



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

MÉMOIRE

ASSURANCE AUTONOMIE

**Présenté à la Commission de la santé et des
services sociaux le 14 novembre 2013**

Adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec le 27 octobre 2013

Novembre 2013



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

MÉMOIRE

ASSURANCE AUTONOMIE

**Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
le 14 novembre 2013**

Adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
le 27 octobre 2013

Novembre 2013

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Vente des publications

4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-3770

ventepublications@oiiq.org

www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN 978-2-89229-621-1 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013

Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,
le féminin est utilisé uniquement pour alléger la présentation.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. Le contexte des soins à domicile au Québec pour les personnes en perte d'autonomie	2
2. Le concept d'assurance autonomie et les services assurés.....	4
3. Le rôle des centres de santé et de services sociaux (CSSS).....	6
4. Le cheminement d'une personne admissible à l'assurance autonomie	7
4.1. Admissibilité et évaluation.....	7
4.2. Gestion de cas.....	9
4.2.1. L'accès aux services médicaux	10
4.2.2. La circulation de l'information	11
5. Le rôle des infirmières.....	11
6. Les proches aidants	13
7. Les technologies de l'information et les télésoins.....	14
8. Autres enjeux administratifs.....	15
8.1. Impact sur les CSSS	15
8.2. Préoccupations de l'OIIQ	16
9. Recommandations	17
RÉFÉRENCES	19

INTRODUCTION

La démographie vieillissante du Québec a rendu les soins à domicile des personnes en perte d'autonomie un enjeu crucial pour les soins de santé. À l'instar d'autres pays occidentaux, pour la plupart préoccupés par la question des finances publiques, le Québec se voit confronté à de nouvelles perspectives en matière de santé et de financement des services. Les besoins des personnes se complexifient et l'optimisation des ressources s'avère cruciale pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, de plus en plus nombreuses. En plus de la perte d'autonomie liée au vieillissement, celle rattachée à une déficience physique, intellectuelle ou à des problèmes sévères et persistants de santé mentale démontre la complexité de cette problématique. Dans ce contexte, plusieurs intervenants s'entendent sur le fait que l'offre de services et la distribution actuelle des soins à domicile ne sont pas optimales et qu'il faut agir dès maintenant.

Le Québec dispose de peu d'années pour réorienter l'offre de services à domicile, en faciliter l'accès et rehausser la qualité et la quantité des soins qui y sont fournis. En juin 2013, le ministre Hébert a déposé un livre blanc sur la création d'une assurance autonomie : *L'autonomie pour tous*. Un projet de loi est prévu au printemps 2014 et précédé d'une commission parlementaire cet automne. La Commission sur la santé et les services sociaux a invité l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à y présenter un mémoire.

L'OIIQ ne peut rester indifférent à cette réforme majeure de l'offre de soins à domicile, réforme qui concerne particulièrement des personnes vulnérables dont la perte d'autonomie est souvent une conséquence de problèmes complexes et évolutifs de santé physique ou mentale.

En vertu de son mandat de protection du public, l'OIIQ apprécie l'occasion de présenter au ministre ce qu'il juge comme étant les opportunités et les défis de cette assurance autonomie.

Globalement, l'Ordre appuie la proposition du ministre pour l'objectif qu'il s'est donné quant à l'augmentation de l'accessibilité aux soins à domicile et le principe de libre choix de la personne en ce qui concerne son milieu de vie. Bien que cette orientation soit louable, la notion de choix implique des solutions de remplacement qui devront être proposées lorsque le domicile ne permettra plus d'assurer une qualité de vie et la sécurité des personnes. Par ailleurs, l'Ordre est d'avis que les modalités d'organisation des soins, de suivi et de gestion des risques devront faire l'objet d'une analyse approfondie afin de prendre les bonnes décisions pour que l'assurance autonomie devienne un modèle pour un soutien à domicile sécuritaire et de qualité.

L'assurance autonomie base l'admissibilité des personnes sur l'évaluation de leurs besoins, sur le plan d'intervention qui en découle, et ce, dans une organisation de services soutenue par la gestion de cas. Grâce à son effectif, la main-d'œuvre infirmière est un levier idéal sur lequel appuyer les changements à venir. En collaboration avec les autres professionnels impliqués et en partenariat avec la personne en perte d'autonomie et ses proches aidants, l'infirmière est une ressource-clé pour évaluer et effectuer la gestion de cas, et accompagner les personnes en perte d'autonomie ainsi que leurs proches aidants dans leur cheminement.

1. Le contexte des soins à domicile au Québec pour les personnes en perte d'autonomie

La gouverne des soins à domicile a des implications autant pour la personne en perte d'autonomie que pour le système de santé québécois dans son ensemble. Le coût des soins de santé financés par le secteur public au Québec a augmenté, passant de 7,2 % du produit intérieur brut (PIB) provincial en 1991 à environ 8,3 % en 2012¹. En même temps, il est passé de 33 % des dépenses de programmes du gouvernement provincial à environ 46 % en 2012, et sa proportion des recettes gouvernementales propres (autrement dit, les recettes tirées de l'impôt provincial et des autres sources contrôlées par la province plutôt que de fonds transférés par Ottawa) a également augmenté, passant de 41 % à environ 55 %¹.

Tout indique que la part du PIB représentée par les dépenses de santé du Québec financées par le secteur public augmentera, passant de 8,3 % cette année à 13,9 % en 2035, et certaines données sont source d'inquiétude :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime à 725 000 le nombre de personnes ayant une incapacité qui présentent des besoins pouvant nécessiter des soins et services professionnels, de l'aide et de l'assistance dispensés à domicile et hors institution²;
- la population du Québec continuera de vieillir. Le MSSS prévoit que le nombre d'aînés ayant besoin d'assistance devrait doubler d'ici 2031, soit 50 000 nouvelles personnes âgées de 65 ans et plus par année²;
- le taux d'incapacité des Québécois augmente avec l'âge. Estimé à 22 % chez les 65 – 75 ans, il atteint en effet 46 % chez les 75 ans et plus²;

¹ Busby, C., & Robson, W. B. P. (2013). *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*. Toronto, Ontario: Institut C.D. Howe. Repéré à <http://www.cdhowe.org/la-gestion-des-couts-des-soins-de-sante-pour-une-population-vieillissante-le-defi-fiscal-que-le-quebec-na-pas-encore-releve/20578>

² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *L'autonomie pour tous : Livre Blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Québec, Québec : Auteur. Repéré à <http://www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf>

- plus de 80 % des interventions réalisées par les services à domicile du programme perte d'autonomie liée au vieillissement des CSSS le sont auprès des 75 ans et plus³;
- selon un sondage CROP-AQESSS, 54 % des *baby-boomers* (nés entre 1946 et 1966) ne seront pas en mesure de contribuer à leur bien-être une fois devenus aînés. En fait, deux tiers des *baby-boomers* ne jouissent d'aucune épargne pour leurs vieux jours³;
- le rapport population active/aînés devrait se situer à deux aînés pour cinq travailleurs en 2025 (versus un ratio de un sur quatre en 2010)³.

Les gouvernements qui se sont succédé ont fait des efforts et des investissements considérables dans les soins à domicile et les ressources liées à la perte d'autonomie. Plusieurs étapes ont été franchies, mais ce n'est pas encore complet et la transformation n'est pas suffisante. Des rapports officiels révèlent des préoccupations importantes concernant des déficits de soins et services de soutien à domicile autant pour la personne en perte d'autonomie que pour ses proches aidants. En plus, un fait demeure immuable : le vieillissement de la population du Québec s'avère un défi de taille pour les quarante prochaines années et il est généralement associé à une augmentation du risque de maladies chroniques et d'incapacités.

Par ailleurs, tous s'entendent pour dire que la promotion de la santé et la prévention de la maladie, par des actions sur les déterminants de la santé et les saines habitudes de vie, ont un impact positif sur les résultats de santé. Vivre sans fumée, avoir une bonne alimentation, pratiquer l'activité physique, voilà qui améliore la qualité de vie et réduit les risques de développer une maladie chronique et les incapacités qui y sont associées.

L'espérance de vie ayant augmenté, de nouvelles situations cliniques émergent et comportent des éléments complexes qui touchent des clientèles de plus en plus variées. Non seulement la perte d'autonomie affectera les personnes sur le plan fonctionnel, mais on constate aussi une augmentation de la complexité et de la vulnérabilité, notamment en ce qui concerne les problèmes de santé mentale, de déficience intellectuelle et de démence. Conséquemment, la complexité de ces situations cliniques implique la nécessité de mettre en place un panier de services variés et harmonisés, et d'avoir recours à des professionnels ayant des compétences avancées pour répondre aux besoins spécifiques de la personne en perte d'autonomie et de ses proches-aidants.

³ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, & Laramée, P. (2011). *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Montréal, Québec: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_depotes/six_cibles_vieillessement_rapport_2011.pdf

2. Le concept d'assurance autonomie et les services assurés

Afin de répondre à la demande potentielle de services aux personnes en perte d'autonomie, le ministre de la Santé et des Services sociaux propose la création d'une assurance pour permettre aux personnes en perte d'autonomie d'avoir accès à une allocation de soutien selon un modèle basé sur l'évaluation standardisée de leurs besoins. Avec l'assurance autonomie, le MSSS cherche à gérer trois transitions de façon concomitante :

- 1)** le déplacement des ressources et des services vers les lieux où résident les personnes dont les besoins sont bien déterminés, et des services pour y répondre bien planifiés, organisés et coordonnés;
- 2)** le passage d'un système de soins et de services conçus et structurés en fonction d'une population jeune vers un système qui met à l'avant-plan les besoins d'une population vieillissante;
- 3)** la disponibilité d'une enveloppe financière protégée pour une couverture de services adaptée aux besoins et pour optimiser l'utilisation des ressources.

L'objectif est d'optimiser l'autonomie des personnes en minimisant les incapacités et handicaps, en fournissant le soutien à domicile nécessaire pour les pallier. Il vise à rendre des services plus appropriés aux besoins croissants des personnes en perte d'autonomie en recentrant l'offre de services de manière que la personne demeure le plus longtemps possible à domicile. Du même coup, par l'optimisation visée sur le plan de l'allocation des ressources et de l'offre de services, on cherche aussi à rétablir l'équité, par rapport à l'offre, entre les usagers (en fonction de leurs revenus), les régions et les centres de santé et services sociaux (CSSS).

L'introduction d'une assurance autonomie repose sur les principes suivants : l'universalité; la solidarité dans le financement; l'accessibilité aux soins et aux services; l'individualisation en fonction des caractéristiques de la personne et de son environnement; l'équité dans la répartition des ressources ainsi que la gestion publique du système. Elle implique une nouvelle façon de distribuer les services et de financer les soins pour les personnes en perte d'autonomie.

Pour ce faire, l'assurance autonomie couvrirait le coût de divers services à domicile. Les allocations seraient versées non pas aux personnes admissibles, mais aux établissements de santé, entreprises d'économie sociale et groupes communautaires sous contrat avec l'État. Les services couverts seraient :

- les services professionnels de base (ex. : soins infirmiers, réadaptation, nutrition, services psychosociaux);
- les services d'aide domestique (ex. : entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements);

- les services d'aide aux activités de la vie quotidienne (ex. : soins d'hygiène, aide à l'alimentation, aide à la mobilisation, etc.);
- les aides techniques, les aménagements du domicile et les services aux proches aidants.

Ces services couverts correspondent, de façon générale, à ceux qui sont offerts par les CSSS actuellement. Par ailleurs, en 2004, la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » affirmait que le domicile devait être la première option à considérer en début et en cours d'intervention. Malgré une vision et une philosophie d'action claires sur lesquelles l'assurance autonomie base aussi ses prémisses, cette politique n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés. En effet, cette politique ne permettait pas de bien circonscrire l'offre de services et d'assurer une harmonisation de cette offre dans toutes les régions du Québec.

L'offre de services rattachée à l'assurance autonomie devra être précise et harmonisée pour envisager une organisation efficace du soutien à domicile partout au Québec. Un panier de services reconnu devrait permettre aux CSSS de recruter des ressources humaines compétentes et de contracter des ententes avec les organismes qui répondent aux exigences de cette offre de services. Cela permettrait aussi aux établissements de mettre en place des mesures de contrôle de qualité, autant de performance que de gestion de risques. Les établissements pourraient aussi effectuer des processus de rétroaction aux fournisseurs de services.

Les CSSS auront besoin de moyens pour leur permettre de jouer leur rôle dans un environnement qui est actuellement complexe et qui le sera davantage avec l'arrivée de nombreux nouveaux partenaires et de services donnés, dans la grande majorité, à l'extérieur de leurs murs. Étant donné l'importance de cette réforme, l'Ordre est particulièrement préoccupé par la capacité qu'auront les établissements du système de santé de répondre à une augmentation de la demande tout en procédant aux changements requis par la mise en place de l'assurance autonomie. Cette réforme devra être basée sur un processus de gestion du changement bien structuré, avec des étapes et des échéanciers réalistes répartis sur quelques années.

- 1) L'Ordre recommande que l'offre de services admissibles et standardisés en soins à domicile soit clairement détaillée.*
- 2) L'Ordre recommande que le rôle et les responsabilités de tous les acteurs concernés soient bien définis dans la Loi sur l'assurance autonomie.*
- 3) L'Ordre recommande que les modalités d'évaluation et les plans d'intervention pour les personnes qui requièrent des services de soutien à domicile demeurent sous la responsabilité du réseau public de santé.*

- 4) *L'Ordre recommande que les pratiques cliniques, l'encadrement et les normes relatives à la sécurité et à la qualité demeurent une responsabilité du réseau public de santé, selon les mandats qui lui sont confiés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).*

3. Le rôle des centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Le rôle confié aux CSSS dans le système sociosanitaire du Québec implique qu'ils sont responsables de leur réseau local, assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire. Le CSSS doit couvrir l'ensemble des besoins de santé de sa population et prendre les moyens pour y parvenir. La responsabilité populationnelle du CSSS comprend aussi des responsabilités de santé publique en matière de protection, de promotion et de prévention. Il doit adapter ses services en fonction des caractéristiques démographiques et de santé déterminés et composer avec le vieillissement de la population de son territoire.

L'assurance autonomie vise le déplacement des ressources et des services vers les lieux où résident les personnes. Cet objectif est légitime et répond aux besoins ainsi qu'à la volonté des personnes en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible à domicile.

Dans la perspective de l'actualisation de l'assurance autonomie telle que présentée dans le livre blanc, le rôle du CSSS s'avère d'autant plus important qu'il devra faire face à des défis majeurs quant à l'offre de services, la coordination de ces services, la gestion des risques et l'assurance qualité. En effet, les personnes en perte d'autonomie présentent de nombreux et différents profils d'incapacité et requièrent une grande gamme de services, autant pour les activités de la vie domestique (AVD), les activités de la vie quotidienne (AVQ) que pour les soins médicaux, les soins infirmiers et de réadaptation. Ainsi, le nombre d'intervenants qui gravitent à domicile auprès d'une personne en perte d'autonomie et de ses proches aidants est important et peut être complexe à coordonner.

Le modèle de prestation proposé par l'assurance autonomie implique que les services professionnels demeurent sous la responsabilité directe du réseau public par l'intermédiaire des centres de santé et de services sociaux qui ont pour mission d'encadrer les pratiques professionnelles selon les divers règlements et lois en vigueur. À cela s'est ajouté, avec les changements apportés au *Code des professions*, l'encadrement du travail de non-professionnels ou aides-soignants (embauchés ou non par le CSSS) qui offrent une prestation de soins, notamment en ce qui concerne les AVQ, auprès de clientèles bien définies telles que les personnes âgées semi-autonomes en résidence privée et dans des environnements variables.

On confie aussi aux CSSS l'évaluation et le contrôle de la qualité des soins et services qui seraient donnés par des tiers, notamment des entreprises d'économie sociale. Étant

donné que les AVQ ne se limitent pas aux soins d'hygiène et à l'aide à la mobilité, mais qu'ils requièrent souvent des soins invasifs et l'administration de médicaments, ces activités de soins devront être effectuées par des personnes formées et encadrées, car elles impliquent des niveaux de risque qui doivent être bien gérés. Le domicile étant un lieu isolé où les intervenants agissent seuls sans supervision et peu de recours sur place pour consulter les collègues, les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires du réseau local, devront contrôler et s'assurer de la compétence des différents intervenants. Il sera essentiel que les employés qui donneront des soins à domicile soient certifiés avec une formation reconnue. Contrairement aux employés de l'État, les entreprises d'économie sociale ne sont pas assujetties à des formes de contrôle telles que les vérifications d'antécédents judiciaires. Les critères de sélection et d'embauche des employés des entreprises d'économie sociale et les responsabilités du CSSS à cet égard devront être balisés dans la Loi sur l'assurance autonomie.

Le domicile d'une personne étant un lieu privé, les compétences et l'intégrité des ressources humaines sont des enjeux majeurs en soutien à domicile. L'encadrement des employés doit être rigoureux, particulièrement en ce qui concerne les risques d'abus de personnes vulnérables. Le CSSS devra se doter de moyens efficaces, en collaboration avec ses partenaires, pour faire face à ces enjeux.

- 5) *L'Ordre recommande que toutes les personnes d'une organisation hors réseau public de santé, qui donnent des services en lien avec les AVQ, aient suivi une formation reconnue telle qu'« auxiliaire aux services de santé et services sociaux ou assistance à la personne en établissement ».*
- 6) *L'Ordre recommande que les critères de sélection et d'embauche des employés des entreprises d'économie sociale et les responsabilités du CSSS à cet égard soient balisés dans la Loi sur l'assurance autonomie. Dans tous les cas, ces personnes devraient être visées par la vérification des antécédents judiciaires, comme c'est le cas pour les employés de l'État.*

4. Le cheminement d'une personne admissible à l'assurance autonomie

4.1. Admissibilité et évaluation

Pour être admissible à l'assurance autonomie, une personne doit faire l'objet d'une évaluation de ses besoins. Cette évaluation, basée sur des activités de la vie courante, est réalisée à l'aide de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) actuellement utilisé dans les établissements du Québec pour l'évaluation des usagers des services de soutien à domicile ou en besoin d'hébergement. Cet outil d'évaluation intègre le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Il mesure le niveau d'incapacités résultant d'une déficience, identifie les ressources pour pallier ces incapacités et indique les handicaps pour lesquels la personne doit obtenir de l'aide. Chaque profil Iso-SMAF

permet de déterminer le niveau de services dont pourrait avoir besoin la personne pour les soins et services, l'assistance aux AVQ et l'aide aux AVD. Les besoins de la personne sont ensuite colligés dans un plan d'intervention précisant la nature et l'intensité des services requis en fonction de ses ressources personnelles.

Cet outil, qui a été conçu pour évaluer les incapacités, a fait ses preuves. Selon l'Ordre, l'OEMC mesure le niveau d'autonomie, mais il ne permet pas une évaluation complète de la condition de santé physique et mentale de la personne ainsi que les impacts de cette condition sur le niveau d'autonomie. Aussi, l'OEMC ne permet pas d'évaluer le niveau de soins dont la personne a besoin, ni d'évaluer l'ampleur des besoins psychosociaux. De plus, pour le même profil Iso-SMAF d'incapacité, la condition sociale de la personne peut empêcher un soutien à domicile sécuritaire, tout comme pour la condition de santé physique et les soins requis, qui deviennent de plus en plus complexes (trachéostomie, ventilateurs mécaniques, pompes à perfusion, pansements complexes, etc.). Les besoins du proche aidant ne sont pas non plus évalués par l'OEMC. De cette façon, une évaluation incomplète peut faire en sorte que l'usager et ses proches aidants ne bénéficient pas des services les plus pertinents et sécuritaires, selon leurs besoins, et entraîner, conséquemment, un échec du soutien à domicile, échec qui pourrait être évité.

L'objectif de l'assurance autonomie étant de maintenir la personne à domicile avec les services dont elle a besoin et ainsi, notamment, d'éviter l'utilisation non pertinente de ressources plus spécialisées, une évaluation complète de la condition physique et mentale dès le début du processus devra être faite avec un outil qui permet d'inclure ces dimensions et de bien définir la situation globale de la personne en perte d'autonomie.

Dans son livre blanc, le gouvernement reconnaît la contribution des proches aidants. Il reconnaît aussi que leur engagement devrait être mieux soutenu et encouragé. Comme déjà proposé à la commission par les chercheuses de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille⁴, l'Ordre est d'avis que l'évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie devrait inclure systématiquement l'évaluation des besoins de ses proches aidants.

Ainsi, l'offre de services serait basée sur une situation de vie et des conditions de santé beaucoup plus précises, et le plan de services serait d'autant plus pertinent. L'évaluation de l'état de santé et des incapacités de la personne est au cœur du projet d'assurance autonomie. Dans ce contexte, le rôle de l'infirmière est central quant à l'évaluation de la condition de santé physique et mentale, activité professionnelle qui lui est réservée par la loi et pour laquelle elle est formée. Puisqu'elle est la seule professionnelle avec le

⁴ Ducharme, F., Lévesque, L., Bourbonnais, A., Dubé, V., & Saulnier, D. (2013). *Soutenir les proches aidants de personnes en perte d'autonomie des avenues à considérer. Mémoire présenté au Ministre de la santé et des services sociaux et Ministre responsable des aînés portant sur la création d'une assurance autonomie*. Montréal, Québec: Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Repéré à http://www.chairedesjardins.umontreal.ca/documents/MemoireCDJ_Assuranceautonomie_oct2013.pdf

médecin à être autorisée par les lois à exercer cette activité, l'infirmière doit être impliquée chaque fois que l'évaluation de la condition de santé de la personne est requise. Ainsi, cette évaluation pourra permettre la mise en place de services pertinents, et ce, en collaboration avec les autres professionnels concernés et les proches aidants, dont les besoins auront aussi été évalués à l'aide de grilles validées et disponibles. La dyade aidé-aidant est alors au cœur des préoccupations des intervenants.

- 7) *L'Ordre recommande la bonification de l'outil d'évaluation multiclientèle ou l'utilisation systématique d'outils complémentaires standardisés afin de permettre une évaluation complète de la condition de santé physique et mentale de la personne en perte d'autonomie.*
- 8) *L'Ordre recommande d'implanter un processus systématique d'évaluation des besoins des proches aidants en complément à l'évaluation de la personne en perte d'autonomie.*

4.2. Gestion de cas

En plus de l'évaluation de la condition de santé et du niveau d'autonomie de la personne, la gestion de cas est l'autre pilier de l'assurance autonomie. Le gestionnaire de cas est un professionnel de la santé, employé d'un CSSS, qui intervient auprès des personnes en perte d'autonomie, en situation de complexité et d'incapacité. Il est le référent unique pour la coordination des soins et services à la personne et à ses proches aidants. Il a la responsabilité de l'évaluation, de la planification des services par le biais du plan de services individualisé (PSI), la dispensation et la coordination de l'ensemble des mesures prévues avec l'équipe interdisciplinaire et la dyade aidé-aidant.

Le modèle de gestion de cas, mis en place lors de l'implantation des réseaux de services intégrés pour personnes âgées, est un acquis pour la plupart des CSSS du Québec. Cela nous incite à croire que la gestion de cas devient, avec l'implantation de l'assurance autonomie, un élément central de l'organisation de l'offre de services, de la coordination de ces services et de la contribution des professionnels impliqués. Habituellement composées d'infirmières et de travailleurs sociaux, les équipes de gestionnaires de cas sont souvent confrontées à des situations complexes autant du point de vue social que de celui des soins de santé physique.

En effet, la personne en perte d'autonomie suivie en gestion de cas présente des besoins multiples et évolutifs, et elle requiert une vigilance continue. Le gestionnaire de cas peut provenir de disciplines professionnelles différentes et ne devrait pas agir uniquement en tant que courtier de services, mais il devrait être capable d'offrir des services propres à sa discipline en collaboration avec d'autres professionnels. Cela signifie que tous les professionnels qui travaillent en soutien à domicile devraient avoir la capacité et la compétence d'être gestionnaire de cas. Par ailleurs, la gestion de cas

devrait être confiée à l'intervenant qui a les compétences liées à la problématique prédominante de la personne en perte d'autonomie.

Ainsi, la personne qui présente des problèmes de santé qui génèrent des enjeux cliniques et à risque reliés à la santé physique, aux troubles cognitifs, aux médicaments, à des traitements invasifs devrait être confiée à une infirmière pour sa gestion de cas.

L'Ordre est conscient que la coordination de ces services sera un grand défi pour les CSSS autant pour les différents programmes clientèles que pour les différentes disciplines professionnelles.

9) *L'Ordre recommande que l'infirmière soit la gestionnaire de cas pour les personnes qui ont besoin de soins et de services professionnels et dont les problèmes de santé génèrent des enjeux cliniques complexes et sont à l'origine de la perte d'autonomie.*

4.2.1. L'accès aux services médicaux

L'accès aux services médicaux et aux autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire est un élément crucial en gestion de cas, et le sera d'autant plus avec l'assurance autonomie. Outre les professionnels des établissements avec lesquels le gestionnaire de cas doit se coordonner, les médecins jouent aussi un rôle capital. Actuellement, l'accès au médecin de famille est difficile et ne répond pas aux besoins plus urgents d'une personne en perte d'autonomie, c'est un enjeu majeur pour l'efficacité du soutien à domicile. Peu de médecins pratiquent dans ce contexte. L'avènement de l'assurance autonomie et, conséquemment, l'augmentation du nombre de personnes à suivre à domicile, impliquera que la disponibilité des services médicaux soit augmentée pour permettre de répondre aux besoins accrus. D'ailleurs, les médecins devraient être interpellés très tôt dans le processus de mise en place de l'assurance autonomie en tenant compte des différentes contraintes auxquelles ils peuvent faire face.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) pourrait aussi être mise à contribution. En effet, sa formation et son champ d'exercice, en collaboration avec un médecin de famille, lui permettent d'assurer le suivi des personnes en perte d'autonomie. En plus d'avoir acquis des compétences l'autorisant à partager certaines activités qui relèvent de la pratique médicale, l'IPSPL a enrichi ses compétences propres à la discipline infirmière dont elle fait bénéficier son équipe dans les différents milieux de première ligne. Ainsi, elle propose une réflexion critique sur des situations de soins parfois complexes et participe à la prise de décision clinique. Elle possède aussi les habiletés nécessaires au développement de la collaboration interprofessionnelle essentielle à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services de première ligne, incluant les soins à domicile.

En exerçant en étroite collaboration avec un ou plusieurs médecins de famille (médecins partenaires) auprès de personnes de tous âges, des activités allant de l'évaluation à l'établissement et à l'exécution d'un plan de traitement infirmier et d'un plan de traitement médical, le rôle d'IPSPS pourrait s'avérer très pertinent dans le modèle proposé par l'assurance autonomie.

10) *L'Ordre recommande de rendre disponibles, pour les soins à domicile, des équipes tandem médecins-IPSPS pour soutenir une réponse efficiente à une hausse potentielle de la demande de soins médicaux à domicile.*

4.2.2. La circulation de l'information

La gestion de cas implique aussi la coordination et la circulation de l'information concernant la personne en perte d'autonomie. Autant les données d'ordre médical que celles ayant trait aux soins infirmiers, au volet psychosocial et de soutien à l'adaptation (ergothérapie, physiothérapie), doivent être partagées pour permettre une coordination efficace des services.

L'Ordre est préoccupé quant à la gestion de la confidentialité de l'information qui circulera dans le cadre de l'assurance autonomie. Ces informations sont de sources multiples et diversifiées, concernent toutes les composantes de l'être humain et relèvent, en particulier, de tout ce qui a trait à son intimité. Le code de déontologie du gestionnaire de cas ainsi que celui de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire imposent respect et discrétion quant à la communication des informations recueillies. Étant donné le transfert de certaines activités de soins prévu par l'assurance autonomie, des informations devront être partagées avec des aides-soignants et l'entreprise d'économie sociale qui les embauche. Des précautions particulières devront être prises quant aux renseignements de santé, requis pour les soins, mais qui sont hautement confidentiels et donnés à des personnes qui ne sont pas tenues par le secret professionnel. Les établissements de santé devront s'attarder particulièrement à cette problématique et encadrer les façons de faire relatives aux renseignements personnels.

11) *L'Ordre recommande que des processus formels d'encadrement du partage de l'information soient mis en place pour assurer la protection des renseignements personnels.*

5. Le rôle des infirmières

L'implantation de l'assurance autonomie, les changements aux différents règlements professionnels, les règles relatives à la certification des résidences privées pour aînés, les contrats avec les ressources intermédiaires, tout cela implique que le soutien à domicile prenne de nouvelles dimensions et pose d'importants défis aux infirmières qui exercent dans ce domaine de pratique que sont les soins à domicile.

L'exercice infirmier en soutien à domicile repose sur l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Il requiert des connaissances approfondies, un jugement clinique sûr, une grande capacité d'adaptation et une aptitude à travailler en partenariat avec la personne et ses proches aidants ainsi qu'avec les intervenants des autres disciplines professionnelles. Elle doit tenir compte, dans son approche et dans ses interventions, de la condition de santé de la personne, des répercussions de son état de santé sur elle-même et sur sa famille, de ses valeurs et de sa culture ainsi que de son milieu socio-économique et de l'environnement physique dans lequel elle vit. L'infirmière doit aussi tenir compte de l'environnement humain de la personne en perte d'autonomie ainsi que de la réalité vécue par le proche aidant et de ses besoins spécifiques. En plus, le nombre et la diversité d'intervenants en soins à domicile font en sorte que les infirmières doivent exercer davantage leurs habiletés de coordination des soins et de suivi de la clientèle.

L'évaluation clinique constitue une activité essentielle sur laquelle reposent l'intervention de l'infirmière et sa décision de déterminer un plan thérapeutique infirmier (PTI) qui s'arrimera au plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou au plan de services individualisé (PSI) selon la situation de la personne en perte d'autonomie. Le plan thérapeutique infirmier contient notamment les consignes qui sont données à d'autres intervenants, notamment aux aides-soignants. En effet, l'Office des professions du Québec a autorisé par règlement l'administration de médicaments et la prestation de soins invasifs d'assistance aux AVQ par des aides-soignants dans certains environnements de soins tels que le domicile. Dans ce contexte, l'infirmière devient responsable de l'encadrement des soins infirmiers confiés à des aides-soignants.

Par ailleurs, comme il en a été question précédemment, l'assurance autonomie prévoit que l'aide aux AVQ serait transférée à des entreprises d'économie sociale.

L'Ordre est particulièrement préoccupé par la prestation de soins invasifs et l'administration de médicaments qui pourraient être confiées à des aides-soignants. Il est important de faire la distinction entre l'administration des médicaments et leur distribution. Il ne peut y avoir d'ambiguïté quant aux responsabilités inhérentes à l'une et à l'autre. L'administration de médicaments est une activité règlementée, ce qui n'est pas le cas pour la distribution de médicaments. L'exemple des ressources intermédiaires pour personnes âgées nous démontre que le taux de roulement des aides-soignants est très élevé et a des impacts importants sur l'organisation du travail et la disponibilité des infirmières des CSSS qui doivent encadrer les pratiques de ces personnes et recommencer continuellement l'enseignement afin d'assurer des soins sécuritaires dispensés par de nouveaux employés sans formation initiale.

Le potentiel d'augmentation de clientèle à domicile généré par l'assurance autonomie viendra exacerber ce type de problème et risque d'avoir un impact négatif sur le rôle de l'infirmière quant à l'évaluation de la situation de santé de la personne, de coordination des services et de suivi. En ce sens, le livre blanc précise que les services requis par des personnes en perte d'autonomie qui présentent des besoins plus complexes seraient

offerts exclusivement par les CSSS. Cette gamme de services devrait donc être clairement définie dans la loi.

Étant donné le risque élevé de préjudice aux personnes, selon l'Ordre, dans un but de protection du public, les soins invasifs relatifs aux AVQ et à l'administration des médicaments devraient être confiés à des employés des CSSS, notamment les assistantes familiales et sociales aux personnes à domicile ou les préposés aux bénéficiaires. Ceux-ci font partie de l'équipe, ont reçu une formation initiale suffisante, et les soins qu'ils dispensent sont encadrés par leurs collègues infirmières selon le règlement professionnel en vigueur et la règle de soins émise par la directrice des soins infirmiers du CSSS. La responsabilité de la directrice des soins infirmiers (DSI) de l'établissement implique qu'elle doit s'assurer que les soins infirmiers et les soins dispensés par des non-professionnels le sont dans un cadre précis, selon une règle de soins qui balise le plan d'intervention et encadre le rôle des intervenants qui l'appliquent. Ce rôle est déjà bien campé dans la LSSSS et doit demeurer.

12) L'Ordre recommande que la gamme de services requis par des personnes ayant des besoins complexes qui seraient offerts exclusivement par les CSSS soit clairement définie dans la Loi sur l'assurance autonomie.

13) L'Ordre recommande que le rôle des entreprises d'économie sociale quant aux AVQ soit limité aux personnes qui ne requièrent pas de soins invasifs et d'administration de médicaments.

6. Les proches aidants

Les proches aidants constituent la plus grande source d'aide aux personnes en perte d'autonomie. Bien que le degré et le type d'aide fournie diffèrent d'un cas à l'autre, leur apport dans l'allègement du fardeau du système de santé est incommensurable. Des familles plus petites qu'autrefois, géographiquement dispersées, augmentent le défi d'être proche aidant. Aussi, la prestation des soins se complexifie, ce qui est préoccupant, car de nombreux aînés font eux-mêmes office d'aidants auprès d'autres personnes âgées. Les aidants membres de la famille présentement au travail doivent soutenir à la fois leurs parents vieillissants et leurs propres familles. En fait, il existe de nombreux types d'aidants et le domicile exige encore plus de ces personnes.

Dans ce contexte, compte tenu des situations familiales et sociales diverses, le domicile n'est pas toujours le cadre unique ou optimal pour répondre aux besoins de la personne et de ses proches-aidants. Ainsi, il faudra planifier des solutions de remplacement qui permettront l'accès à des milieux de vie adaptés et sensibles à l'adéquation des besoins aidé-aidant et ne pas désinvestir à outrance les ressources existantes telles que les ressources non institutionnelles ou les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) qui demeurent des choix de milieux pertinents et appropriés, qui s'imposeront encore dans bon nombre de situations.

Malgré le fait que plusieurs études font état de leur grande vulnérabilité (nombreux problèmes de santé, détresse psychologique qui perturbe la vie familiale et sociale), il est aussi reconnu que les aidants ne reçoivent les services dont ils ont besoin qu'en dernier ressort, lorsqu'ils sont déjà épuisés ou malades (Ducharme, 2013).

À cet égard, le livre blanc n'a pas fourni une analyse profonde des enjeux reliés aux proches aidants. L'Ordre considère que sans des proches aidants soutenus par des services qui répondent à leurs besoins, le soutien à domicile de la personne en perte d'autonomie est mis à rude épreuve, voire devant un échec. L'assurance autonomie vise l'adéquation entre les besoins de la personne et les services requis. La même adéquation devrait être faite pour les proches aidants. Comme le propose la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, cette réforme devrait prévoir des services assurés autant pour la personne en perte d'autonomie que pour ses proches aidants.

- 14) L'Ordre recommande d'inclure les proches aidants des personnes en perte d'autonomie comme personnes admissibles aux services de l'assurance autonomie.*
- 15) L'Ordre recommande, dans le contexte où l'assurance autonomie veut permettre le libre choix, que d'autres solutions de remplacement au domicile soient prévues et que l'accès à des ressources d'hébergement existantes soit maintenu lorsque la qualité de vie et la sécurité, autant celles de la personne en perte d'autonomie que celles de son proche aidant, peuvent être compromises.*

7. Les technologies de l'information et les télésoins

La condition des personnes en perte d'autonomie nécessite différents types de soins et différents prestataires. La collaboration interdisciplinaire et intersectorielle sera au cœur des processus rattachés à l'assurance autonomie. Déjà, des établissements ont mis en place différents systèmes qui permettent la consultation à distance, l'accès à des données cliniques permettant de mettre à jour régulièrement le plan d'intervention ou le plan de services interdisciplinaire. Par exemple, des spécialistes peuvent évaluer un problème sans se déplacer et proposer un plan d'intervention qui répond aux besoins de l'utilisateur et soutient la pratique, notamment celle de l'infirmière.

Le succès de l'assurance autonomie sera en grande partie tributaire d'une bonne utilisation des télésoins dans les milieux cliniques. Ces technologies présentent des avantages indéniables autant pour les prestataires de soins que pour les patients. Elles favorisent l'efficacité du réseau, l'accès aux soins et aux services, l'évaluation et la gestion de cas, une coordination interprofessionnelle et intersectorielle accrue ainsi qu'une meilleure équité pour les régions sans qu'il y ait besoin de toujours se déplacer au domicile de l'utilisateur. Pour que l'assurance autonomie fonctionne bien, il faudra faire les bons choix technologiques. Des initiatives locales existent et prouvent leur efficacité;

d'autres devront poursuivre leur développement. Il faudra qu'il y ait un bon arrimage entre elles.

L'infirmière sera au centre de l'utilisation des nouvelles technologies. Celles-ci accroîtront la portée de son travail, notamment sur le plan de l'accès à l'information, de l'évaluation, du jugement clinique et du nombre de patients qu'elle pourra traiter. Par exemple, une personne en perte d'autonomie, qu'elle soit âgée ou avec déficience physique, présente souvent des plaies chroniques qui nécessitent des soins complexes. L'accès à un spécialiste à distance, en temps réel et avec image, a déjà démontré des impacts positifs sur le processus de guérison et sur la diminution de l'utilisation moins pertinente d'heures/soins à domicile. Beaucoup de suivis peuvent être faits à distance, permettant au professionnel d'assurer une continuité dans le traitement des données et de suivre l'évolution de la condition de santé sans se déplacer.

Tous les professionnels sur le terrain devront être équipés adéquatement de matériel informatique afin de soutenir l'analyse et le traitement de l'information dans un contexte interdisciplinaire et intersectoriel. Pour être efficaces, les systèmes doivent être intégrés et interopérables. De plus, il va sans dire que cette réforme exige une coordination et un suivi des patients qui ne pourrait se faire sans une informatisation intégrée des processus. Celle-ci s'avère une condition essentielle au succès de l'assurance autonomie. Sans l'informatisation des données cliniques, les dédoublements ou les carences d'information pourraient alourdir les mécanismes de soins reliés à l'assurance autonomie.

16) *L'Ordre recommande l'informatisation des processus cliniques et que l'utilisation des technologies de l'information, dont les télésoins, fasse partie intégrante du contexte d'implantation de l'assurance autonomie, notamment sur le plan de la pratique des soins à domicile.*

8. Autres enjeux administratifs

8.1. Impact sur les CSSS

L'OIIQ voit d'un bon œil la disponibilité d'une enveloppe financière protégée pour une couverture de services adaptée aux besoins de la personne en perte d'autonomie et pour optimiser l'utilisation des ressources. L'OIIQ estime que la nouvelle façon de financer le panier de services aidera à systématiser et à harmoniser les services pour les personnes en perte d'autonomie entre elles, entre les CSSS et entre les régions. La répartition des services sera faite en fonction des différents types de ressources selon les territoires à pourvoir. En individualisant la prestation et le coût des interventions, la nouvelle assurance autonomie allouerait le financement là où il est requis, diminuant ainsi le nombre de décisions liées à des impératifs budgétaires ou organisationnels. L'OIIQ estime que ceci créerait un climat d'équité entre les CSSS et redynamiserait ces

secteurs, car ils auraient plus de latitude pour soutenir la personne en perte d'autonomie selon ses réels besoins.

Les territoires de CSSS dont les besoins de la clientèle sont plus grands, en vertu d'un profil socio-économique différent, obtiendraient conséquemment un financement pour livrer davantage de soins à un plus grand nombre de personnes. L'offre de services devrait être accessible à un volume plus substantiel de personnes et en temps opportun. Il faudra éviter d'implanter des structures administratives supplémentaires qui entraîneraient une explosion des coûts de fonctionnement.

8.2. Préoccupations de l'OIIQ

La problématique du financement des soins à domicile doit tenir compte non seulement d'une plus grande demande, mais des limites physiques et économiques des personnes en perte d'autonomie. L'Ordre considère que, globalement, un financement additionnel devrait être envisagé afin d'assurer la pérennité du système. L'Ordre recommande que la méthode de capitalisation choisie ne doive, en aucun cas, restreindre l'accès aux soins ou la qualité des services, quelle que soit la situation financière de la personne qui utilise l'assurance autonomie. En fait, il faudra que la méthode choisie vise à encourager l'équité et la pérennité du système. D'un côté, introduire la contribution de l'utilisateur qui a les moyens de payer est une bonne chose. De l'autre côté, le faible taux d'épargne des *baby-boomers* est une considération qu'on ne peut ignorer.

L'Ordre recommande que le MSSS porte une attention particulière à la disponibilité du financement au bon moment pour l'utilisateur. Le système devra avoir la flexibilité de réagir rapidement quand la condition de santé d'une personne en perte d'autonomie s'aggrave au domicile ou requiert un rehaussement de services lorsque la personne passe de l'hôpital à son domicile ou vers une ressource d'hébergement.

Par ailleurs, l'Ordre est aussi préoccupé de la capacité des CSSS à répondre à la réforme proposée par l'assurance autonomie dans les délais impartis. La disponibilité des ressources professionnelles en nombre suffisant, selon différentes disciplines et expertises, demeure un enjeu crucial pour les CSSS.

17) L'Ordre recommande d'éviter des structures administratives additionnelles, que la méthode de capitalisation choisie encourage l'équité et la pérennité du système, qu'une attention particulière soit accordée à la disponibilité des ressources et que le financement s'adapte rapidement aux conditions changeantes de chaque cas.

9. Recommandations

La réforme proposée par le ministre de la Santé et des Services sociaux fournit une occasion d'effectuer les virages requis pour faire face aux besoins de services des personnes en perte d'autonomie afin de leur permettre de faire le choix de leur milieu de vie, notamment celui de leur domicile. Elle exigera des changements majeurs, concernant nos modes et nos structures de soins et de financement public pour lesquels l'Ordre a émis des préoccupations principalement liées à son mandat de protection du public et au rôle de l'infirmière. À cet effet, l'OIIQ propose une série de mesures additionnelles, qui sont contenues dans les recommandations suivantes :

- 1) *L'Ordre recommande que l'offre de services admissibles et standardisés en soins à domicile soit clairement détaillée.*
- 2) *L'Ordre recommande que le rôle et les responsabilités de tous les acteurs concernés soient bien définis dans la Loi sur l'assurance autonomie.*
- 3) *L'Ordre recommande que les modalités d'évaluation et les plans d'intervention pour les personnes qui requièrent des services de soutien à domicile demeurent sous la responsabilité du réseau public de santé.*
- 4) *L'Ordre recommande que les pratiques cliniques, l'encadrement et les normes relatives à la sécurité et à la qualité demeurent une responsabilité du réseau public de santé, selon les mandats qui lui sont confiés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).*
- 5) *L'Ordre recommande que toutes les personnes d'une organisation hors réseau public de santé, qui donnent des services en lien avec les AVQ, aient suivi une formation reconnue telle qu'« auxiliaire aux services de santé et services sociaux ou assistance à la personne en établissement ».*
- 6) *L'Ordre recommande que les critères de sélection et d'embauche des employés des entreprises d'économie sociale et les responsabilités du CSSS à cet égard soient balisés dans la Loi sur l'assurance autonomie. Dans tous les cas, ces personnes devraient être visées par la vérification des antécédents judiciaires, comme c'est le cas pour les employés de l'État.*
- 7) *L'Ordre recommande la bonification de l'outil d'évaluation multiclientèle ou l'utilisation systématique d'outils complémentaires standardisés afin de permettre une évaluation complète de la condition de santé physique et mentale de la personne en perte d'autonomie.*
- 8) *L'Ordre recommande d'implanter un processus d'évaluation des besoins des proches aidants en complément à l'évaluation de la personne en perte d'autonomie.*

- 9) *L'Ordre recommande que l'infirmière soit la gestionnaire de cas pour les personnes qui ont besoin de soins et de services professionnels et dont les problèmes de santé génèrent des enjeux cliniques complexes et sont à l'origine de la perte d'autonomie.*
- 10) *L'Ordre recommande de rendre disponibles, pour les soins à domicile, des équipes tandem médecins-IPSPL pour soutenir une réponse efficace à une hausse potentielle de la demande de soins médicaux à domicile.*
- 11) *L'Ordre recommande que des processus formels d'encadrement du partage de l'information soient mis en place pour assurer la protection des renseignements personnels.*
- 12) *L'Ordre recommande que la gamme de services requis par des personnes ayant des besoins complexes qui seraient offerts exclusivement par les CSSS soit clairement définie dans la Loi sur l'assurance autonomie.*
- 13) *L'Ordre recommande que le rôle des entreprises d'économie sociale quant aux AVQ soit limité aux personnes qui ne requièrent pas de soins invasifs et d'administration de médicaments.*
- 14) *L'Ordre recommande d'inclure les proches aidants des personnes en perte d'autonomie comme personnes admissibles aux services de l'assurance autonomie.*
- 15) *L'Ordre recommande, dans le contexte où l'assurance autonomie veut permettre le libre choix, que d'autres solutions de remplacement au domicile soient prévues et que l'accès à des ressources d'hébergement existantes soit maintenu lorsque la qualité de vie et la sécurité, autant celles de la personne en perte d'autonomie que celles de son proche aidant, peuvent être compromises.*
- 16) *L'Ordre recommande l'informatisation des processus cliniques et que l'utilisation des technologies de l'information, dont les télésoins, fasse partie intégrante du contexte d'implantation de l'assurance autonomie, notamment sur le plan de la pratique des soins à domicile.*
- 17) *L'Ordre recommande d'éviter des structures administratives additionnelles, que la méthode de capitalisation choisie encourage l'équité et la pérennité du système, qu'une attention particulière soit accordée à la disponibilité des ressources et que le financement s'adapte rapidement aux conditions changeantes de chaque cas.*

RÉFÉRENCES

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, & Laramée, P. (2011). *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Montréal, Québec: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Repéré à http://www.agesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf
- Busby, C., & Robson, W. B. P. (2013). *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante: le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*. Toronto, Ontario: Institut C.D. Howe. Repéré à <http://www.cdhowe.org/la-gestion-des-couts-des-soins-de-sante-pour-une-population-vieillissante-le-defi-fiscal-que-le-quebec-na-pas-encore-releve/20578>
- Ducharme, F., Lévesque, L., Bourbonnais, A., Dubé, V., & Saulnier, D. (2013). *Soutenir les proches aidants de personnes en perte d'autonomie des avenues à considérer. Mémoire présenté au Ministre de la santé et des services sociaux et Ministre responsable des aînés portant sur la création d'une assurance autonomie*. Montréal, Québec: Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Repéré à http://www.chairedesjardins.umontreal.ca/documents/MemoireCDJ_Assuranceautonomie_oct2013.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *L'autonomie pour tous : Livre Blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Québec, Québec : Auteur. Repéré à <http://www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf>
- Poirier, L.-R., Descôteaux, S., Levesque, J.-F., Tourigny, A., & Institut national de santé publique du Québec. (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées: le point de vue des experts*. Montréal, Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf
- Tourigny, A., Bédard, A., Laurin, D., Kröger, E., Durand, P. J., Bonin, L., ... Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. (2013). *Soins à domicile: Une synthèse des connaissances pour répondre à des questions priorisées aux paliers local et central*. Québec, Québec: CHU de Québec/Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Repéré à http://www.cevq.ca/fileadmin/cha/Microsite/CEVQ/Tourigny_2013_Synthese_connaissances_SoinsDomicile.pdf

