, 2020).

Cette dimension est documentée selon deux sous-dimensions : la productivité clinique et la productivité financière.

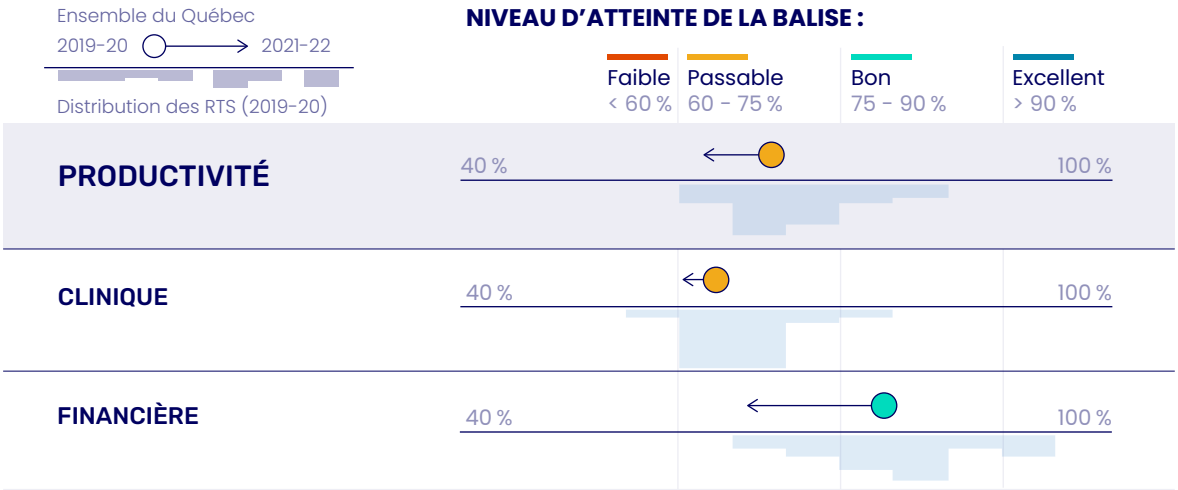
QUE MESURE-T-ON ?[17]

- **La productivité clinique** est mesurée à partir :
  - du nombre moyen d'interventions par équivalent temps complet (ETC) aux services de SAD aux soins infirmiers à domicile (S232_001), aux services professionnels non infirmiers à domicile (S232_002) et à l'aide à domicile (S232_003), et ;
  - de la proportion des heures travaillées consacrées aux activités indirectes et préparatoires dans ces trois catégories de services (S232_004, S232_005, S232_006).
- **La productivité financière** repose quant à elle sur :
  - le coût moyen par intervention aux soins infirmiers à domicile (S233_001), aux services professionnels non infirmiers à domicile (S233_002) et à l'aide à domicile (S233_003).

En 2019-2020, la productivité aux services de SAD pour l'ensemble du Québec obtient un niveau d'atteinte de la balise « passable » (69 %, figure 36). Cinq établissements obtiennent tout de même un « bon » score (figure 37). Dans l'ensemble, la productivité financière (79 %) est en meilleure posture que la productivité clinique (64 %).

Figure 36. La productivité aux services de SAD pour l'ensemble du Québec obtient un niveau d'atteinte de la balise passable, autant avant qu'après la pandémie, malgré une forte baisse pour la productivité financière en 2021-2022

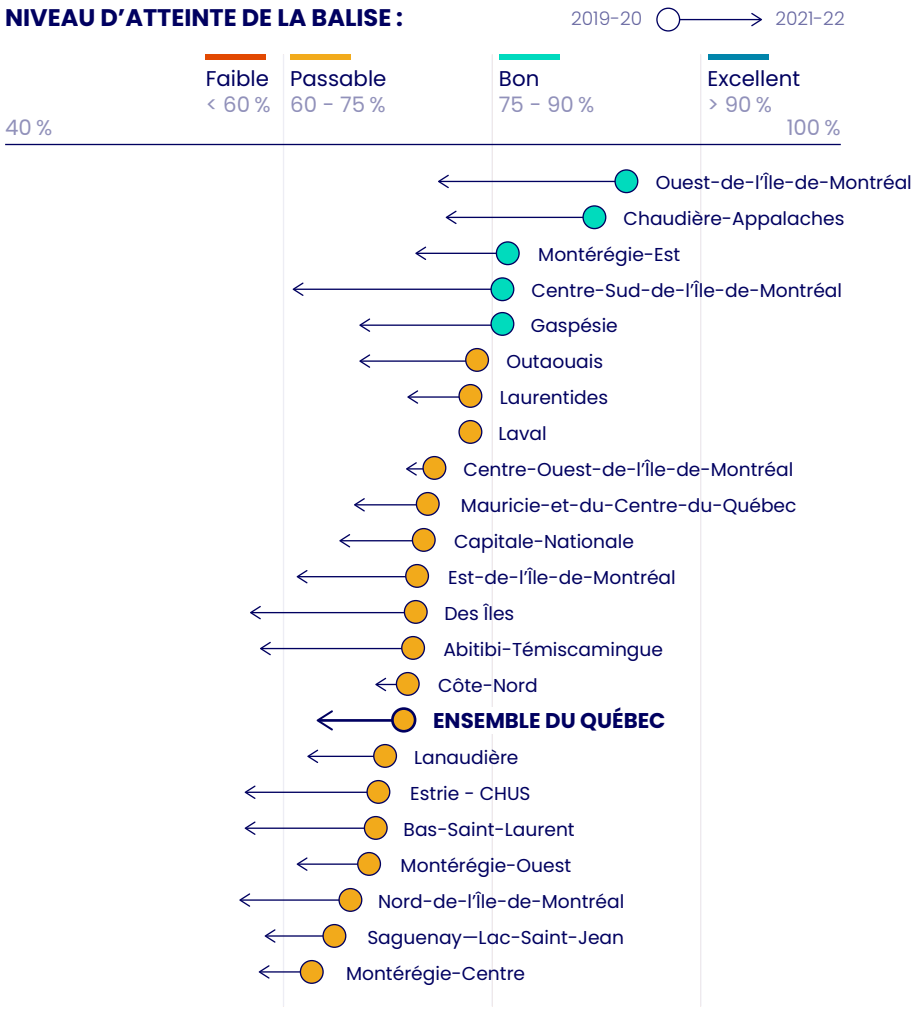
Scores de la dimension productivité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022



17 Les indicateurs utilisés excluent les interventions réalisées dans le cadre d'ententes d'achat de services entre le CI(U)SSS et un fournisseur externe régulier, et se concentrent sur les ressources gérées directement par le CI(U)SSS, soit les employés salariés, les stagiaires, et la main-d'œuvre indépendante (personnel d'agence).

Figure 37. Cinq RTS se démarquent favorablement avec de **bons** scores de productivité en 2019-2020, mais ceux-ci ont tous passés à un niveau **passable** en 2021-2022

Scores de la dimension productivité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- En 2019-2020, sous la direction des CI(U)SSS, une infirmière aux soins à domicile réalise en moyenne 1 028 interventions par année et consacre 61 % de ses heures travaillées à la réalisation d'activités indirectes et préparatoires. Le coût moyen d'une intervention s'élève à 58 $.
- Les autres professionnels (travailleurs sociaux, ergo/physiothéra-peutes, etc.) aux soins à domicile réalisent quant à eux 583 interven-tions par année et consacrent 73 % de leurs heures travaillées à la réalisation d'activités indirectes et préparatoires, pour un coût moyen par intervention de 96 $.
- Les activités indirectes et préparatoires sont moins importantes, mais caractérisent tout de même 18 % des heures travaillées en aide à

domicile, où le nombre d'interventions annuel par intervenant s'élève à 1449. Le coût moyen d'une intervention s'élève à 26 $.
- Ces résultats montrent qu'une part importante des activités des professionnels du SAD ne sont pas consacrées directement aux interventions. Cela dit, il est attendu que les activités indirectes et préparatoires, de même que les temps de déplacement accaparent une part importante du temps travaillé par ces professionnels.

TENDANCE 2021-2022

- La productivité aux services de SAD se qualifie aussi de « passable » en 2021-2022, ce qui s'inscrit dans la tendance générale à la baisse observée depuis 2017-2018. C'est la productivité financière qui observe ici la plus forte baisse.
- À l'échelle de la dimension, ce sont ainsi six établissements qui obtiennent un faible score de productivité en 2021-2022.

QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Le cadre d'évaluation de la performance du CSBE considère la qualité des soins et des services comme un concept multidimensionnel qui inclut les soins axés sur la personne, la continuité et la coordination, la sécurité et la pertinence des soins et des services. Toutes ces dimensions de qualité font partie de la composante sur les services et processus, au même titre que les dimensions sur la production des soins et services. Étant donné que les systèmes d'information du SAD contiennent très peu d'information sur la qualité, seule la dimension pertinence a pu être étudiée dans la présente section.

4.3.2.4. Pertinence

La pertinence désigne la capacité à offrir, en fonction des bonnes pratiques, des soins et des services au bon moment, à la bonne personne, de manière adaptée à ses besoins et de façon à entraîner les meilleurs bénéfices possibles (justesse des interventions). La notion de pertinence s'applique à un soin, à un service ou à un plan d'intervention ainsi qu'à la décision de débuter ou de poursuivre des soins (Thiebaut, 2020).

La pertinence se mesure ici essentiellement sous l'angle des bonnes pratiques, la justesse des interventions ne pouvant être évaluée.

QUE MESURE-T-ON ?

La pertinence est mesurée à partir de quatre indicateurs relatifs aux bonnes pratiques d'évaluation de soins de fin de vie et de services posthospitaliers, soit :

- la proportion d'usagers actifs recevant des services de SAD à long terme ayant :
  - une évaluation à jour (S271_002) ;
  - une évaluation et un plan d'intervention à jour (S271_001) ;
- la proportion d'usagers des services de SAD à long terme qui, dans leurs 30 derniers jours de vie, ont continué à recevoir des services de SAD (S271_003) ;
- la proportion d'usagers du SAD ayant été hospitalisés qui ont reçu une intervention en soins infirmiers (S271_005.1) dans les 7 jours suivant leur congé.

Dans l'ensemble du Québec, la pertinence des services de SAD en 2019-2020 est « bonne » (81 %, figure 38), un établissement pouvant même la qualifier « d'excellente » (figure 39).

Figure 38. Dans l'ensemble du Québec, la pertinence des services de SAD est bonne, autant avant qu'après la pandémie

Scores de la dimension pertinence pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

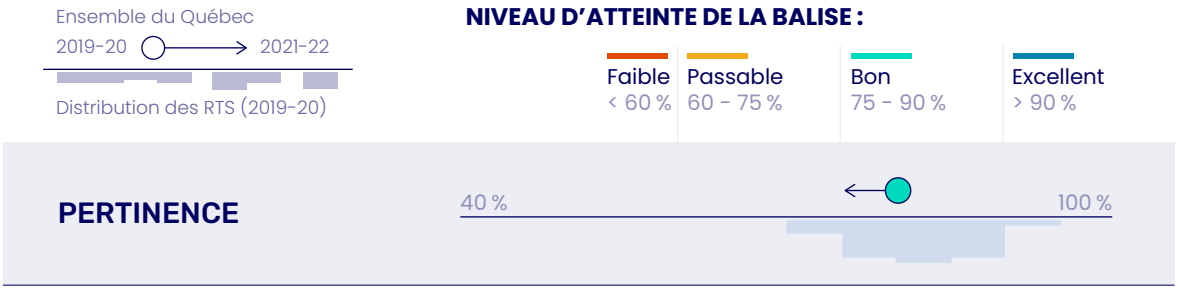
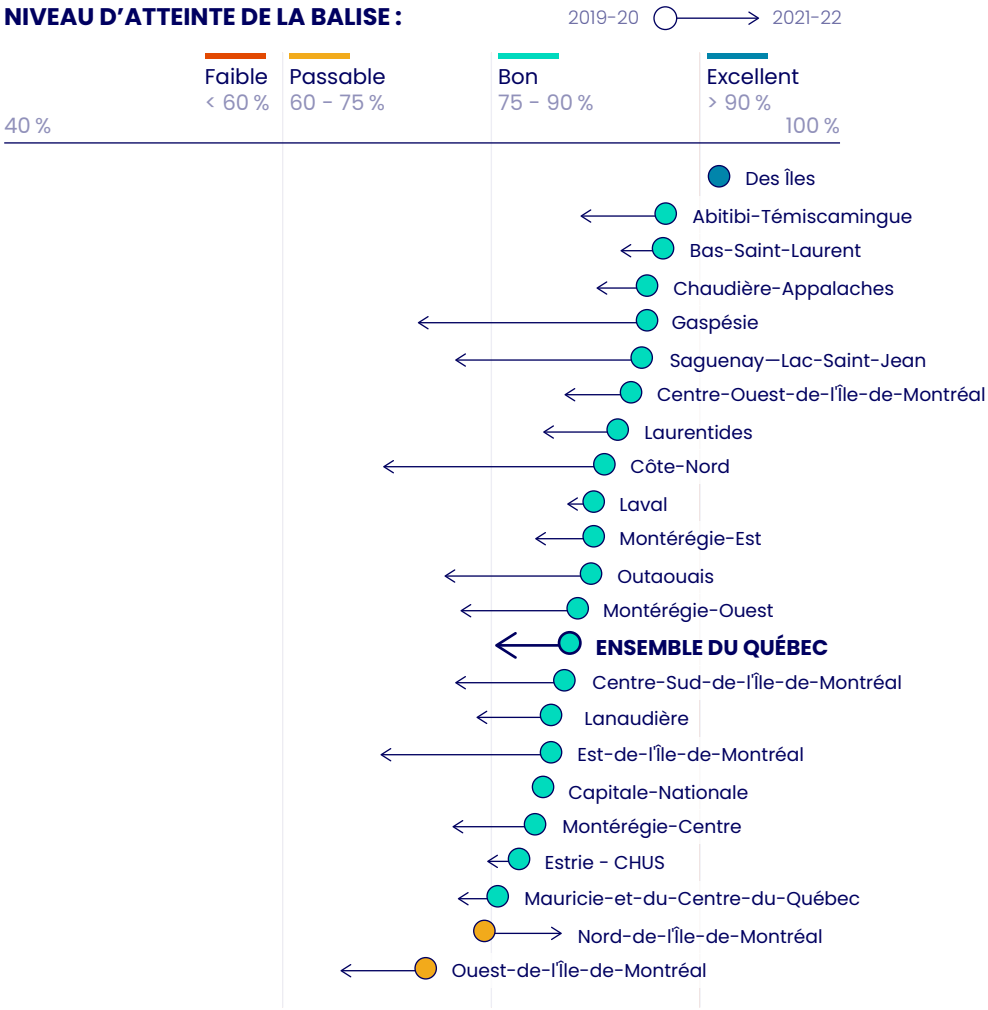


Figure 39. La vaste majorité des RTS obtient un score de pertinence adéquat, autant avant qu'après la pandémie, malgré une diminution de score pour la plupart d'entre eux en 2021-2022

Scores de la dimension pertinence selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- En 2019-2020, la proportion d'usagers actifs recevant des services de SAD long terme ayant une évaluation à jour est de 70 % alors que celle des usagers ayant une évaluation et un plan d'intervention à jour est de 68 %. Ces proportions ont diminué de plus de 10 points de pourcentage en 2021-2022 pour s'établir respectivement à 60 % d'usagers avec une évaluation et 57 % d'usagers avec une évaluation et un plan d'intervention à jour, ce qui suggère un certain relâchement des activités d'évaluation au cours de la pandémie de COVID-19.
- En 2019-2020, 57 % des usagers du SAD qui ont été hospitalisés ont reçu une intervention en soins infirmiers à domicile dans les sept jours suivant leur congé.

- En 2019-2020, 67 % des usagers du SAD long terme ont continué à recevoir des services de SAD dans leurs 30 derniers jours de vie. Cette même clientèle a toutefois aussi fréquenté l'urgence dans des proportions semblables (64 %) au cours de leurs 30 derniers jours, ce qui soulève la question de la suffisance relative des services offerts compte tenu de la complexité des besoins des usagers des services de SAD.

TENDANCE 2021-2022

- Toujours « bonne » en 2021-2022, la pertinence globale a tout de même perdu 6 points de pourcentage par rapport à 2019-2020, notamment en raison de la diminution du pourcentage d'usagers du SAD ayant une évaluation et un plan d'intervention à jour.

4.3.3. Résultats

4.3.3.1. Efficacité

Cette sous-dimension mesure les effets des interventions sur la durée, l'intensité, et les conséquences physiques et psychologiques des problématiques de santé ou sociales, ainsi que les effets sur la qualité de vie, la santé et le bien-être des usagers (Thiebaut et al., 2020).

QUE MESURE-T-ON ?

L'efficacité est mesurée à partir de quatre indicateurs associés à deux grandes thématiques, soit la réadmission à l'urgence ou à l'hôpital et le décès à domicile des usagers des soins palliatifs. Il s'agit plus précisément de :

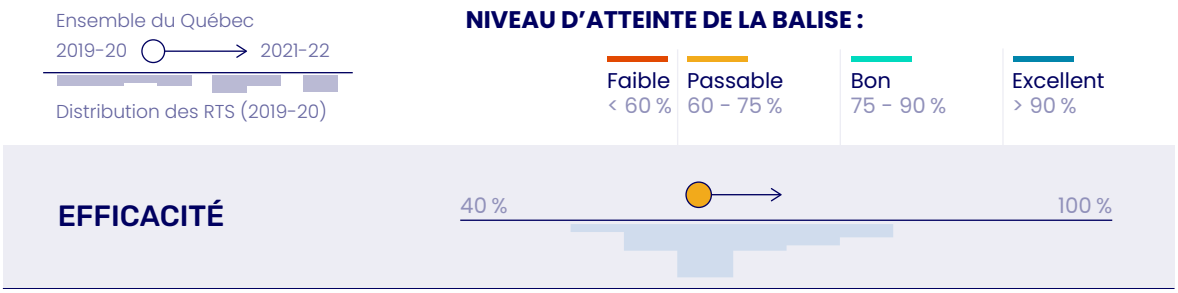
- la proportion des usagers du SAD qui :
  - sont retournés à l'urgence à l'intérieur d'un délai de 30 jours (S311_001.2) ;
  - ont visité l'urgence dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital (S311_002.1) ;
  - sont réadmis dans les 30 jours suivant un congé hospitalier (S311_003.1), et de ;
- la proportion de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile (S311_004).

Bien entendu, les services de SAD ne peuvent être les uniques responsables de l'évitement des services hospitaliers et d'urgence ou du succès des soins palliatifs. Les experts consultés soulignent toutefois que des services de SAD efficaces devraient participer à réduire certains de ces événements non souhaités.

En 2019-2020, dans l'ensemble du Québec, le score global d'efficacité est à peine « passable » avec un score de 62 % (figure 40). L'analyse territoriale révèle que le niveau d'atteinte de la balise est adéquat pour seulement deux RTS parmi les 22 évalués ; au contraire il est faible pour cinq d'entre eux (figure 41).

Figure 40. Dans l'ensemble du Québec, le score global d'efficacité est à peine **passable**, autant en 2019-2020 qu'en 2021-2022, malgré une augmentation durant la pandémie

Scores de la dimension efficacité pour l'ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

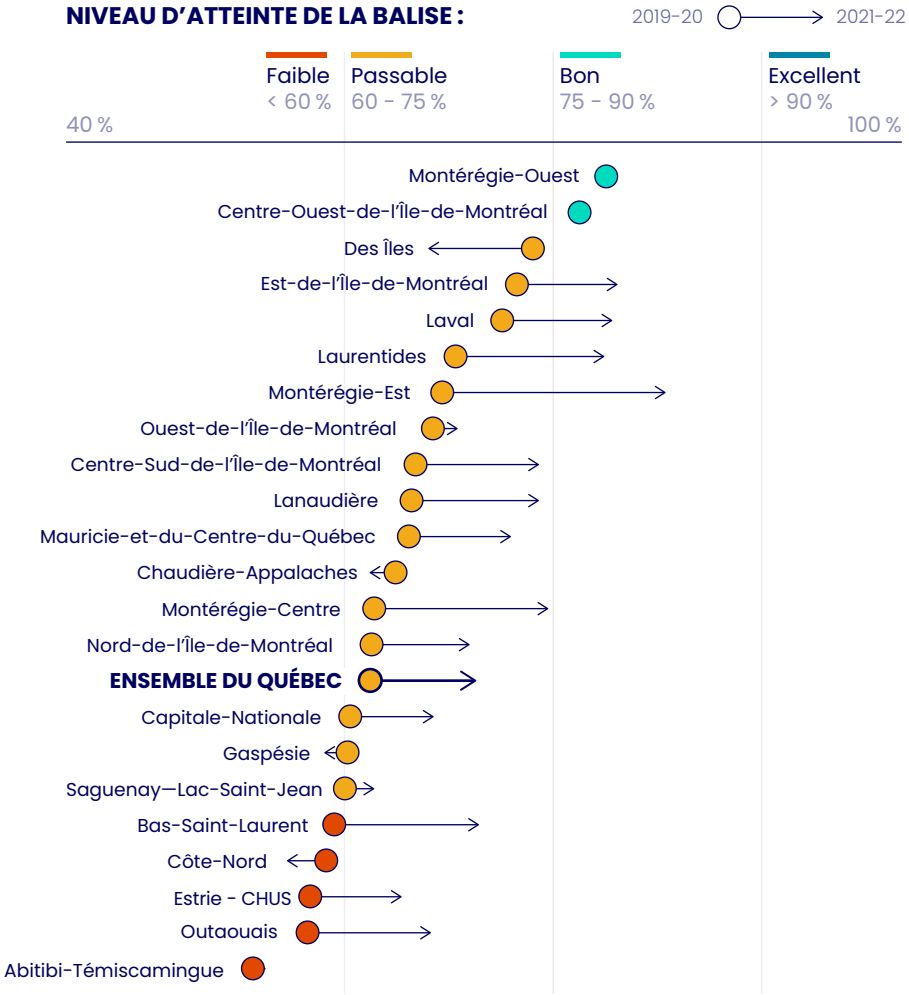


ZOOM SUR CERTAINS INDICATEURS

- En 2019-2020, 35 % des usagers du SAD sont retournés à l'urgence à l'intérieur d'un délai de 30 jours, 29 % ont visité l'urgence dans les 30 jours suivant une hospitalisation et 21 % ont été réadmis dans les 30 jours suivant un congé hospitalier. Ces constats varient peu d'un profil d'intervention à l'autre et sont similaires en 2021-2022.
- Toujours en 2019-2020, seulement 22 % des usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile sont décédés à domicile. En 2021-2022, cette proportion s'élève à 32 %. Elle varie toutefois de 5 % à 49 % d'un RTS à l'autre.

Figure 41. Le niveau d'atteinte de la balise de la dimension efficacité est adéquat pour seulement deux RTS parmi les 22 évalués, autant avant qu'après la pandémie, malgré une augmentation dans la plupart des RTS en 2021-2022

Scores de la dimension efficacité selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



TENDANCE 2021-2022

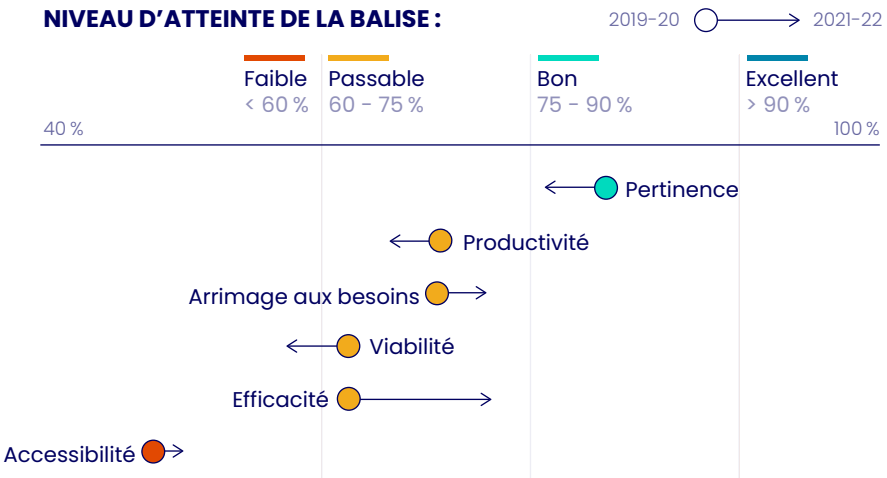
- Bien que le score de la dimension demeure « passable » en 2021-2022, il gagne 8 points de pourcentage par rapport à 2019-2020.
- Cette augmentation s'observe dans 14 des 22 RTS à l'étude, notamment ceux qui ont été les plus touchés ou moyennement touchés par la pandémie de COVID-19. Ces observations suggèrent une modification des pratiques en faveur d'un recours plus important à l'intervention à domicile dans un contexte de pandémie.

4.3.4. Synthèse des résultats d'appréciation de la performance

Une vue d'ensemble des scores de performance des six dimensions à l'étude met en évidence l'enjeu majeur que représente l'accessibilité au Québec avant l'entrée en pandémie. Les dimensions de viabilité, d'arrimage aux besoins, de productivité et d'efficacité laissent également place à l'amélioration avec des scores passables. À tout le moins, le Québec fait bonne figure pour la pertinence des soins et des services (figure 42).

Figure 42. Dans l'ensemble du Québec, le principal enjeu rencontré concerne l'accessibilité ; les dimensions de viabilité, d'arrimage aux besoins, de productivité et d'efficacité laissent également place à l'amélioration avec des scores passables — seule la dimension de pertinence affiche un score adéquat

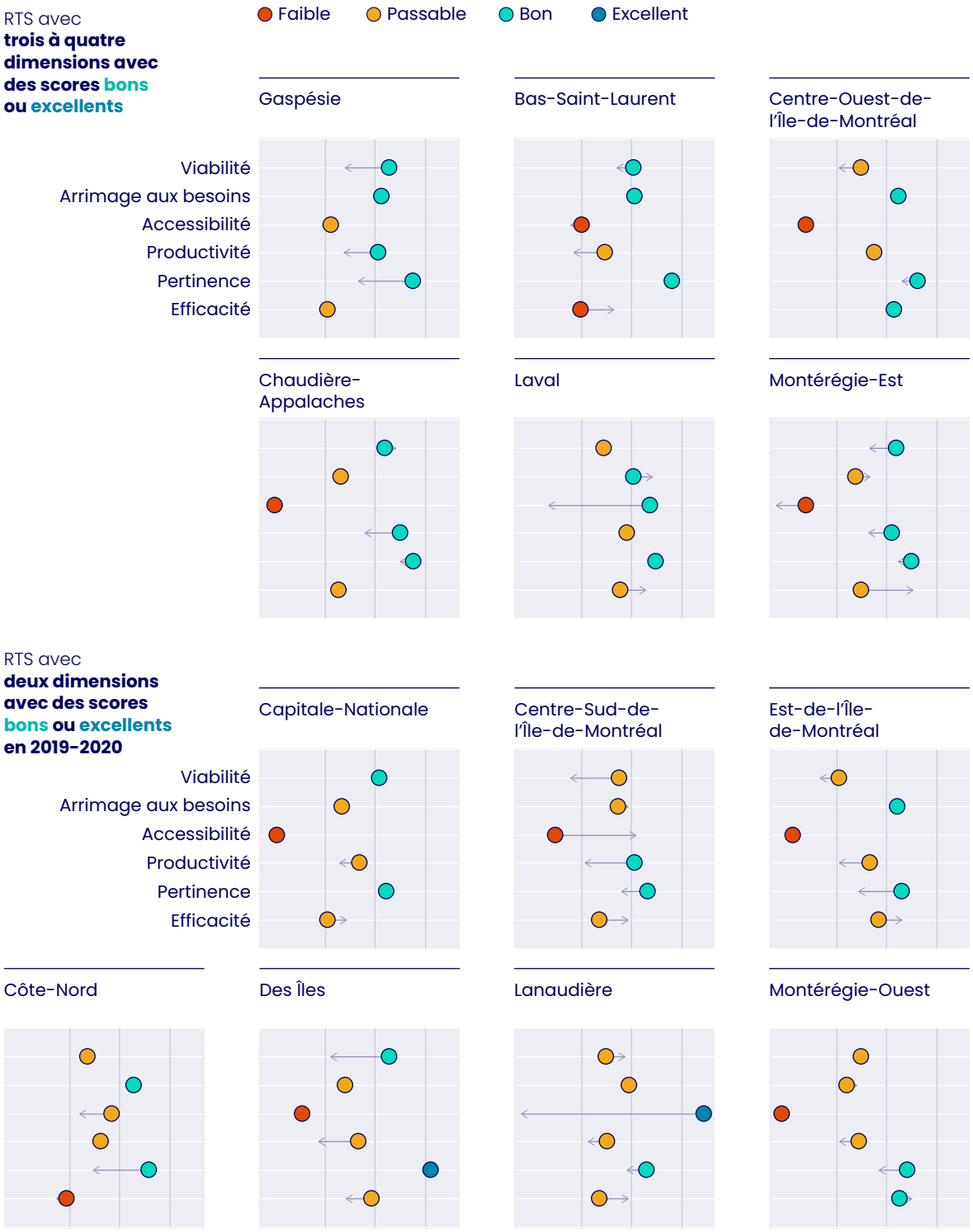
Scores des dimensions évaluées aux services de SAD, ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022



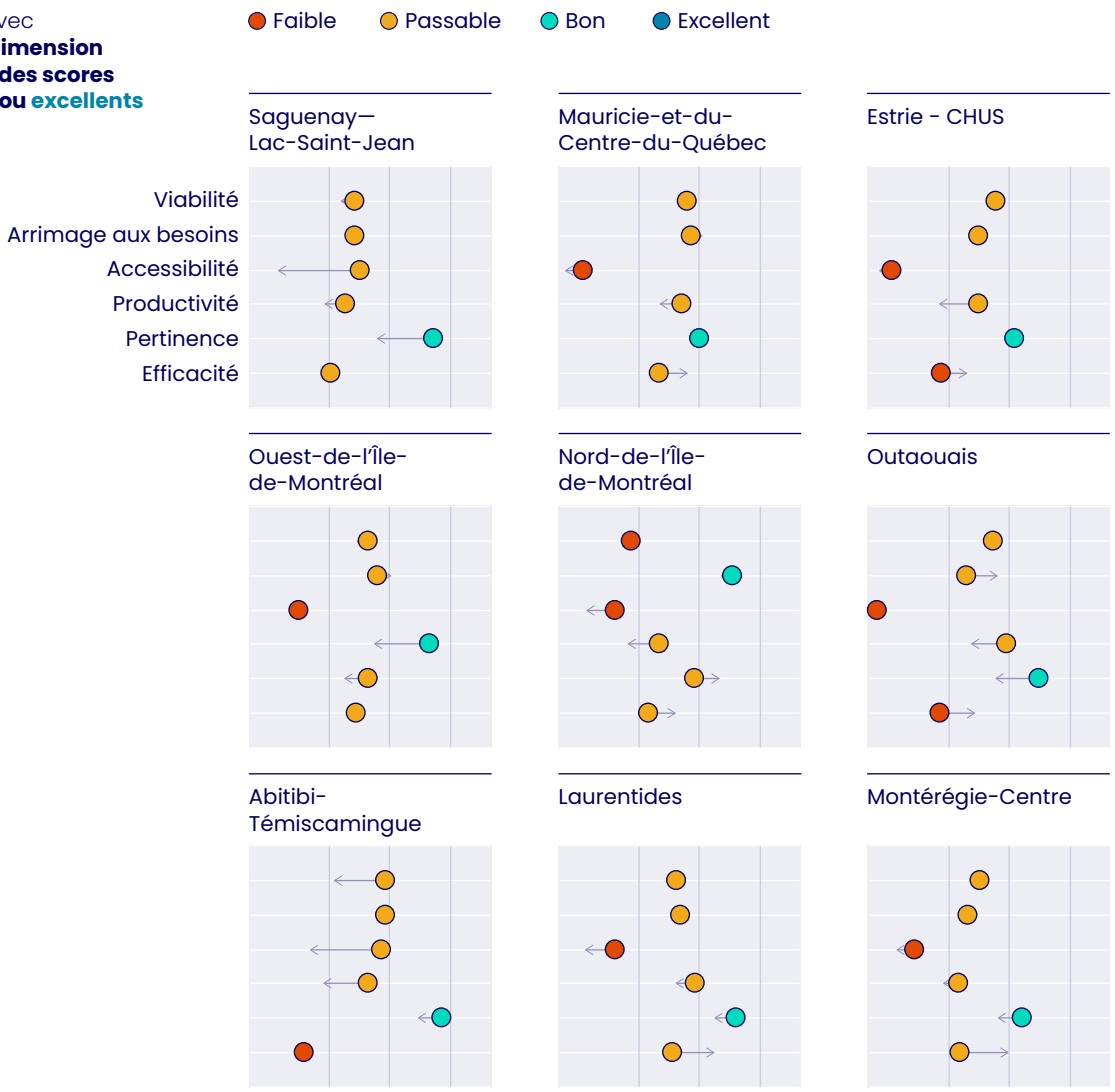
Si seule la pertinence présente un bon score à l'échelle de la province, bon nombre de RTS affichent de bons résultats dans plus d'une dimension. En effet, le RTS de la Gaspésie obtient un score bon ou excellent dans quatre dimensions et cinq RTS se distinguent favorablement dans trois dimensions, soit les RTS du Bas-Saint-Laurent, du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, de Chaudière-Appalaches, de Laval et de la Montérégie-Est (figure 43).

Figure 43. Six RTS se distinguent favorablement et affichent des scores adéquats dans au moins trois dimensions sur les six évaluées

Scores des dimensions évaluées aux services de SAD selon le RTS, 2019-2020 et 2021-2022



RTS avec
une dimension
avec des scores
bons ou excellents



TENDANCE 2021-2022

- Pour l'ensemble du Québec, l'accessibilité demeure un enjeu en 2021-2022. Cette dernière est rejointe par la viabilité qui atteint un « faible » score. Comparés à 2019-2020, les niveaux d'atteinte de la balise diminuent aussi substantiellement dans les dimensions de la pertinence et de la productivité ; même si elles demeurent respectivement à un niveau « bon » et « passable ».
- À l'échelle territoriale, seuls les RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de Laval continuent à se démarquer favorablement dans au moins la moitié des dimensions mesurées.

Qu'en retient le CSBE ?

L'évaluation de la performance des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS offerts par les CLSC en 2019-2020 montre que, dans l'ensemble du Québec et la majorité des territoires, les principaux enjeux rencontrés concernent la viabilité (en particulier la suffisance des ressources humaines, les conditions de travail et l'encadrement), l'accessibilité, l'arrimage aux besoins, la productivité et l'efficacité. Seule la dimension de pertinence affiche un score adéquat.

En 2021-2022, malgré un rehaussement important des ressources financières et des contraintes reliées à la pandémie, ces résultats demeurent semblables pour l'ensemble du Québec à l'exception de la viabilité, dont le score a diminué pour atteindre un niveau jugé « faible ».

4.3.5. Équité

La présente section du rapport s'intéresse à l'équité des services de SAD qui sont sous la gouverne des CI(U)SSS. En premier lieu, une analyse de la couverture des services en fonction des besoins populationnels y est présentée, suivie d'une analyse des variations de différentes dimensions de la performance selon certaines variables sociodémographiques.

RAPPEL DE LA DÉFINITION DE L'ÉQUITÉ SELON LE CADRE DU CSBE

Selon le cadre d'évaluation de la performance du CSBE, l'équité est l'absence d'écarts injustes et évitables, relatifs (ICIS, 2018) aux différentes dimensions de la performance (Thiebaut et al., 2020), entre différents groupes définis selon des facteurs socioéconomiques, démographiques et géographiques (Irwin et Scali, 2010). Il s'agit d'une dimension transversale du cadre du CSBE puisqu'elle se décline en équité de ressources, d'accès, de qualité et de résultats.

4.3.5.1. Couverture des services de SAD selon les besoins

Pour être équitables, il est attendu des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS que ceux-ci soient distribués en fonction des besoins de la population. C'est dans cette perspective que nous avons mené une analyse qui met en relation le pourcentage de la population ayant reçus des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS en 2019-2020 avec le pourcentage de la population ayant déclaré un besoin pour au moins une AVQ (selon les données de l'ESCC 2017-2018, voir chapitre 2).

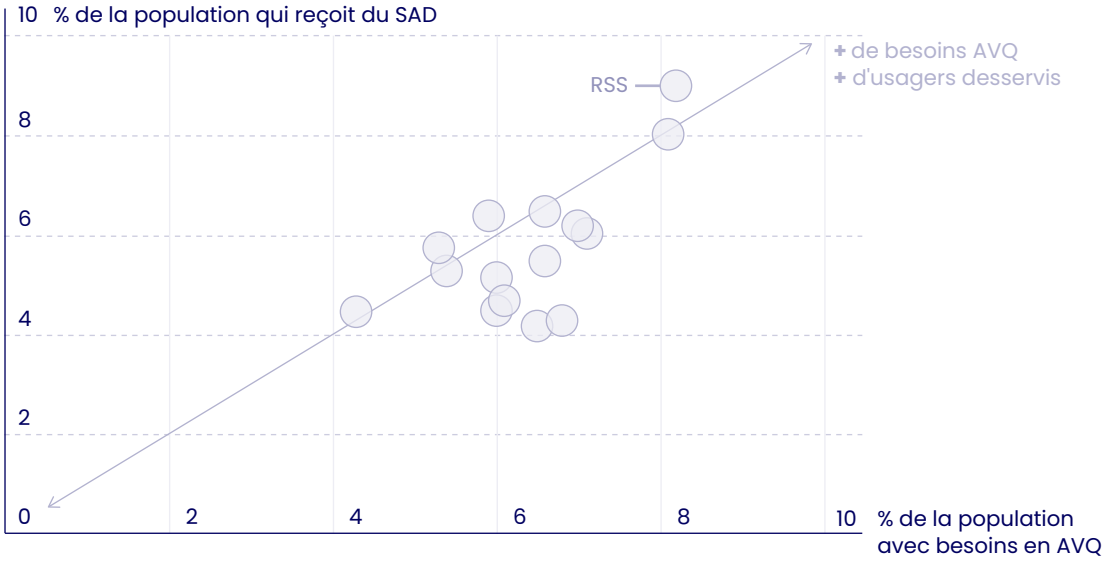
D'abord, mentionnons qu'en 2019-2020, le Québec dénombre 353 312 usagers des services de soutien à domicile sous la gouverne des CI(U)SSS, ce qui équivaut à 5,1 % de sa population de 18 ans et plus. Ce pourcentage se compare à celui estimé par l'ESCC en 2017-2018, selon laquelle 5,8 % des Québécois âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir besoin d'aide pour au moins une AVQ.

De plus, comme l'illustre la figure 44, le pourcentage de la population desservie par les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS dans chaque région est fortement corrélé au pourcentage de la population ayant déclaré un besoin en AVQ (r = 0,7 %).

Malgré les limites inhérentes aux données d'enquêtes pour estimer les besoins populationnels, ces résultats suggèrent qu'en général, la couverture des services s'arrime assez bien aux besoins de la population.

Figure 44. Le pourcentage de la population desservie par les services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS dans chaque région est fortement corrélé au pourcentage de la population ayant déclaré un besoin en AVQ

Pourcentage de la population de 18 ans et plus qui a reçu des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS en fonction du pourcentage de la population de 18 ans et plus ayant déclaré un besoin en AVQ[1], par RSS, 2019-2020



1. Besoins estimés à partir des données de l'ESCC 2017-2018.

4.3.5.2. Analyse de l'équité relative à la performance

Cette section du rapport concerne l'équité des services de SAD offerts par les CI(U)SSS sous l'angle de l'équité d'accès, de qualité et de résultats. On y présente une analyse croisée des scores de 6 indicateurs relatifs à 3 dimensions de la performance (accessibilité, pertinence, efficacité) dans chacun des RTS en fonction de certains facteurs sociodémographiques, soit l'âge, le sexe et l'indice combiné[18] de défavorisation matérielle et sociale. Mentionnons que sur les plans de l'accessibilité, de la qualité et des résultats, il est attendu que les services de SAD varient le moins possible entre ces différents groupes comparés.

18 Un indice combiné exprimé en quintiles qui tient compte des dimensions matérielle et sociale a été utilisé tel que suggéré dans la documentation technique de l'INSPQ (1re option page 3; INSPQ, 2019).

Ainsi, dans chaque RTS, nous avons calculé la différence (en %) de chaque score d'indicateur entre les groupes suivants : 65-84 ans et 85 ans et plus ; hommes et femmes ; personnes favorisées (quintile 1) et personnes défavorisées (quintile 5).

ÉQUITÉ D'ACCÈS

Afin d'examiner la notion d'équité d'accès, nous avons analysé les délais moyens entre une nouvelle demande de service et une première intervention aux services de SAD selon l'âge, le sexe et l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

Lorsque l'on considère le Québec dans son ensemble, les scores relatifs aux délais du SAD semblent équivalents dans les différents groupes comparés (figure 45). Cependant, ces scores varient passablement à l'échelle territoriale selon l'âge, le sexe et la défavorisation — par exemple, notons qu'ils sont meilleurs chez les personnes défavorisées pour sept des 21 RTS étudiés tandis qu'ils sont meilleurs chez les personnes favorisées pour cinq autres RTS. Cette grande variabilité territoriale témoigne probablement d'une divergence dans les pratiques, mais ne suggère pas un biais systémique lié à l'âge, au sexe ou à la condition socioéconomique.

COMMENT INTERPRÉTER LES FIGURES DE CETTE SECTION ?

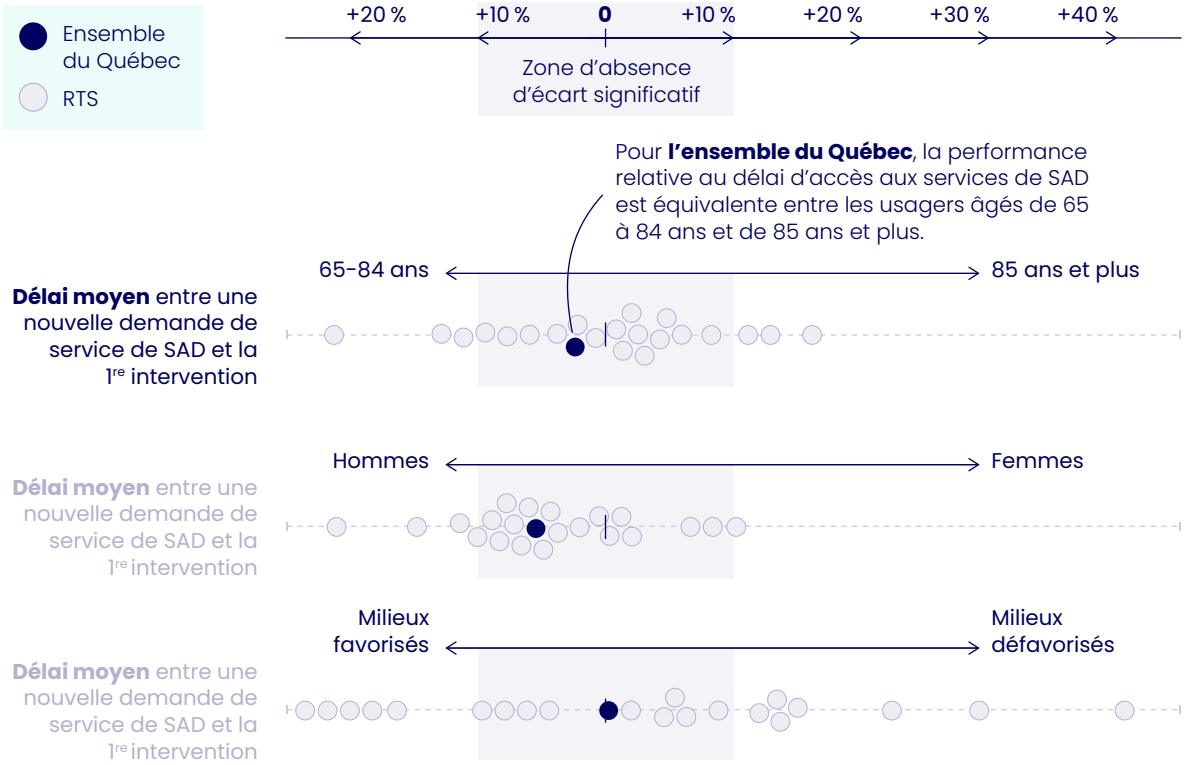
Zone centrale : Absence d'écart entre les groupes comparés selon l'âge, le sexe ou l'indice de défavorisation matérielle et sociale (différence inférieure à 10 % considérée comme non significative).

Zone de gauche : Meilleure performance chez les personnes âgées de 65 à 84 ans, chez les hommes et chez les personnes plus favorisées sur les plans matériel et social.

Zone de droite : Meilleure performance chez les personnes âgées de 85 ans et plus, chez les femmes et chez les personnes plus défavorisées sur les plans matériel et social.

Figure 45. Malgré certaines variations territoriales, les scores relatifs aux délais du SAD dans l'ensemble du Québec semblent équivalents entre les groupes comparés

Écarts de scores d'un indicateur de la dimension accessibilité entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020



ÉQUITÉ DE QUALITÉ

L'analyse des variations en matière de qualité a été documentée à l'aide de deux indicateurs qui portent sur la pertinence :

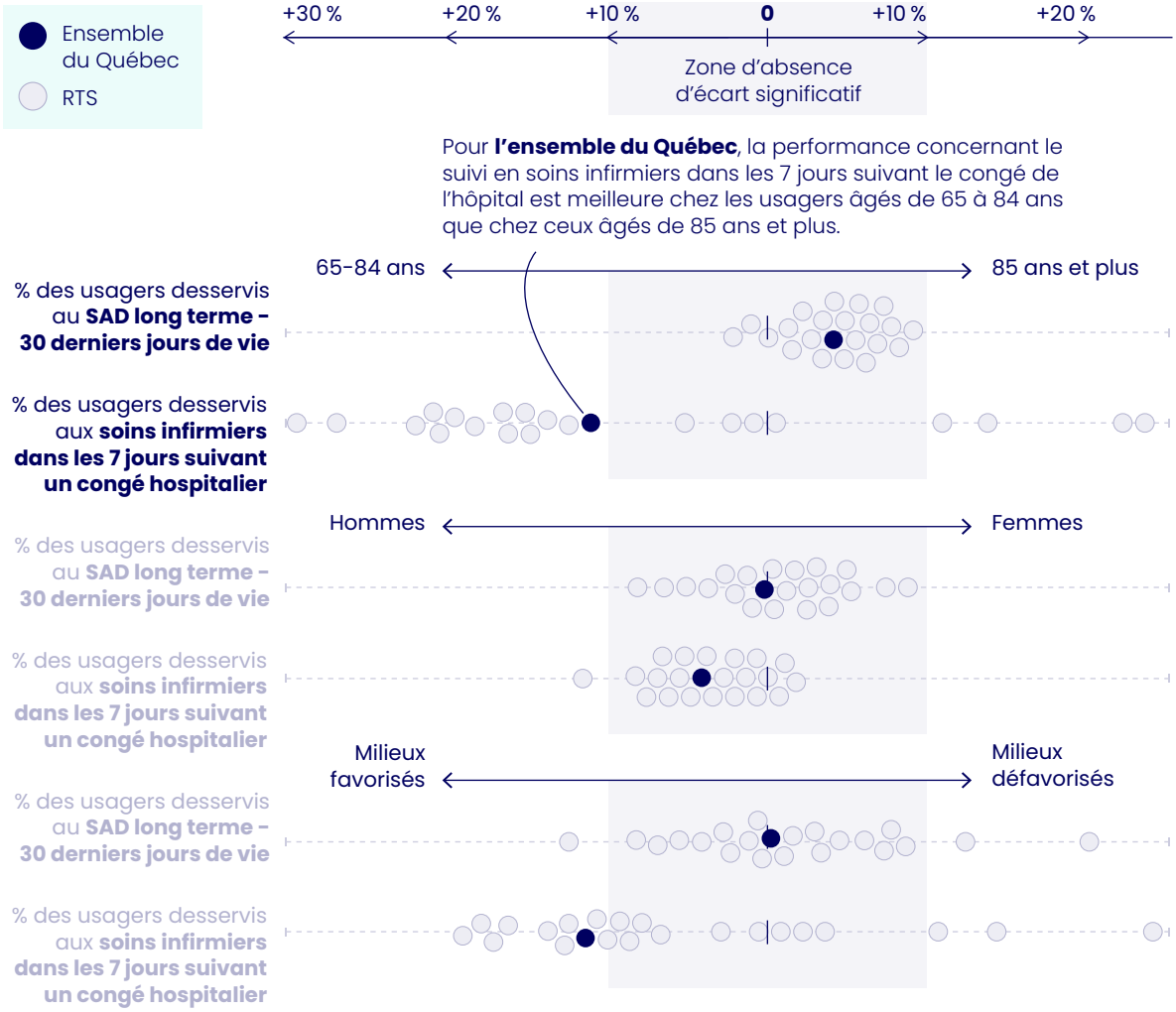
- Proportion d'usagers des services de SAD long terme de 18 ans et plus qui, dans leurs 30 derniers jours de vie, ont continué à recevoir des services de SAD.
- Proportion des usagers du SAD de 18 ans et plus ayant été hospitalisés qui ont reçu une intervention en soins infirmiers dans les 7 jours suivant leur congé.

En ce qui concerne le premier indicateur sur les usagers qui ont continué à recevoir du SAD dans leurs derniers jours de vie, on constate peu de variations des scores selon les différents groupes comparés (figure 46). Pour ce qui est de l'indicateur sur les usagers ayant reçu une intervention en soins infirmiers dans les 7 jours suivant leur congé, on observe un meilleur score chez les personnes âgées de moins de 85 ans, autant

dans l'ensemble du Québec que pour la majorité des RTS (13/22). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces usagers ont probablement davantage recours aux services de SAD en raison de problèmes de santé instables requérant un suivi diligent. De même, on remarque que dans l'ensemble du Québec, les personnes plus favorisées sur les plans matériel et social ont un meilleur score pour ce même indicateur — notons toutefois que cela touche seulement 8 RTS sur 22.

Figure 46. Concernant la pertinence des soins, on note une absence d'écart systémique en fonction de l'âge, du sexe et de la défavorisation matérielle et sociale

Écarts de scores de deux indicateurs de la dimension pertinence entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020



ÉQUITÉ DE RÉSULTATS

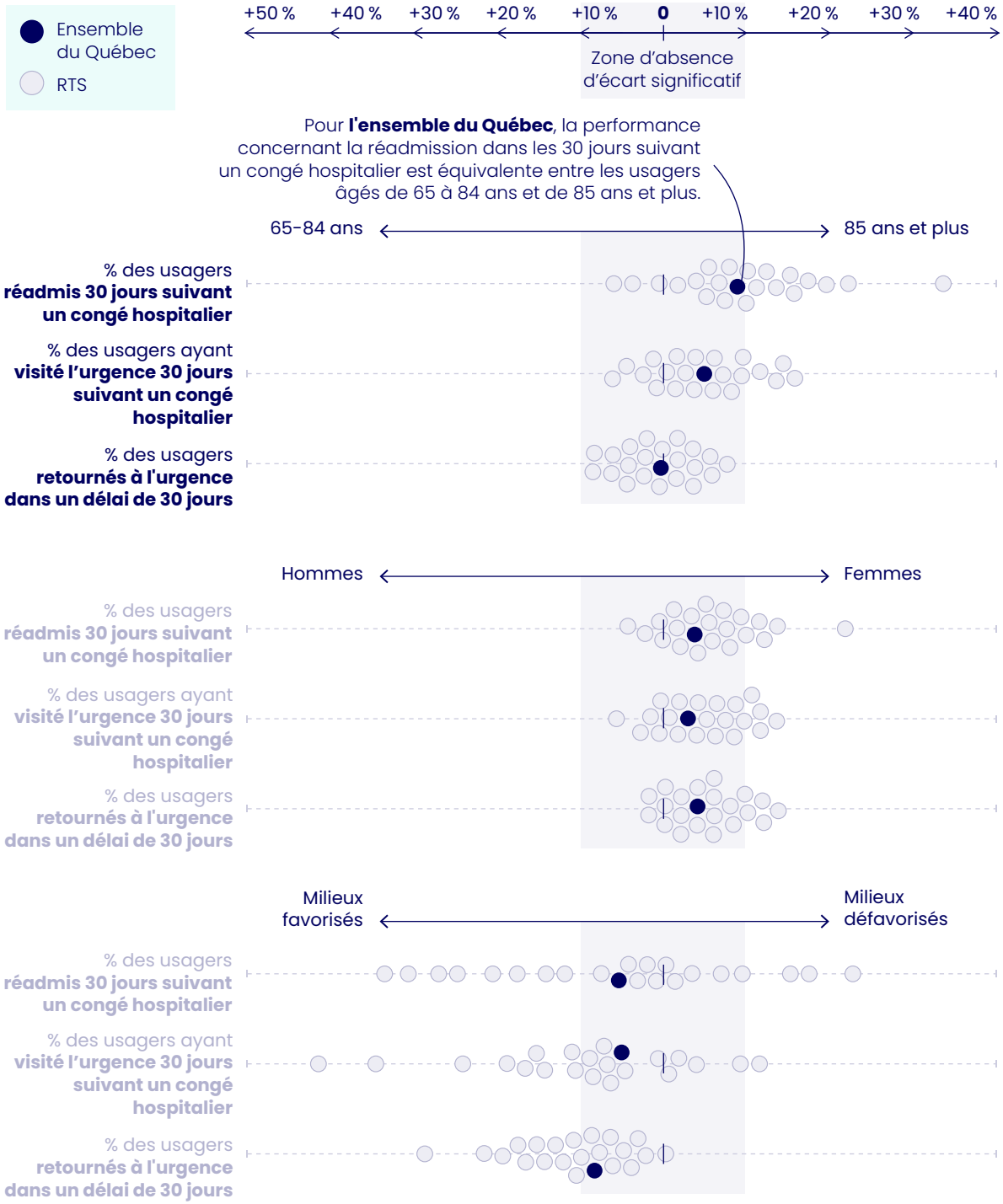
L'analyse des variations entre les RTS en matière de résultats a été effectuée à partir des trois indicateurs suivants, qui concernent l'efficacité des services de SAD :

- Proportion d'usagers des services de SAD de 18 ans et plus qui sont retournés à l'urgence à l'intérieur d'un délai de 30 jours.
- Proportion d'usagers des services de SAD de 18 ans et plus qui ont visité l'urgence dans les 30 jours suivant un congé hospitalier.
- Proportion d'usagers des services de SAD de 18 ans et plus qui sont réadmis dans les 30 jours suivant un congé hospitalier.

L'analyse des scores pour l'ensemble du Québec montre peu de variations selon l'âge, le sexe et la défavorisation en matière d'efficacité (figure 47). Par ailleurs, l'examen par territoire montre davantage de variabilité entre les groupes comparés. À cet effet, notons que dans plusieurs RTS, les milieux favorisés affichent de meilleurs scores pour les trois indicateurs étudiés. Ceci peut être attribuable à une meilleure santé chez cette population, sachant que la défavorisation sociale et matérielle est un important déterminant de la santé.

Figure 47. En matière d'efficacité, l'analyse des scores pour l'ensemble du Québec montre peu de variations selon l'âge, le sexe et la défavorisation

Écarts de scores de trois indicateurs de la dimension efficacité entre les groupes comparés selon le sexe, l'âge et l'indice de défavorisation matérielle et sociale, par RTS, 2019-2020



Qu’en retient le CSBE ?

Le pourcentage de la population ayant recours aux services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS dans les différentes régions est semblable à celui de la population ayant déclaré un besoin. Ainsi, la couverture populationnelle de ce programme semble être arrimée aux besoins populationnels, tels qu’estimés par les données d’enquêtes.

En ce qui a trait aux délais d’accès, à la pertinence des soins et l’efficacité des services sous la gouverne des CI(U)SSS, on observe certaines variations territoriales, mais une absence d’écart systémique en fonction de l’âge, du sexe et de la défavorisation matérielle et sociale.

4.3.6. Analyse de la valeur

EN QUOI CONSISTE NOTRE ANALYSE DE LA VALEUR ?

Rappelons que, selon le cadre d'évaluation du CSBE, un système de santé performant axé sur la valeur offre des soins et des services conçus et organisés de manière à maximiser les résultats qui comptent pour les personnes, en conformité avec les valeurs de la population et en considération des ressources consenties.

L'analyse de la valeur présentée dans cette section consiste à apprécier le rapport suivant :

$$\text{Valeur} = \frac{\text{Résultats importants pour les personnes}}{\text{Coûts totaux des services de SAD des CI(U)SSS}}$$

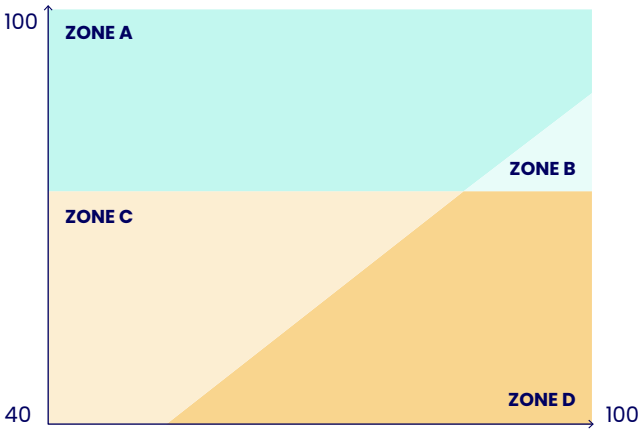
Dans le cadre de cette analyse, les résultats importants pour les personnes sont appréciés à l'aide des dimensions suivantes compte tenu de leur impact reconnu sur les résultats de santé, de bien-être et d'expérience vécue par les usagers :

- l'ajustement aux besoins[19]
- l'accessibilité
- la pertinence
- l'efficacité

Notre approche analytique consiste à mettre en relation les scores de chacune de ces quatre dimensions avec le niveau relatif de ressources financières mobilisées dans les services de SAD — mission CLSC en 2019-2020, et ce, pour l'ensemble du Québec et chacun des RTS. Cette approche permet d'identifier les RTS dont les CI(U)SSS se démarquent favorablement ou défavorablement en termes de valeur relative d'un aspect donné.

19 Cette sous-dimension de l'arrimage aux besoins de la population a été retenue comme marqueur de valeur, puisque plus près de l'expérience patient. La couverture populationnelle a par ailleurs été traitée dans la section sur la relation entre la couverture et l'intensité.

Pour faciliter l'interprétation des résultats, quatre « zones de valeur » sont ainsi définies :



Légende :
Zone A - Bonne performance, supérieure à celle attendue[20] compte tenu des ressources mobilisées
Zone B – Bonne performance, mais inférieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées
Zone C – Faible performance, mais supérieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées
Zone D – Faible performance, inférieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées

QUE DISENT NOS RÉSULTATS ?

Comme l'illustrent la figure 48 et le tableau 7, l'analyse de la valeur des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS en 2019-2020 montre que davantage de valeur semble produite lorsqu'elle est analysée sous l'angle de la pertinence, puisque la vaste majorité des RTS (19/22) se retrouve dans une position de valeur relative favorable (zone A). En ce qui a trait à l'ajustement aux besoins de la population, on observe que six des 22 RTS évalués se distinguent favorablement sur le plan de la valeur relative. En ce qui a trait à l'accessibilité et à l'efficacité, seulement deux RTS se retrouvent dans une position de valeur relative favorable.

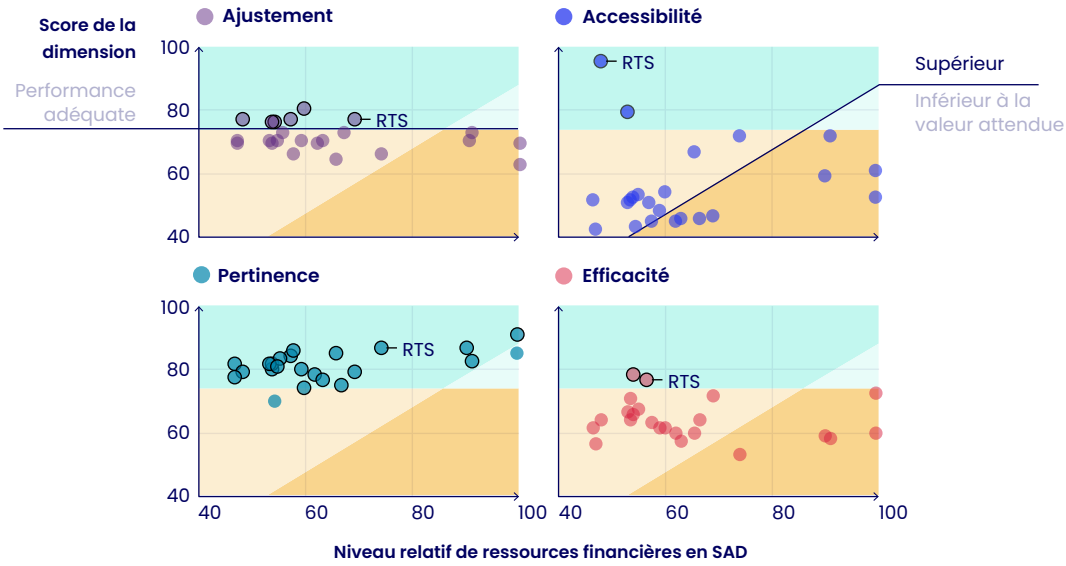
En somme, trois RTS se distinguent favorablement dans trois dimensions, et deux RTS se distinguent favorablement dans deux dimensions (tableau 8). De plus, on remarque qu'il semble plus difficile pour certaines régions éloignées d'atteindre la zone de valeur relative favorable. À cet effet, il est attendu que ces régions dont les coûts sont plus élevés, notamment en raison des dépenses associées au déplacement, aient plus de difficulté à atteindre une bonne performance à moindre coût.

Finalement, bien que certains RTS réussissent à créer de la valeur, notre analyse montre que globalement, des niveaux de ressources financières plus élevées en SAD ne se traduisent pas par une meilleure performance en ce qui concerne les dimensions qui sont valorisées par les personnes.

20 Le niveau d'atteinte de la balise se situe au niveau attendu lorsque, pour un RTS donné, la différence en absolu entre le score de la dimension évaluée et le niveau relatif de ressources mobilisées pour ce territoire est inférieure à 10 points.

Figure 48. Davantage de valeur semble produite lorsqu'elle est analysée sous l'angle de la pertinence, puisque la vaste majorité des RTS se retrouve dans une position de valeur relative favorable

Analyse de la valeur pour la sous-dimension ajustement aux besoins et les dimensions accessibilité, pertinence et efficacité, ensemble du Québec, 2019-2020



Légende :
Zone A - Bonne performance, supérieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées
Zone B – Bonne performance, mais inférieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées
Zone C – Faible performance, mais supérieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées
Zone D – Faible performance, inférieure à celle attendue compte tenu des ressources mobilisées

Tableau 7. Nombre de RTS dans chaque zone de valeur relative concernant l'ajustement aux besoins, l'accessibilité, la pertinence et l'efficacité, 2019-2020 et 2021-2022

	Ajustement aux besoins		Accessibilité		Pertinence		Efficacité	
	2019-2020	2021-2022	2019-2020	2021-2022[2]	2019-2020	2021-2022	2019-2020	2021-2022
ZONE A Bonne performance - supérieure à celle attendue[1]	6	11	2	1	19	9	2	6
ZONE B Bonne performance - inférieure à celle attendue[1]	-	2	-	-	1	1	-	-
ZONE C Faible performance - supérieure à celle attendue[1]	12	3	10	-	2	7	15	5
ZONE D Faible performance - inférieure à celle attendue[1]	4	6	10	20	-	5	5	11

1. Compte tenu des ressources mobilisées.
2. Données non disponibles pour le RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Tableau 8. RTS qui se sont distingués favorablement en termes de valeur relative pour les dimensions retenues dans l'analyse de la valeur (Zone A), 2019-2020

	Ajustement	Accessibilité	Pertinence	Efficacité
RTS de Laval				
RTS de Lanaudière				
RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal				
RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal				
RTS de la Montérégie-Ouest				

Tableau 9. RTS qui se sont distingués favorablement en termes de valeur relative pour les dimensions retenues dans l'analyse de la valeur (Zone A), 2021-2022

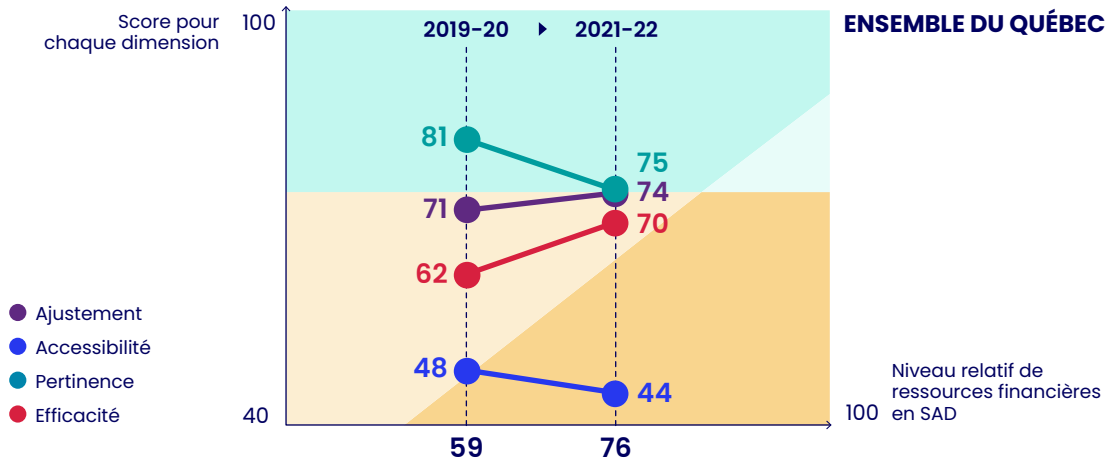
	Ajustement	Accessibilité	Pertinence	Efficacité
RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal				
RTS de Laval				
RTS des Laurentides				
RTS de la Montérégie-Est				
RTS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal				
RTS du Nord-de-l'Île-de-Montréal				
RTS de la Montérégie-Ouest				
RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal				

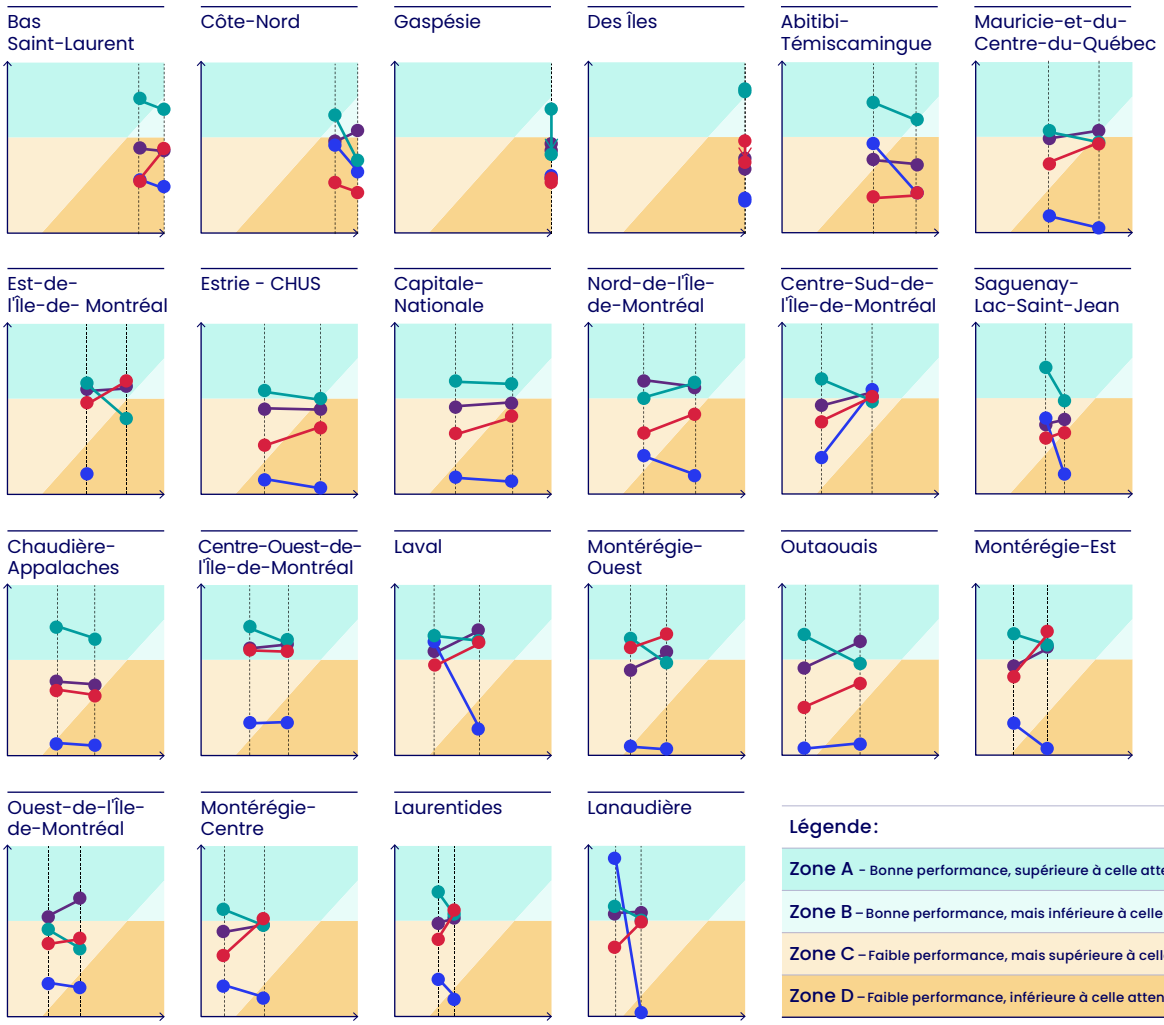
TENDANCE 2021-2022

- Rappelons que, de 2019-2020 à 2021-2022, le niveau relatif de ressources financières a augmenté partout au Québec.
- La période 2020-2021 à 2021-2022 a par ailleurs connu d'importantes perturbations dues à la pandémie de COVID-19 ; il est ainsi difficile d'attribuer les variations de performances observées aux seules ressources financières supplémentaires consenties.
- À l'échelle de la province, notre analyse suggère des gains de valeur relative en efficacité et, dans une moindre mesure, en ajustement aux besoins de la population. Au contraire, des pertes de valeur relative en accessibilité et en pertinence sont observées au cours de la période à l'étude (figure 49).
- De plus, le nombre de RTS qui se distinguent favorablement dans trois des quatre dimensions évaluées est passé de trois à quatre de 2019-2020 à 2021-2022 (tableaux 8 et 9).

Figure 49. À l'échelle provinciale, après deux ans de pandémie, on observe des gains de valeur relative en efficacité et en ajustement aux besoins, mais des pertes de valeur relative en accessibilité et en pertinence

Analyse de la valeur pour la sous-dimension ajustement aux besoins et les dimensions accessibilité, pertinence et efficacité, ensemble du Québec et selon le RTS, de 2019-2020 à 2021-2022





Légende:

- **Zone A** – Bonne performance, supérieure à celle attendue
- **Zone B** – Bonne performance, mais inférieure à celle attendue
- **Zone C** – Faible performance, mais supérieure à celle attendue
- **Zone D** – Faible performance, inférieure à celle attendue compte

Qu'en retient le CSBE ?

Globalement, des niveaux de ressources financières plus élevés en SAD ne se traduisent pas par une meilleure performance en ce qui concerne les dimensions qui sont valorisées par les personnes. Néanmoins, certains RTS se distinguent favorablement en termes de valeur relative compte tenu des ressources financières à leur disposition. C'est particulièrement le cas de trois RTS qui affichent, en 2019-2020, des scores adéquats dans trois des quatre dimensions évaluées — ce nombre passe à quatre RTS à la fin de la pandémie.

CONCLUSION

Ce rapport d'évaluation a permis d'apprécier la performance de l'écosystème SAD en général et plus spécifiquement, d'évaluer la performance des services de SAD offerts par les CLSC sous la gouverne des CI(U)SSS. En s'appuyant sur le cadre d'appréciation du CSBE axé sur la valeur, notre analyse a permis d'explorer les différentes dimensions de la performance pour lesquelles des données étaient disponibles, tout en jetant un regard particulier sur certains résultats importants pour les personnes concernées par le soutien à domicile et sur l'équité des différents services et programmes de SAD.

Un premier coup d'œil sur la performance des services de SAD dans un contexte canadien nous apprend que, malgré des dépenses en SAD parmi les plus faibles au pays, le Québec se comparerait assez bien aux autres provinces en termes de délais d'accès, de coordination, de satisfaction des usagers et d'efficacité des services de SAD pour aider au maintien à domicile. Les besoins non comblés des usagers et des proches aidants seraient toutefois plus défavorables au Québec lorsqu'on le compare aux provinces avec les meilleurs résultats.

En s'intéressant à l'évolution des dépenses de l'écosystème SAD au Québec au fil des années, on constate que celles-ci n'ont pas été aussi importantes qu'aurait pu le laisser présager les ambitions de la politique de soutien à domicile mise en œuvre en 2003 (MSSS, 2003). En effet, malgré une croissance des dépenses de SAD supérieure à celle de l'ensemble des dépenses de santé depuis 2015-2016, le pourcentage des dépenses de SAD par rapport à l'ensemble des dépenses de santé est demeuré modeste, soit autour de 4 %, au cours des 20 dernières années. Notons toutefois un récent rehaussement de l'effort financier en SAD ayant porté ce pourcentage à 4,8 % en 2021-2022.

L'analyse régionale des dépenses et des mesures fiscales en SAD a mis en exergue d'importantes divergences dans l'importance relative de chacun des programmes de l'écosystème SAD. Cela témoigne possiblement de différentes réalités territoriales et de modes d'organisation diversifiés de l'offre de services.

Qui plus est, une analyse de la valeur mettant en relation les dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD de 2019-2020 avec le pourcentage de jours passés à domicile dans les six derniers mois de vie — une mesure directe d'un résultat qui compte pour les personnes — met en évidence que les régions qui dépensent davantage en SAD ne permettent pas de maintenir plus longtemps leurs résidents à domicile. En d'autres mots, un plus grand effort financier en SAD ne s'est pas traduit par plus de résultats pour le maintien à domicile en fin de vie. Comme le suggérait une étude américaine qui faisait le même constat (Groff et al., 2016), les organisations qui produisent

les meilleurs résultats à cet égard sont possiblement celles qui réussissent à offrir des services réellement organisés autour de cet objectif qui constitue d'ailleurs la pierre angulaire de la politique de 2003 (MSSS, 2003), soit que les personnes demeurent le plus longtemps à la maison si elles le souhaitent. À cet effet, il est permis de croire qu'une transformation des pratiques pour qu'elles soient davantage axées sur les résultats qui comptent le plus pour les personnes permettrait de contribuer à créer davantage de valeur pour la population.

Nos analyses par dimension de la performance des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS indiquent que de nombreux enjeux qui existaient avant la pandémie persistent toujours en 2021-2022. Ceux-ci concernent la plupart des dimensions étudiées soit la viabilité, l'accessibilité, l'arrimage aux besoins, la productivité et l'efficacité. Seule la pertinence des soins est considérée adéquate, autant avant qu'après la pandémie.

Les travaux sur l'intensité des services de SAD que nous présentons révèlent que les interventions pour les profils long terme se concentrent sur une faible proportion d'usagers. En outre, on apprend que l'intensité de services des usagers des profils SAPA et DP adulte n'était pas suffisante en 2019-2020 pour répondre aux besoins d'une importante part d'usagers.

Finalement, en matière d'équité, ce rapport fait des constats intéressants. D'abord, la répartition des dépenses et mesures fiscales de l'écosystème SAD entre les différentes régions semble suivre, du moins en partie, les besoins populationnels estimés à partir des données d'enquêtes. De même, le pourcentage de la population ayant recours aux services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS est semblable à celui de la population déclarant des besoins d'aide à domicile dans les différentes régions. Il semble donc exister une certaine correspondance entre les besoins et la couverture de services de l'écosystème SAD. Précisons toutefois que cela ne signifie pas que ces services ont répondu à tous les besoins des usagers en temps opportun ou selon la bonne intensité. D'autre part, la performance des services offerts par les CI(U)SSS étudiée sous l'angle de l'accès, de la pertinence et de l'efficacité est généralement semblable entre les différents groupes comparés. Malgré une équité qui semble favorable à ces égards, les femmes, les personnes plus âgées et les personnes défavorisées sur les plans matériel et social affichent généralement de moins bons résultats en termes de maintien à domicile en fin de vie et de décès à domicile. Bien que les préférences de ces personnes en cette matière ne soient pas connues, cela suggère que certaines inégalités puissent exister. Encore une fois, une harmonisation des pratiques, une meilleure évaluation des besoins populationnels et une organisation des services davantage axée sur les résultats sont certainement des avenues à explorer pour s'assurer de pouvoir offrir du soutien à domicile qui réponde mieux aux besoins de la population, de manière équitable et pérenne.

BIBLIOGRAPHIE

Clavet, N.-J., Décarie, Y. et Hébert, R. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins* [Cahier de recherche]. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels.

Commissaire à la santé et au bien-être. (CSBE). (2022). *Fiche technique : L'accessibilité dans le cadre d'appréciation de la performance du système de santé du Commissaire à la santé et au bien-être.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Fiches_techniques/CSBE-Fiche_accessibilite.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être. (CSBE). (2023). *Bien vieillir chez soi - Tome 1 : comprendre l'écosystème. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSBE-Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile_V2.pdf

Décret 223-2022, 9 mars 2022. Gazette Officiel du Québec II, p.1534.

Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Leo-Summers, L., et al. (2019). Days Spent at Home in the Last Six Months of Life Among Community-Living Older Persons. *Am J Med*, 132(2), 234-239. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.10.029

Groff, A. C., Colla, C. H. et Lee, T. H. (2016). Days Spent at Home - A Patient-Centered Goal and Outcome. *N Engl J Med*, *375*(17), 1610-1612. https://doi.org/10.1056/NEJMp1607206

Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS). (2018). *À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité - Regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique.* https://secure.cihi.ca/free_products/Defining-stratifiers-measuring-health-inequalities-2018-fr-web.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ). (2019). *L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref.* [Guide méthodologique]. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/indice-defavorisation/guidemethodologiquefr.pdf

Irwin, A. et Scali, E. (2010). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1*. World Health Organization.

Jacobzone, S., Cambois, E. et Robine, J. M. (2000). La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population ? *Revue économique de l'OCDE, 30*. https://www.oecd.org/fr/economie/croissance/2732562.pdf

Kelley, E. et Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project*. Document de travail de l'OCDE sur la santé, no 23. Éditions OCDE. https://doi.org/10.1787/440134737301

Lafortune, G. et Balestat, G. (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in the 12 OECD Countries and the Future Implications., *26*. https://doi.org/10.1787/217072070078

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), RLRQ chapitre S-4.2. (1999). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile* (publication no 02-704-01). Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2020). *Taux de réponse aux besoins de soins infirmiers, d'assistance et de soutien pour la clientèle SAPA et DP adulte à domicile 2019-2020.* [Document de travail]. Direction du soutien à domicile.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2022). *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées* (publication no 22-814-01F). Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2023). *Orientations en soutien à domicile. Actualisation de la politique « Chez soi : le premier choix ».* Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf

Office des personnes handicapées du Québec. (OPHQ). (2022). *Les personnes avec incapacité au Québec : un portrait à partir des données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017 : besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne : volume 6*. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Enquetes/Internes/V06_Portrait_Incapacite_QC_ECI2017.pdf

RCEESAD. (2021). *Chez moi pour la vie, le choix des Québécois selon un sondage léger*. Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile. https://eesad.org/2021/02/sondage/

Teno, J. M., Gozalo, P., Trivedi, A. N., et al. (2018). Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions Among US Medicare Beneficiaries, 2000-2015. *Jama, 320*(3), 264-271. https://doi.org/10.1001/jama.2018.8981

Thiebaut, G.-C., Lavoie, C. et Labrecque-Pégoraro, S. (2020). *Pour des trajectoires de soins et de services performantes - Un outillage pour l'analyse et la mesure*. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4270660

ANNEXES

ANNEXE A

Liste des indicateurs du cadre d'évaluation de la performance du CSBE ayant permis la construction des scores agrégés aux fins de comparaisons canadiennes

Sous-dimension	Poids de l'indicateur	N°	Balise[a]	Source	Année	Nom de l'indicateur
RESSOURCES DU SYSTÈME						
Ressources financières	50 %	SC_121_01	394 $	ICIS	2021-2022	Dépenses en services à domicile et soins communautaires par habitant
Ressources financières	50 %	SC_121_02	7 %	ICIS	2021-2022	Pourcentage des dépenses de santé des gouvernements provinciaux en services à domicile et soins communautaires
ARRIMAGE AUX BESOINS						
s.o.	50 %	SC_215_01	21 %	ESCC	2019-2020	Pourcentage d'usagers de 65 ans et plus ayant déclaré un besoin de soins à domicile non comblé
s.o.	50 %	SC_215_02	23 %	ESG	2018	Pourcentage d'aidants qui auraient aimé recevoir d'autres formes de soutien pour leur rôle d'aidant au cours des 12 derniers mois
ACCESSIBILITÉ						
Temps opportun	100 %	SC_222_01	60 %	IHP CWF	2021	Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont attendu moins d'une semaine avant de recevoir le premier soin à domicile du gouvernement après en avoir fait la demande
CONTINUITÉ ET COORDINATION						
Coordination des services	100 %	SC_255_01	76 %	IHP CWF	2021	Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui qualifient de très bon ou excellent le niveau de coordination entre le fournisseur de soins à domicile et les autres professionnels de la santé comme le médecin de famille
RÉSULTATS						
Efficacité	100 %	SC_312_01	93 %	ICIS	2021	Pourcentage de ménages où au moins un membre a reçu des services à domicile qui ont été très utiles pour lui permettre de rester chez lui au cours des 12 derniers mois
Réactivité	100 %	SC_331_01	74 %	ESCC	2019-2020	Pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus ayant reçu des soins à domicile se disant très satisfaites des soins à domicile reçus

[a] Valeur de référence empirique.

ANNEXE B

Liste des indicateurs sur l'offre de services de l'écosystème SAD

Sous-dimension	N°	Source	Année	Nom de l'indicateur
RESSOURCES DU SYSTÈME				
Ressources financières	SE_121_01	Contours financiers	2015-2016 à 2021-2022	Dépenses des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS par habitant – Total
	SE_121_02	Contours financiers	2015-2016 à 2021-2022	Dépenses des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS par habitant – volet services professionnels et infirmiers
	SE_121_03	Contours financiers	2015-2016 à 2021-2022	Dépenses des services de SAD sous la gouverne des CI(U)SSS par habitant – volet services d'aide à domicile
	SE_121_04	Contours financiers	2015-2016 à 2021-2022	Dépenses du programme d'allocation directe-chèque emploi services (AD-CES) par habitant
	SE_121_05	Contours financiers	2015-2016 à 2021-2022	Dépenses des services à domicile du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) par habitant
	SE_121_06	Bilan annuel du Programme d'exonération financière pour les services d'aide (PEFSAD)	2015-2016 à 2021-2022	Dépenses du programme d'exonération financière pour les services d'aide (PEFSAD) par habitant
	SE_121_07	Revenu Québec, Statistiques mensuelles des contribuables et des mandataires (SMCM)	2016 à 2021	Dépenses du crédit d'impôt pour personne aidante par habitant
	SE_121_08	Revenu Québec, Statistiques mensuelles des contribuables et des mandataires (SMCM)	2015 à 2021	Dépenses du crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés (CMD) par habitant
EFFICACITÉ				
Efficacité populationnelle	SE_312_01	Registre des événements démographiques – Fichier des décès (RED/D (K29)), Banque commune des urgences (BDCU), MED-ECHO, Base de données du Rapport sur la contribution financière des adultes hébergés (CAH)	2016-2017 à 2021-2022	Pourcentage de jours à domicile (hors institutions) durant les six derniers mois de vie chez les personnes âgées de 65 ans et plus décédées au cours de l'année financière
	SE_312_02	Registre des événements démographiques – Fichier des décès (RED/D (K29))	2016-2017 à 2021-2022	Pourcentage de personnes décédées à domicile ou dans la communauté (hors institutions) parmi les personnes âgées de 65 ans et plus décédées au cours de l'année financière

ANNEXE C

Liste des indicateurs du cadre d'évaluation de la performance du CSBE ayant permis la construction des scores agrégés aux fins de comparaisons entre les RTS

Sous-dimension	Poids de la SD	Poids de l'indicateur	N°	Nom de l'indicateur	Relation perfo.	BALISES							
						Total	SAPA	DITSA	DP	MalChro	Palliatifs	Court terme	Type de balise
RESSOURCES DU SYSTÈME													
Ressources financières	50 %	50 %	S121_001	Coûts directs nets des services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC par 100 000 habitants	>	29M*							Empirique
Ressources humaines	50 %	17 %	S122_001	Nombre d'équivalents temps complet (ETC) aux soins infirmiers à domicile pour 100 000 habitants	>	63							Empirique
		17 %	S122_002	Nombre d'équivalents temps complet (ETC) aux services professionnels non infirmiers à domicile pour 100 000 habitants	>	76							Empirique
		17 %	S122_003	Nombre d'équivalents temps complet (ETC) à l'aide à domicile pour 100 000 habitants	>	81							Empirique
VIABILITÉ													
Expertise/ Configuration RH	33 %	**Suffisance**											
		17 %	S131_107	Proportion des heures travaillées en heures supplémentaires ou en main-d'œuvre indépendante (MOI) par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC	<	6,7							Norme existante
		Formation											
		6 %	S131_201	Proportion des heures consacrées à la formation et au perfectionnement du personnel aux soins infirmiers à domicile	>	1,0							Norme existante
		6 %	S131_202	Proportion des heures consacrées à la formation et au perfectionnement du personnel aux services professionnels non infirmiers à domicile	>	1,0							Norme existante
		6 %	S131_203	Proportion des heures consacrées à la formation et au perfectionnement du personnel à l'aide à domicile	>	1,0							Norme existante

Sous-dimension	Poids de la SD	Poids de l'indicateur	N°	Nom de l'indicateur	Relation perfo.	BALISES							
						Total	SAPA	DITSA	DP	MalChro	Palliatifs	Court terme	Type de balise
Santé financière et administrative	33 %	**Santé administrative**											
		6 %	S132_001	Proportion des heures travaillées consacrées à l'usager par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux soins infirmiers à domicile	>	44,8							Raisonnée
		6 %	S132_002	Proportion des heures travaillées consacrées à l'usager par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services professionnels non infirmiers à domicile	>	37,8							Raisonnée
		6 %	S132_003	Proportion des heures travaillées consacrées à l'usager par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI à l'aide à domicile	>	112,5							Raisonnée
		Encadrement											
		17 %	S132_201	Taux de gestion aux services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC	>	3,8							Raisonnée
Qualité de vie au travail	33 %	**Conditions de travail**											
		6 %	S133_002	Taux de roulement aux soins infirmiers à domicile	<	4,0							Raisonnée
		6 %	S133_003	Taux de roulement aux services professionnels non infirmiers à domicile	<	4,0							Raisonnée
		6 %	S133_004	Taux de roulement à l'aide à domicile	<	4,0							Raisonnée
		Réactions comportementales: CNESST											
		3 %	S133_101	Proportion des heures payées en CNESST sur l'ensemble des heures payées aux soins infirmiers à domicile	<	1,0							Raisonnée
		3 %	S133_102	Proportion des heures payées en CNESST sur l'ensemble des heures payées aux services professionnels non infirmiers à domicile	<	1,0							Raisonnée
		3 %	S133_103	Proportion des heures payées en CNESST sur l'ensemble des heures payées à l'aide à domicile	<	1,0							Raisonnée

Sous-dimension	Poids de la SD	Poids de l'indicateur	N°	Nom de l'indicateur	Relation perfo.	BALISES							
						Total	SAPA	DITSA	DP	MalChro	Palliatifs	Court terme	Type de balise
Qualité de vie au travail	33 %	**Réactions comportementales : Assurance-salaire**											
		3 %	S133_104	Proportion des heures payées en assurance-salaire sur l'ensemble des heures payées aux soins infirmiers à domicile	<	5,0							Raisonnée
		3 %	S133_105	Proportion des heures payées en assurance-salaire sur l'ensemble des heures payées aux services professionnels non infirmiers à domicile	<	5,0							Raisonnée
		3 %	S133_106	Proportion des heures payées en assurance-salaire sur l'ensemble des heures payées à l'aide à domicile	<	5,0							Raisonnée
ARRIMAGE AUX BESOINS DE LA POPULATION													
Couverture	33 %	11 %	S212_001	Nombre d'usagers aux soins infirmiers à domicile desservis par 100 000 habitants	>	(2)	113	147	387	1111	371	2045	Empirique
		11 %	S212_002	Nombre d'usagers des services professionnels non infirmiers à domicile desservis par 100 000 habitants	>	(2)	115	515	885	779	332	1105	Empirique
		11 %	S212_003	Nombre d'usagers à l'aide à domicile desservis par 100 000 habitants	>	(2)	63	84	463	170	120	178	Empirique
Ajustement	67 %	**Capacité de réponse**											
		11 %	S215_001	Taux de renouvellement de la clientèle des services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC (365 jours)	>	(1)	39,6	59,6	48,9	76,6	80,9	81,9	Empirique
		11 %	S215_002	Nombre de nouveaux usagers des services de soutien à domicile (SAD) (365 jours) – mission CLSC par 100 000 habitants	>	(2)	1148	235	370	909	337	1951	Empirique
		Adéquation											
		7 %	S215_101	Proportion d'usagers actifs aux services de soutien à domicile (SAD) long terme ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14 au 31 mars	>	(1)	81,8	81,1	78,8	66,8			Empirique
		7 %	S215_102	Taux d'orientation vers l'hébergement par 100 usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus hospitalisés	<	(1)	9,6	2,1	3,8	2,4			Raisonnée
		7 %	S215_103	Proportion des consultations à l'urgence par les usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus n'ayant pas résulté en une hospitalisation	<	(1)	39,3	51,4	42,2	34,7			Raisonnée

Sous-dimension	Poids de la SD	Poids de l'indicateur	N°	Nom de l'indicateur	Relation perfo.	BALISES							
						Total	SAPA	DITSA	DP	MalChro	Palliatifs	Court terme	Type de balise
Ajustement	67 %	**Taux de recours aux services hospitaliers : fréquentation de l'urgence**											
		6 %	S215_204	Taux de visites à l'urgence par 100 usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus	<	(1)	73,6	25,9	57,1	61,2			Raisonnée
		6 %	S215_205	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus qui ont visité l'urgence dans l'année financière	<	(1)	36,4	12,7	28,1	29,9			Raisonnée
		Taux de recours aux services hospitaliers : hospitalisations											
		6 %	S215_207	Taux d'hospitalisations par 100 usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus	<	(1)	33,8	6,9	23,5	33,3			Raisonnée
		6 %	S215_208	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus qui ont été hospitalisés dans l'année financière	<	(1)	23,8	4,3	15,5	20,4			Raisonnée
ACCESSIBILITÉ													
Organisationnelle (incl. temps opportun)	100%	**Délai moyen – 1er service**											
		50 %	S220_001.2	Délai moyen entre une nouvelle demande de service et la première intervention subséquente dans l'un des sept centres d'activités (CA) des services de soutien à domicile (SAD)	<	(1)	14,5	14,8	21,6	11,0	4,7	5,4	Empirique
		220.2 – Attente/100 000 habitants – 1er service											
		50 %	S220_002	Nombre de personnes en attente d'un premier service aux services de soutien à domicile (SAD) en CLSC, quel que soit le centre d'activités (CA) par 100 000 habitants	<	47							Empirique
PRODUCTIVITÉ													
Clinique	67 %	**Interventions/ETC**											
		11 %	S232_001	Nombre moyen d'interventions par ETC salarié du CI(U)SSS ou MOI aux soins infirmiers à domicile au cours d'une année	>	1386							Raisonnée
		11 %	S232_002	Nombre moyen d'interventions par ETC salarié du CI(U)SSS ou MOI aux services professionnels non infirmiers à domicile au cours d'une année	>	913							Raisonnée
		11 %	S232_003	Nombre moyen d'interventions par ETC salarié du CI(U)SSS ou MOI à l'aide à domicile au cours d'une année	>	2482							Raisonnée

Sous-dimension	Poids de la SD	Poids de l'indicateur	N°	Nom de l'indicateur	Relation perfo.	BALISES							
						Total	SAPA	DITSA	DP	MalChro	Palliatifs	Court terme	Type de balise
Clinique	67 %	**Activités indirectes et préparatoires**											
		11 %	S232_004	Proportion des heures travaillées consacrées aux activités indirectes et préparatoires par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux soins infirmiers à domicile	<	44,4							Raisonnée
		11 %	S232_005	Proportion des heures travaillées consacrées aux activités indirectes et préparatoires par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services professionnels non infirmiers à domicile	<	52,9							Raisonnée
		11 %	S232_006	Proportion des heures travaillées consacrées aux activités indirectes et préparatoires par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI à l'aide à domicile	<	5,7							Raisonnée
Financière	33 %	11 %	S233_001	Coût moyen par intervention réalisée par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux soins infirmiers à domicile	<	50,9							Empirique
		11 %	S233_002	Coût moyen par intervention réalisée par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services professionnels non infirmiers à domicile	<	75,4							Empirique
		11 %	S233_003	Coût moyen par intervention réalisée par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI à l'aide à domicile	<	17,9							Empirique
PERTINENCE													
Bonnes pratiques	100%	**Bonnes pratiques : OEMC/PI**											
		17 %	S271_001	Proportion d'usagers actifs recevant des services de soutien à domicile (SAD) long terme ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	>	(1)	87,0	92,4	88,6	27,1			Empirique
		17 %	S271_002	Proportion d'usagers actifs recevant des services de soutien à domicile (SAD) long terme ayant une évaluation à jour	>	(1)	88,4	93,5	89,5	27,7			Empirique
		Bonnes pratiques : Fin de vie											
		33 %	S271_003.1	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) long terme de 18 ans et plus qui, dans leurs 30 derniers jours de vie, ont continué à recevoir des services de SAD	>	(1)	74,6	91,7	72,6	72,6			Empirique

Sous-dimension	Poids de la SD	Poids de l'indicateur	N°	Nom de l'indicateur	Relation perfo.	BALISES							
						Total	SAPA	DITSA	DP	MalChro	Palliatifs	Court terme	Type de balise
Bonnes pratiques	100%	**Bonnes pratiques : Services de SAD posthospitalisation**											
		33%	S271_005.1	Proportion des usagers du SAD de 18 ans et plus ayant été hospitalisés qui ont reçu une intervention aux soins infirmiers à domicile dans les 7 jours suivant leur congé	>	(1)	54,9	36,9	38,0	43,3	56,0	72,9	Empirique
EFFICACITÉ													
Efficacité clinique	100%	**Efficacité clinique – Évitement de l'hospitalisation**											
		25 %	S311_001.2	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus qui sont retournés à l'urgence à l'intérieur d'un délai de 30 jours	<	(1)	25,5	20,4	22,5	26,1			Raisonnée
		25 %	S311_002.1	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus qui ont visité l'urgence dans les 30 jours suivant un congé hospitalier	<	(1)	20,9	9,8	18,9	20,6			Raisonnée
		25 %	S311_003.1	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 18 ans et plus qui sont réadmis dans les 30 jours suivant un congé hospitalier	<	(1)	14,3	6,0	12,1	14,8			Raisonnée
		Efficacité clinique – Succès des soins palliatifs											
		25 %	S311_004	Proportion de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	>	53,7					53,7		Raisonnée

Légende

* 28 539 582 $

1. Balise calculée par profil d'intervention. Le score total de l'indicateur est pondéré selon le poids relatif de chacun des profils dans l'ensemble des interventions aux services de SAD du RTS en 2019-2020.
2. Balise calculée par profil d'intervention, où la valeur de l'indicateur pour le profil SAPA est recalculée sur la population de 65 ans et plus. Le score total de l'indicateur est pondéré selon le poids relatif de chacun des profils dans l'ensemble des interventions aux services de SAD du RTS en 2019-2020.

ANNEXE D

Liste des indicateurs descriptifs

Sous-dimension	N°	Source	Année	Nom de l'indicateur
VIABILITÉ				
Expertise/ Configuration RH	S131_105	MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion des heures travaillées en heures supplémentaires par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC
Expertise/ Configuration RH	S131_106	MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion des heures travaillées par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) par le personnel salarié du CI(U)SSS et la MOI aux services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC
ARRIMAGE AUX BESOINS DE LA POPULATION				
Couverture	S212_004	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC); MSSS (2022), Estimations (19962021) et projections (20222041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ	2015-2016 à 2021-2022	Nombre d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) – mission CLSC desservis par 100 000 habitants
SÉCURITÉ				
Prévention/ Mitigation des risques/ Conformité	S261_006	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC); RAMQ, Registre des services pharmaceutiques couverts par le régime public d'assurance-médicaments (RAMQ – Pharma)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) long terme de 65 ans et plus ayant une ordonnance de 10 médicaments ou plus
PERTINENCE				
Bonnes pratiques	S271_004	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC); MSSS, Banque commune des urgences (BDCU); MSSS, Registre des événements démographiques – Fichier des décès (RED/D (K29))	2015-2016 à 2021-2022	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) long terme de 18 ans et plus qui, dans leurs 30 derniers jours de vie, ont fréquenté l'urgence
Bonnes pratiques	S271_009	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC); RAMQ, Registre des actes facturés par les médecins affiliés au régime public d'assurance-maladie (RAMQ – Actes médicaux); RAMQ, Fichier d'inscription auprès des médecins de famille (GMF-GRL)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) à long terme de 18 ans et plus inscrits auprès d'un médecin de famille au 31 mars de l'année financière

Sous-dimension	N°	Source	Année	Nom de l'indicateur
AUTRE				
s.o.	S500_013	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion d'usagers des services de soutien à domicile (SAD) de 65 ans et plus
s.o.	S500_021	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion des interventions réalisées aux services de soutien à domicile (SAD) – missions CLSC qui ont lieu au domicile de l'usager
s.o.	S600_012	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion des interventions réalisées aux services de soutien à domicile (SAD) – missions CLSC réalisées au c/a – Soins infirmiers à domicile
s.o.	S600_013	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion des interventions réalisées aux services de soutien à domicile (SAD) – missions CLSC réalisées aux c/a – Services professionnels non infirmiers à domicile
s.o.	S600_014	MSSS, Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC)	2015-2016 à 2021-2022	Proportion des interventions réalisées aux services de soutien à domicile (SAD) – missions CLSC réalisées au c/a – Aide à domicile

ANNEXE E

Nombre d'usagers du SAD long terme[1], proportion des interventions et nombre moyen d'interventions par type de services reçus, ensemble du Québec, 2019-2020 et 2021-2022

	2019-2020			2021-2022			Pourcentage de variation entre 2019-2020 et 2021-2022		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager	Pourcentage de toutes les interventions	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager	Pourcentage de toutes les interventions	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager	Pourcentage de toutes les interventions
TOUS LES TYPES DE SERVICES									
90e au 100e percentile d'usagers	26 260	766	69,4	27 343	925	72,8	4,1	20,8	4,9
50e au 90e percentile d'usagers	105 036	75	27,4	109 370	84	24,6	4,1	12,5	(10,3)
0e au 50e percentile d'usagers	131 297	7,04	3,2	136 713	6,95	2,6	4,1	(1,3)	(17,0)
Total des usagers	262 593	552	100	273 426	694	100,0	4,1	25,7	0,0
SERVICES D'AIDE À DOMICILE[2]									
90e au 100e percentile d'usagers	7 868	1 045	51,8	8 282	1 267	51,4	5,3	21,3	(0,9)
50e au 90e percentile d'usagers	31 470	254	41,8	33 126	347	43,5	5,3	36,9	4,1
0e au 50e percentile d'usagers	39 339	35	6,4	41 409	36	5,1	5,3	1,9	(19,7)
Total des usagers	78 677	650	100,0	82 817	804	100,0	5,3	23,7	0,0
SOINS INFIRMIERS									
90e au 100e percentile d'usagers	16 535	175	53,9	17 559	164	54,0	6,2	(6,6)	0,2
50e au 90e percentile d'usagers	66 138	22	38,5	70 234	21	38,5	6,2	(4,8)	(0,1)
0e au 50e percentile d'usagers	82 673	4	7,6	87 794	4	7,5	6,2	(8,2)	(0,4)
Total des usagers	165 346	103	100,0	175 587	97	100,0	6,2	(6,3)	0,0

	2019-2020			2021-2022			Pourcentage de variation entre 2019-2020 et 2021-2022		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager	Pourcentage de toutes les interventions	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager	Pourcentage de toutes les interventions	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager	Pourcentage de toutes les interventions
SERVICES PROFESSIONNELS NON INFIRMIERS									
90e au 100e percentile d'usagers	20 203	56	39,7	20 706	57	39,7	2,5	2,8	0,0
50e au 90e percentile d'usagers	80 808	16	47,9	82 821	17	48,0	2,5	4,6	0,3
0e au 50e percentile d'usagers	101 011	4	12,5	103 527	4	12,3	2,5	4,0	(1,3)
Total des usagers	202 022	30	100,0	207 054	31	100,0	2,5	3,4	0,0

1. Un usager peut avoir reçu plus d'un type de services au cours d'une année.
2. Les interventions d'aide à domicile regroupent les interventions dispensées directement par le CI(U)SSS ainsi que les services achetés. Les services achetés incluent notamment les services dispensés par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) pour des services admissibles au programme d'exonération financière en aide domestique (PEFSAD) lorsque le CI(U)SSS est l'agent payeur. Les interventions dispensées par l'intermédiaire du programme d'allocation directe et de chèques emploi service ne sont inclus dans ces données, tout comme les services payés par le crédit d'impôt de maintien à domicile et les interventions offertes par les organismes communautaires.

CSBE
Commissaire
à la santé et
au bien-être