

# Programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

- **Contexte, état de situation régional**
- **Orientations régionales**
- **Plan régional de mise en oeuvre**



## Estrie 2005-2010

Adopté par le conseil d'administration le 24 novembre 2005

## CONTRIBUTION À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME-SERVICES PALV

*La pensée qui anime notre organisation de services : le maintien et la récupération de l'autonomie fonctionnelle des personnes, qu'elles soient maintenues à domicile, qu'elles vivent un épisode de soins aigus de courte durée, ou un épisode d'urgence ou de réadaptation, ou qu'elles soient hébergées.*

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration de ce document :

Coordination : Linda Dieleman.

Les membres de l'équipe projet : Linda Dieleman, Denis Beaulieu, Valois Boudreault, Robert Pronovost.

Les collaborateurs et collaboratrices : France Simoneau, Alain Couture, Alain Ouellet, Thérèse Côté, Michel Carbonneau, Danielle Bédard, France Massicotte-Dagenais, Marie-France Fournier, Denyse Lamontagne, Michael Rochette, Ginette Noël, Philippe Lamontagne, Raymonde Vaillancourt, France Leblanc, Nathalie Léonard, Liane Savard, André Brien, Carole Roy, Julie Carrier, Johanne Paradis, Lyna Fortin, Denis Tremblay, Stéphanie Lemoine.

Les personnes ayant participé au « focus group » sur les services spécialisés, rencontre qui s'est tenue le 24 mai 2005.

Les membres du comité sur les services médicaux généraux.

La Table des responsables des services PALV.

Les membres du ROMADEV.

Les membres du comité de pilotage de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie concernant les projets cliniques.

Les établissements, organismes et instances qui ont soumis leurs avis et commentaires lors de la consultation; en voici la liste :

- Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE)
- Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie (CMURE)
- Commission médicale régionale de l'Estrie (CMR)
- Centre de santé et de services sociaux du Granit
- Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Centre de santé et de services sociaux de la MRC de Coaticook
- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
- Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
- Centre de réadaptation Estrie
- CHUS
- Regroupement CNDE / Dixville
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Table des DG CSSS-CHUS
- Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie (ROC)
- Regroupement des organismes de maintien à domicile de l'Estrie (ROMADE)
- Comité directeur Déficience intellectuelle
- Comité directeur Déficience physique
- Comité directeur PALV
- Comité régional d'accès aux services de langue anglaise
- Table de travail PALV du Haut-Saint-François
- Archevêché de Sherbrooke

**Mise en page et traitement de texte : Jocelyne St-Amand**

## **TABLE DES MATIÈRES**

Contribution à l'élaboration du programme-services PALV	
Sigles utilisés .....	4
Préambule .....	5
Introduction.....	5
Documents d'orientations ministérielles.....	6

### **Partie I Contexte et état de situation régional**

1. Contexte à l'élaboration du programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement .....	8
2. Définition du programme-services PALV.....	12
2.1. Contexte et historique du programme.....	12
2.2. Problématique visée par le programme-services PALV.....	13
2.3. Population visée par le programme-services PALV.....	14
2.4. L'approche privilégiée.....	16
2.5. Principes directeurs.....	16
2.6. Objectifs généraux.....	17
2.7. Identification et description du programme-services PALV .....	17
2.7.1. L'accessibilité .....	18
2.7.2. La continuité .....	19
2.7.3. La qualité .....	20
2.8. Partenaires .....	21
3. État de situation en Estrie.....	22
3.1. Portrait estrien de la population ciblée par le programme-services PALV .....	22
3.2. Portrait des services et principaux écarts observés.....	27
3.2.1. Mise en réseau des services .....	27
3.2.2. Complémentarité avec la courte durée.....	27
3.2.3. Services de santé publique .....	27
3.2.4. Mauvais traitements.....	28
3.2.5. Virage communautaire.....	28
3.2.6. Services spécialisés régionaux .....	28
3.2.7. Taux d'hébergement .....	29
3.2.8. Alternatives à l'hébergement.....	29
3.2.9. Complémentarité avec les autres programmes-services .....	29
3.2.10. Hébergement.....	29
3.2.11. Qualité.....	29

3.3. Recours aux services.....	30
3.4. Faits saillants .....	31

### **Partie II Orientations régionales 2005-2010**

4. Orientations et priorités régionales 2005-2010.....	33
4.1. Les orientations.....	33
4.2. Les priorités .....	34
5. Évaluation et reddition de comptes .....	35
6. Éléments administratifs et de soutien aux services.....	38
6.1. Enjeux des ressources humaines.....	38
6.2. Enjeux du soutien informatique.....	39
6.3. Enjeux du financement .....	41
6.4. Enjeux de la communication .....	42
6.5. Enjeux des ressources immobilières .....	43
7. Conclusion et perspectives .....	44

### **Partie III Plan régional de mise en œuvre 2005-2010**

• ... Première orientation : L'accessibilité – accès à des arrangements diversifiés de services et de logements.....	46
• ... Deuxième orientation : La continuité – intégration des services.....	57
• ... Troisième orientation : La qualité - des services et des milieux de vie qui répondent à de hauts standards de qualité.....	60
• ... Autres travaux.....	64

### **Les annexes**

Annexe 1 - Événements marquants concernant l'historique de cette mise en réseau de services ...	68
Annexe 2 - Les orientations du MSSS 2001 .....	71
Annexe 3 - La gamme de services à domicile .....	72
Annexe 4 - Cadre d'évaluation des RISPA.....	73
Annexe 5 - Liste des indicateurs nationaux 2005-2006.....	74
Liste des indicateurs régionaux 2005-2006 .....	74
Annexe 6 – Les intrants ministériels au projet clinique – interface avec les autres programmes	76
Annexe 7 - Résumé des actions régionales.....	77
Bibliographie.....	83

## SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ADRLSSSE	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ADS	Analyse différenciée selon les sexes	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
AVQ	Activités de la vie quotidienne	PLOS	Plan local d'organisation de services
CAH	Comité d'accès à l'hébergement	PNSP	Programme national de santé publique
CCNU	Comité de coordination national des urgences	PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
CHCD	Centre hospitalier de courte durée	PPP	Partenariat public-privé
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	PRIE	Plan régional d'informatisation de l'Estrie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	PROS	Plan régional d'organisation de services
CLSC	Centre local de services communautaires	PSI	Plan de services individualisé
CNDE	Centre Notre-Dame-de-l'Enfant	RI	Ressource intermédiaire
CRE	Centre de réadaptation Estrie	RISPA	Réseau intégré de services aux personnes âgées
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes	RNI	Ressource non institutionnelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	ROMADE	Regroupement des organismes de maintien à domicile de l'Estrie
DI	Déficience intellectuelle	RPH	Ressource privée d'hébergement
DOSEG	Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion	RRSSSE	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
DP	Déficience physique	RTF	Ressource de type familial
DRAMU	Direction régionale des affaires médicales et universitaires	SAD	Soutien à domicile
DSP	Direction de la santé publique	SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
DSIE	Demande de service interétablissements	SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
DRMG	Département régional de médecine générale	SIMAD	Service intensif de maintien à domicile
DRMS	Département régional de médecine spécialisée	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
GMF	Groupe de médecine de famille	SM	Santé mentale
GRH	Gestion des ressources humaines	SP	Santé physique
IMAGE	Informatisation des mécanismes d'admission pour fin de gestion	UCDG	Unité de courte durée gériatrique
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
MPOC	Maladie pulmonaire occlusive chronique		
MRC	Municipalité régionale de comté		

## **PRÉAMBULE**

Ce document concernant le programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) est composé de trois sections distinctes soit :

- Contexte, état de situation régional
- Orientations régionales 2005-2010
- Plan régional de mise en œuvre régional 2005-2010.

Nous avons mené ces travaux afin de soutenir la réalisation des projets cliniques dans chacun des territoires de CSSS. Une consultation a été réalisée auprès de diverses instances afin d'obtenir des avis et commentaires sur la deuxième partie (chapitres 6 à 9) du document, portant principalement sur les orientations régionales proposées. Les avis et commentaires reçus ont aidé grandement à la finalité des orientations régionales du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement.

## **INTRODUCTION**

Le vieillissement accéléré de la population québécoise constitue un phénomène préoccupant. Parmi les pays industrialisés, la croissance du nombre de personnes âgées au Québec sera l'une des plus rapides. D'ici 15 ans, la proportion de personnes âgées du Québec passera de 14 % à 21 %. L'Estrie n'échappera pas à cette tendance, passant de 15 % en 2006 à 23 % en 2021.

Le vieillissement de la population, combiné aux problèmes de santé qui surviennent après 65 ans et surtout après 75 ans, et leurs conséquences comme la perte d'autonomie et le besoin d'aide dans les activités de la vie courante, nous amènent à questionner l'organisation et l'offre de service aux personnes âgées de l'ensemble des établissements de notre région.

Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement désirent demeurer chez elles, dans leur milieu de vie naturel, le plus longtemps possible, tout en ayant accès aux services requis par elles-mêmes et leurs proches.

Puisque la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement se retrouve au centre de nos préoccupations, on doit questionner l'organisation des services qui leur sont destinés, en tenant compte de leurs besoins évolutifs, tout en nous assurant qu'elles auront accès aux services requis par elles-mêmes et par leurs proches, mais surtout que cette organisation de services sera guidée par un principe directeur : le maintien et la récupération de l'autonomie fonctionnelle. Dans une vision d'offre de service mieux adaptée, il est important de donner aux personnes les moyens de reprendre en main leur état de santé et de participer activement à l'atteinte d'objectifs cliniques appropriés à leur condition.

Les intervenants du PALV s'investissent depuis plusieurs années dans la mise en place d'une offre de service visant la coordination et l'intégration des services, plus particulièrement pour les personnes âgées et leurs proches. Ces travaux ont transformé l'offre de service et favorisent une prestation de soins et de services plus continue.

Un virage communautaire favorisant la mise en place de services près du milieu de vie naturel est en cours. Cependant, l'offre demeure peu diversifiée à ce jour en ce qui concerne les clientèles en besoin de soins de longue durée.

## DOCUMENTS D'ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Divers documents contribuent à faire évoluer l'organisation actuelle de services auprès de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. Les voici :

- Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, février 2001
  - Mise en réseau de services, gamme de services, qualité des services (voir annexe 2 pour liste détaillée des composantes d'un réseau intégré)
- Chez soi le premier choix - La politique de soutien à domicile 2003
  - Des services adaptés : un soutien personnalisé
  - Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités
  - Travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile
- Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile – Chez soi : le premier choix, juillet 2004
- Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles, 2003
- Programme national de santé publique 2003-2012
- La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile (Cadre de référence, Direction générale de la santé publique, novembre 2004)
- Un document de consultation « Les services aux aînés en perte d'autonomie. Un défi de solidarité : pour un plan d'action 2005-2010 » est en cours d'élaboration par le MSSS. Ce plan porte essentiellement sur l'organisation des services de longue durée aux aînés en perte d'autonomie
- Plan stratégique 2005-2010 du MSSS
  - Priorités ministérielles
  - Enjeux, orientations, axes et objectifs
- Cahier des charges – document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le présent document sur le programme-services PALV a été construit en s'inspirant de l'ensemble de ces documents.

# **PARTIE I Contexte et état de situation régional**

# 1. CONTEXTE À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME-SERVICES PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

## Un environnement législatif nouveau

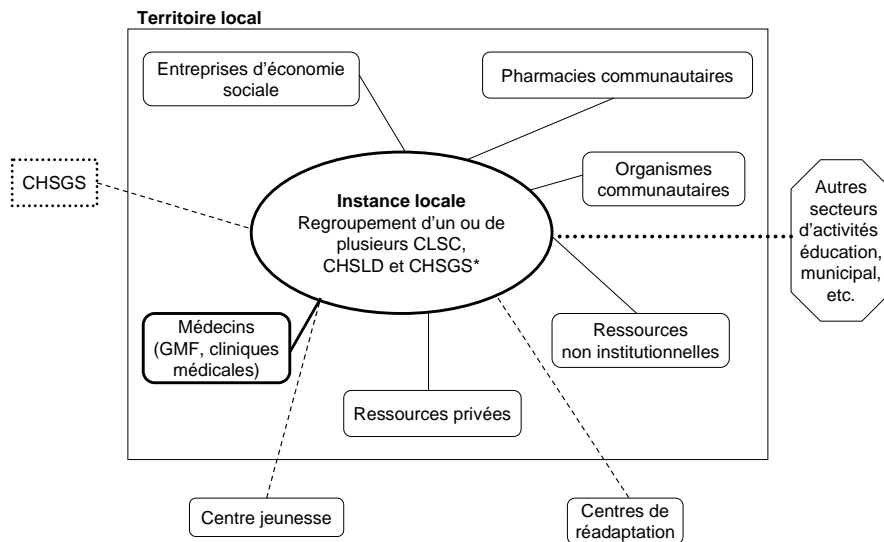
En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services (RLS) à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans plusieurs cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant **l'accessibilité, la continuité et la qualité** des services destinés à la population du territoire local.

**Pour le ministre Philippe Couillard,**

*« ... l'avantage pour la personne, c'est de savoir qu'il y aura une organisation dans son milieu de vie qui sera responsable de lui offrir les meilleurs services afin qu'elle n'ait plus à se débrouiller seule dans le labyrinthe qu'est trop souvent notre réseau ».*

## Les acteurs dans le réseau local de services



\* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.  
Source : MSSS, « L'intégration des services de santé et des services sociaux », Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Février 2004

## Le réseau local de services

Avec la création des réseaux locaux de services, les différentes personnes et organisations offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local doivent partager collectivement une responsabilité envers cette population. Pour ce faire, elles doivent ensemble assurer un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule vise, entre autres, une meilleure intégration des services, en particulier, pour les personnes vulnérables.

Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS avec les partenaires de leur réseau local de services, doivent d'abord définir leur projet clinique et organisationnel visant l'interdisciplinarité et la complémentarité des services. Le projet de loi 83 confie aux CSSS la responsabilité de mobiliser l'ensemble de ses partenaires pour élaborer ce projet d'organisation et ce, dans le cadre d'une approche populationnelle.

## Le projet clinique

Le MSSS définit le projet clinique de la manière suivante :

*« Le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition<sup>1</sup> .*

<sup>1</sup> MSSS, Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, document principal, octobre 2004.

## HIÉRARCHISATION DES SERVICES

« Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. »

MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 11.

## Les programmes-services

L'approche par programme-services permet de sortir de la stricte logique « établissement », de favoriser la mise en place de continuum de services et de favoriser une approche populationnelle. Selon la définition donnée par la Direction de la planification du ministère :

« Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune<sup>2</sup> ».

Conformément au même projet de loi 83, il revient à l'Agence de développement de réseaux locaux de services, pour chacun des neuf programmes-services, de définir les orientations régionales couvrant une période de cinq ans. Ces orientations sont définies en continuité avec les orientations ministérielles. Elles découlent aussi d'un bilan portant sur le degré d'actualisation des orientations antérieures.

L'arrimage des neuf programmes-services entre eux et la reconnaissance de leur interdépendance dans la réponse aux besoins des personnes, des clientèles particulières, des groupes vulnérables et de l'ensemble de la population lancent de nombreux défis. De plus, et dans un souci de répondre efficacement aux besoins des individus, il s'avère essentiel que l'élaboration et l'implantation de chaque programme tiennent compte particulièrement de l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise mais aussi des orientations ministérielles au regard de l'analyse différenciée selon les sexes.

Pour transiter vers une offre mieux intégrée et coordonnée de services, le projet clinique mise sur la responsabilité populationnelle ainsi que sur la hiérarchisation et l'intégration mieux articulée des services. Fondamentalement, le projet clinique présente une démarche qui conduit à l'identification des éléments de l'offre de service qui permettent d'en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité. La mise en ordre de priorité de ces éléments et leur traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constituent la pierre angulaire du projet clinique du CSSS et de son réseau local de services (RLS).

À partir des orientations ministérielles et régionales ainsi que des cibles qui seront mises de l'avant suite au portrait des besoins de la population, de l'offre et de la demande de services, le projet clinique permet d'identifier les écarts à combler et à prioriser.

## PROGRAMMES SERVICES

### CONFIGURATION DES PROGRAMMES



<sup>2</sup> Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux. MSSS, janvier 2004.

L'accessibilité des services pour les personnes d'expression anglaise repose sur deux articles (15 et 348) de la LSSSS. Le premier (art. 15) reconnaît le droit de ces usagers de recevoir des services dans leur langue. Ce droit s'articule dans un programme régional d'accès aux services en langue anglaise (art. 348). Le programme identifie les établissements de la région qui rendent une partie ou l'ensemble de leurs services accessibles en langue anglaise. Cette offre donne lieu à un décret gouvernemental. Quant aux personnes qui ne parlent ni le français, ni l'anglais, la LSSSS ne leur reconnaît pas le droit d'accès aux services de santé et services sociaux dans leur langue. La LSSSS prévoit que chaque programme régional d'organisation de services doit prendre en compte les « caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population... ». À cette fin, un plan régional d'accessibilité, adopté en 1997, cible certains établissements de région qui doivent élaborer un plan d'accès.

Par ailleurs, depuis 1997, le gouvernement du Québec travaille à inscrire dans ses pratiques et sa culture ministérielle une nouvelle approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes : il s'agit de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS)<sup>3</sup>.

Cette approche permet de raffiner la connaissance des réalités vécues par les femmes et les hommes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. Ce type d'analyse est essentiel, pour adapter les actions afin de les rendre plus efficaces et de répondre, pour chacun des neuf programmes-services, aux réels besoins pouvant être très différents des femmes et des hommes de chaque territoire et de la région.

### Des défis

Dans le contexte actuel de transformation du système de santé, la réalisation du *Projet clinique et des neuf programmes-services* à l'intérieur de chaque *réseau local de services de santé et de services sociaux* constitue un projet novateur et de partenariat par excellence. De nombreux défis sont lancés dont celui de passer d'une pure logique de prestation de services à une où les partenaires sectoriels et intersectoriels du RLS doivent partager collectivement une responsabilité envers la population et autour d'un centre d'intérêt commun : la santé et le bien-être. Dans ce contexte de changement « de vision et de culture », les personnes et organisations évoluent dans un environnement qui devient de plus en plus complexe et interdépendant, soulevant ainsi de nombreux défis en regard de la gestion du changement qui devient un incontournable.

### Approche et responsabilité populationnelles

Jusqu'à maintenant, une logique de production de services prédominait dans notre système de santé. Étant responsable de sa clientèle, chaque établissement planifiait l'offre de service et allouait les ressources en conséquence. L'établissement performant était celui qui réussissait le mieux à obtenir les ressources nécessaires. La vision mise de l'avant par le projet de loi 25 repose sur des notions différentes dont l'approche et la responsabilité populationnelles.

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
<b>Responsabilité</b>	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
<b>Mission</b>	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
<b>Offre de services</b>	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
<b>Acteurs interpellés</b>	Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives	Intervenants du système de soins et acteurs du milieu tels que la population, les milieux scolaire et municipal, les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires, avec leurs perspectives et savoirs respectifs
<b>Pratiques</b>	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les services  Gestion axée sur les processus	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle  Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficacité)  Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières)  Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée  Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.)  Gestion axée sur les résultats de santé  Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
<b>Indicateurs privilégiés</b>	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants.  On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage.  On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la population.  On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie.  On mesure l'état de santé et de bien-être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Adapté de : Derose et Pettiti, 2003 : *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective*. Ann. Rev. Public Health 2003, 24: 363-84 et de Garr, Rhyne et Kukulka, 1993 : *Incorporating a Community-Oriented Approach in Primary Care*. American Family Physician 1993; 47 (8): 169-1702.

<sup>3</sup> Gouvernement du Québec, Analyse différenciée selon le sexe dans le secteur de la santé et des services sociaux, Cahier de formation pour les gestionnaires, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

L'approche populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles et des besoins identifiés. Elle vise à coordonner l'offre de service en fonction d'une *population donnée* plutôt qu'en fonction *des individus qui consomment* les services.<sup>4</sup>

Comme citée antérieurement, la notion de responsabilité populationnelle implique que les personnes et les organisations qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenées à *partager collectivement une responsabilité* à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible, de la prévention aux soins de fin de vie, et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux.<sup>5</sup>

Le réel potentiel de la transformation en cours : améliorer la capacité du système de mettre à profit les ressources du réseau local pour augmenter son impact sur la santé et le bien-être de la population du territoire concerné.<sup>6</sup> Selon ce point de vue, l'amélioration de la santé de la population constitue l'objectif supérieur et la finalité de l'action.

En conformité avec la notion de responsabilité populationnelle, la première question à laquelle doit répondre le projet clinique a trait à l'engagement des personnes et des organisations du réseau local face à une population définie. Elle repose également sur l'acceptation par ces acteurs d'une imputabilité face à cette même population quant aux choix effectués et aux résultats obtenus.<sup>7</sup>

## **Gestion du changement**

Comme soulignés dans le cadre de référence du MSSS, les enjeux soulevés par la gestion du changement sont majeurs car les objectifs les plus précis, les meilleurs approches et modèles retenus ne peuvent à eux seuls garantir le succès de l'entreprise<sup>8</sup>. Globalement, un des premiers défis consiste à rendre le changement acceptable, souhaitable voire désirable. Comme cité antérieurement, le projet clinique repose sur un changement de culture majeur, un réel *virage santé-population*. L'adhésion de tous à une responsabilité commune à l'égard de la population est un impératif : on désire *accentuer la culture de partenariat et le travail d'équipe*, de même qu'adopter une organisation des processus de travail pour assurer notamment la prise en charge des personnes et le continuum de soins et services. Deux facteurs jouent donc ici un rôle clé : le temps et l'appropriation mutuelle<sup>9</sup>.

Si ce changement de culture interpelle tous les acteurs, certains sont néanmoins plus directement touchés<sup>10</sup> :

- Les membres des équipes de direction qui ont à porter le changement, à faire équipe.
- L'ensemble du personnel, en particulier les cadres intermédiaires, sur qui repose une large partie de la transformation : leurs responsabilités et leur mode de gestion s'orienteront davantage vers le soutien aux équipes de travail.
- Tous les partenaires, coresponsables de la réalisation du projet clinique, qui sont aussi mis à contribution, dans le *respect de leur mission propre*. Ainsi, les partenaires, médecins, organismes communautaires, partenaires intersectoriels, autres établissements spécialisés, etc., doivent être impliqués afin qu'ils se sentent à la fois coresponsables à l'égard de la population et des clientèles qu'ils desservent et respectés dans leur mission propre.

<sup>4</sup> Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, Trousse d'information, novembre 2004.

<sup>5</sup> MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 5.

<sup>6</sup> Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, document de discussion, juin 2004, p.6.

<sup>7</sup> Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population, document de discussion, juin 2004, p.27

<sup>8</sup> MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 65

<sup>9</sup> MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé, octobre 2004, p. 22.

<sup>10</sup> Idem

Il s'avère donc impératif de mettre parmi les préoccupations centrales du projet clinique la mobilisation. Il importe au départ de faire comprendre la nature du changement, de se donner un langage commun, de développer une vision partagée, et de favoriser des concertations ouvertes. Le défi humain, c'est aussi de bâtir un climat de bonnes relations humaines, notamment grâce à des moyens structurés d'information et d'échange.

Aux défis humains ainsi que de nouvelles vision et culture, s'ajoute le défi de la «construction» de l'organisation pour qu'elle puisse porter le changement. Comme énoncé dans le cadre de référence du MSSS<sup>11</sup> :

*Il s'agit d'un défi structurel. Il consiste à déterminer le modèle de plan d'organisation stratégique, clinique et opérationnel que devra prendre l'organisation pour rencontrer ses responsabilités populationnelles et ses responsabilités à l'égard des clientèles vulnérables et particulières, assurer l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité que supporte le projet clinique et soutenir le mandat majeur de leader du partenariat qui lui incombe.*

## **2. DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES PALV**

### **2.1 Contexte et historique du programme**

En septembre 1996, dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie adoptait le « Plan régional d'organisation de services aux personnes âgées » (PROS). Une série d'objectifs ont été visés dans le cadre d'un plan d'action régional s'adressant à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus.

En avril 1998, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait les « Orientations concernant les services aux personnes âgées », afin de cibler 25 recommandations en lien avec le PROS personnes âgées. Parmi les priorités, figure la mise en place d'un réseau intégré de services pour personnes âgées dans toutes les MRC de l'Estrie.

Par la suite, en mai 2000, il y avait l'adoption des « Orientations concernant les services aux personnes âgées – examen de la situation après une année d'implantation ». Dans ce document, le conseil d'administration de la Régie régionale réaffirmait la poursuite d'objectifs, principalement en ce qui a trait au maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel.

En juin 2000, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait le Plan de décentralisation du mécanisme d'accès à l'hébergement dans les MRC. Les orientations et le nouveau modèle ont été actualisés le 13 novembre 2000 dans chacune des MRC de la région de l'Estrie.

En 2003, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie adopte les « Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie » Estrie 2003. Ces orientations s'inscrivent dans la foulée des objectifs visés par les travaux antérieurs tout en y intégrant des dimensions novatrices en terme d'alliance avec les médecins de famille des différentes MRC. On y abordait aussi la nécessité de la mise en place du continuum de services gériatriques et des dimensions en lien avec la programmation en hébergement.

---

<sup>11</sup> MSSS, Projet clinique, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, octobre 2004, p. 66

D'autres travaux importants ont été réalisés :

- La diffusion de la politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement visant à diminuer tous les délais d'attente (2003).
- L'adoption par le conseil d'administration de la RRSSSE des plans d'action locaux et régional de santé publique précisant les activités à entreprendre ou à consolider quant aux fonctions de surveillance, de promotion, de prévention et de protection en matière de santé, dont certains éléments touchent plus particulièrement les personnes âgées (2003).
- L'adoption par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie du plan d'action régional sur la qualité des milieux de vie pour les personnes hébergées en CHSLD (2004).

Vous trouverez en annexe 1 une liste plus détaillée concernant des événements marquants de la mise en réseau de services.

## 2.2 Problématique visée par le programme-services PALV<sup>12</sup>

**Le vieillissement démographique très rapide est la problématique principale.** Selon le Dr Réjean Hébert<sup>13</sup>, chercheur principal du groupe PRISMA, le vieillissement de la population entraîne une prépondérance de maladies chroniques qui nécessitent plutôt des soins continus et de longue durée. Le modèle traditionnel, conçu à une époque où la population était jeune et souffrait de maladies aiguës commandant des interventions majoritairement ponctuelles, doit faire place à un modèle centré sur les besoins de personne en perte d'autonomie liée au vieillissement tout en favorisant le maintien à domicile.

Par ailleurs, pour faire face au vieillissement, l'ensemble des services de courte durée doivent s'adapter à une nouvelle clientèle en transformant une offre de service et une organisation de services conçus principalement pour des adultes vers une organisation de services adaptés aux particularités des personnes vieillissantes.

Selon le MSSS<sup>14</sup>, la nature de la demande se caractérise par un déplacement graduel vers les besoins liés aux problèmes de santé des personnes âgées, soit les maladies chroniques et leurs conséquences : perte d'autonomie et besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne.

**Faire face au vieillissement** a été retenu comme priorité transversale par le MSSS dans son cahier des charges 2005-2006<sup>15</sup>. Le vieillissement doit donc être pris en considération par l'Agence tant dans l'offre de service qu'elle élabore en réponse aux attentes ministérielles au niveau de l'adaptation et l'évolution de l'offre de service auprès des personnes âgées, que celles en lien avec l'efficacité et l'efficacités attendues en regard de l'utilisation des ressources de la courte durée.

<sup>12</sup> MSSS, L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien, p. 15.

<sup>13</sup> PRISMA, Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, 2004, p. 1.

<sup>14</sup> MSSS, Orientations 2001, p. 10

<sup>15</sup> MSSS, Cahier des charges 2005-2006, document préparatoire à la signature..., p. 8

## 2.3 Population visée par le programme-services PALV

Le programme<sup>16</sup> se caractérise comme suit :

- Regroupe tous les services dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs, qui sont destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage;
- S'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques;
- Inclut les personnes de moins de 65 ans qui ont les mêmes besoins que celles de 65 ans et plus aux prises avec le même problème;
- L'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme.

### Proche aidant

Selon le MSSS<sup>17</sup>, le proche aidant désigne toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

### Clientèles émergentes

- Personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale ou de multiples problématiques.<sup>18</sup>
- Personnes moins âgées à profil gériatrique (environ 10 % de la clientèle hébergée), selon le MSSS.<sup>19</sup>
- Personnes ayant une déficience intellectuelle de plus de 55 ans et dont plusieurs connaissent un vieillissement précoce ou chez qui l'apparition d'une démence est observée.

### Clientèles visées par les activités de santé publique - précisions

Le plan d'action ministériel 2005-2010 vise une clientèle plus large que celle des personnes en perte d'autonomie et inclut aussi les personnes à risque de perte d'autonomie par ses propositions en matière de santé publique, notamment en regard de la prévention des chutes.

### Complément d'information sur le programme-services PALV<sup>20</sup>

- Les services que reçoivent les personnes qui sont hébergées à cause d'un **autre problème que la perte d'autonomie liée au vieillissement** (ex. déficience intellectuelle), peu importe leur âge, ne font pas partie de ce programme.
- Les services destinés aux personnes qui ont une incapacité temporaire appartiennent au programme-services santé physique.
- Les services destinés aux personnes ayant une incapacité significative et persistante sont classés dans le programme-services déficience physique.
- Les services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie sont souvent ponctués d'épisodes de soins aigus qui font partie du programme-services santé physique.
- Les services prévus pour les personnes qui ont une maladie dégénérative et qui correspondent à un profil de besoins du type déficience physique (ex. sclérose en plaques, Ataxie de Friedreich) ne font pas partie du programme-services PALV, mais plutôt du programme-services déficience physique. Cependant, avec l'avancement en âge, la condition de ces personnes pourrait s'aggraver et se confondre avec la perte d'autonomie liée au vieillissement. Dans ces cas, le programme-services PALV répondraient davantage aux besoins de ces personnes.
- En regard des services rendus via la mission CLSC (selon le cadre normatif) : les services aux personnes ayant des troubles mentaux non associés au processus de vieillissement doivent être attribués au programme santé mentale, même si les problèmes reliés au vieillissement viennent s'ajouter à leurs problèmes antérieurs.

<sup>16</sup> MSSS, L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien, janvier 2004, p. 15.

<sup>17</sup> MSSS, Chez soi, le premier choix – La politique de soutien à domicile, 2003.

<sup>18</sup> ACCQ-AHQ, 6.1 Le projet d'organisation clinique des services, septembre 2004, p. 1.

<sup>19</sup> ACCQ-AHQ, 6.1 Le projet d'organisation clinique des services, septembre 2004, p. 1.

<sup>20</sup> MSSS, L'Architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien, janvier 2004, p. 16.

Afin de déterminer si le programme-services PALV peut répondre aux besoins d'un usager, il faut tenir compte de plusieurs caractéristiques :

- multiples problèmes à la fois;
- complexité;
- difficultés d'adaptation entraînant des limitations fonctionnelles et des incapacités qui, si elles ne sont pas compensées, deviennent un handicap.

L'avancement en âge, conjugué avec ces différentes caractéristiques, devient un bon indicateur quant à la pertinence de référer au programme-services PALV.

De plus, le programme-services PALV ne remplace pas les autres programmes-services. Il se veut complémentaire et interdépendant. Il est entendu que chacun des programmes-services doit se développer en fonction de sa mission et viser la mise en place des services de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne. Essentiellement, la clientèle n'est pas « captive » d'un seul programme-services. Elle peut recourir aux services de l'un ou de l'autre, ou de plusieurs à la fois, dépendamment de ses besoins.

À cet effet, dans son document sur l'architecture du réseau, le MSSS précise l'esprit dans lequel les programmes ont été définis : « Il faut s'assurer que des critères comme l'âge, le sexe, l'appartenance à une catégorie sociale ou autre ne peuvent être appliqués pour déterminer le contour d'un programme. En vertu du principe de l'universalité des services, l'application de tels critères ne trouve aucune justification.»<sup>21</sup>

Il importe de souligner que ce ne sont pas des personnes que l'on veut classer dans les programmes-services, mais plutôt un ensemble de services pour répondre aux besoins des personnes. Tout programme-services comporte des services qui lui sont propres et des services qu'il partage avec d'autres programmes. C'est par la combinaison de services de différents programmes que les personnes recevront le bon service, au bon moment.

C'est le service le plus susceptible de répondre aux besoins de l'utilisateur qui détermine vers quel programme-services on devrait l'orienter. Avant de référer à un autre programme-services pour répondre à un besoin auquel on s'adresse déjà, il faut d'abord évaluer si les services rendus donnent les résultats attendus. Il faut aussi vérifier si d'autres services disponibles dans la gamme de services du programme pourraient mieux répondre au besoin.

Finalement, puisqu'aucune méthode de classification n'est parfaite, des travaux seront requis afin d'identifier des balises permettant de faciliter la gestion clinique des références. Il faudra s'assurer d'un leadership clinique dans la réalisation de ces travaux afin de répondre aux préoccupations des cliniciens.

En résumé, la population visée par le programme-services PALV est la même clientèle qu'auparavant sauf exception.

Afin de mieux illustrer l'interdépendance entre les différents programmes-services, nous joignons un tableau élaboré par le MSSS -Les intrants ministériels au projet clinique – (annexe 6).

<sup>21</sup> MSSS, L'Architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien, janvier 2004, p. 2.

## 2.4 L'approche privilégiée

L'approche privilégiée retenue concernant les services à la clientèle est de:

- Compenser la détérioration des conditions de santé;
- Miser sur le potentiel résiduel;
- Assurer la sécurité des personnes dans leur résidence;
- Prévenir une perte d'autonomie.

## 2.5 Principes directeurs

Parmi les principes directeurs mis de l'avant pour les orientations 2005-2010, l'autonomisation des personnes doit être privilégiée. Dans un rapport du groupe de travail sur la planification des services OÉMC présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC)<sup>22</sup>, l'autonomisation est définie comme un :

*« Processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement. »*

En regard de l'autonomie, il y est mentionné l'importance, pour les individus, *« de pouvoir conserver le plus possible :*

- *L'autonomie de décision relative aux choix et jugements personnels, le respect de leurs préférences, valeurs et styles de vie;*
- *L'autonomie d'exécution, la capacité de satisfaire par eux-mêmes leurs besoins particuliers, la capacité d'exprimer leurs décisions par des manifestations comportementales. »*

**À l'intérieur de l'offre de service, tout en tenant compte des besoins psychosociaux et spirituels de l'individu, il est important de favoriser sa capacité :**

- **d'actualiser ses choix et de gérer son quotidien;**
- **de rétablir, tant que faire se peut, l'équilibre entre, d'une part, les incapacités physiques et mentales dont il peut souffrir et d'autre part, les ressources matérielles et sociales dont il dispose.**

Par ailleurs, d'autres principes directeurs<sup>23</sup> s'appuient sur les lignes directrices énoncées dans le PROS personnes âgées et aux valeurs guidant l'approche gériatrique en région :

- 1) La personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et ses proches sont au centre de l'action. Ils se retrouvent au cœur des décisions quant aux services à offrir. Leur participation est recherchée à toutes les étapes de l'intervention.
- 2) Le milieu naturel est reconnu comme milieu de vie privilégié. Lorsque des services d'aide sont requis, on doit privilégier le recours à des ressources légères qui favorisent le maintien de la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement dans son milieu de vie.
- 3) Le réseau naturel de soutien est reconnu comme indispensable au maintien dans le milieu de vie naturel. Une priorité est donc donnée aux mesures les plus susceptibles de le soutenir et d'éviter son épuisement.
- 4) Une priorité est également donnée aux mesures permettant d'éviter une perte d'autonomie ou l'émergence d'incapacités chez les personnes avec perte d'autonomie. Le développement d'une approche globale multidimensionnelle insiste sur l'importance de la prévention.
- 5) L'intervention médicale et sociale précoce est privilégiée par l'utilisation d'outils de dépistage et l'intervention rapide et globale une fois la situation à risque identifiée.

<sup>22</sup> Groupe de travail sur la planification des services OÉMC, Cadre de référence sur la planification des services, rapport présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle, avril 2005, document de travail

<sup>23</sup> Orientations concernant les services aux personnes âgées, août 1998, p. 3.

- 6) Les notions d'accessibilité, d'adaptation des services aux besoins des personnes en perte d'autonomie, de continuité, de complémentarité et de qualité deviennent un leitmotiv pour les acteurs impliqués.
- 7) L'utilisation de la ressource la plus pertinente au point de vue clinique, humain et financier.

Au cœur des préoccupations : l'accessibilité, la continuité et la qualité de services complémentaires, hiérarchisés et bien intégrés de la prévention-promotion aux soins de fin de vie, le tout se traduisant dans une vision transversale qui reflète l'interdépendance des programmes-services.

## 2.6 Objectifs généraux

Conformément au plan stratégique 2005-2010 du MSSS<sup>24</sup> et au plan d'action 2005-2010 PALV<sup>25</sup>, deux grands objectifs sont poursuivis par le MSSS afin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et de leur permettre de vivre le plus longtemps possible dans leur communauté :

- améliorer l'accès aux services et soutenir le développement de formules diversifiées de logement, en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches;
- offrir des services appuyés sur des standards de qualité et de pratique et régulés par le secteur public.

D'autres préoccupations ministérielles nous apparaissent prioritaires. Tout d'abord le MSSS considère que les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie publiées en 2001 ainsi que la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » constituent des assises importantes pour l'organisation des services.<sup>26</sup>

Ensuite, dans le cadre du cahier des charges concernant les ententes de gestion entre le MSSS et l'Agence, le MSSS retient le vieillissement comme étant la priorité ministérielle transversale à différents programmes-services<sup>27</sup>. À cet égard, le MSSS se préoccupe de l'adaptation et de l'évolution de l'offre de service auprès des personnes âgées en lien avec la courte durée. Il vise ainsi à redonner au secteur hospitalier de courte durée l'efficacité et l'efficacités qui doivent caractériser l'utilisation de ces ressources.

Ces préoccupations amènent 3 objectifs supplémentaires :

- poursuivre l'intégration des services en vue d'assurer la continuité des interventions;
- poursuivre les travaux en regard de l'implantation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » afin de corriger des disparités en regard du mode d'évaluation des besoins, des critères de priorisation, peu importe l'âge, le territoire ou le type de domicile de la personne;
- organiser l'offre de service afin de permettre une utilisation optimale des ressources de courte durée en fonction de sa mission.

## 2.7 Identification et description du programme-services PALV

L'ensemble des composantes du programme-services PALV sont décrites en tenant compte des objectifs visés par les projets cliniques soit l'accessibilité, la continuité, la qualité, tout en se référant à la description de la clientèle visée.

C'est par la mise en œuvre de l'ensemble de ces composantes que le programme-services prend toute sa force.

Les visées ministérielles se retrouvent dans les sections qui suivent soit 2.7.1, 2.7.2, 2.7.3.

Il est à noter que nous avons exclu les orientations relevant exclusivement de la responsabilité du MSSS.

<sup>24</sup> MSSS, Plan stratégique 2005-2010, Direction des communications, Québec, 2005.

<sup>25</sup> MSSS, Les services aux aînés en perte d'autonomie - Un défi de solidarité - pour un plan d'action 2005-2010, avril 2005, p.33.

<sup>26</sup> MSSS, Les services aux aînés en perte d'autonomie - Un défi de solidarité - pour un plan d'action 2005-2010, avril 2005, p.11.

<sup>27</sup> MSSS, Cahier des charges, Document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2005, p.8.

## 2.7.1 L'accessibilité : accès à des arrangements diversifiés de services et de logement

Dans le cadre de sa vision de développement de services de longue durée dans la communauté, le MSSS invite essentiellement le réseau à sortir du modèle « domicile-CHSLD » et à diversifier les modes de réponse aux besoins en soutenant la personne elle-même, en appuyant son entourage et en agissant sur son environnement immédiat. Voici une description plus détaillée des éléments pertinents au niveau régional :

Le soutien à la personne	Le soutien aux proches aidants	Des logements diversifiés et adaptés aux besoins des aînés en perte d'autonomie
<p><b>Des services de santé publique (promotion, prévention et protection)</b>            Les interventions visent à <b>augmenter</b> les facteurs de protection et à <b>diminuer</b> les facteurs de risque pour maintenir, au niveau le plus bas possible, le développement de maladies chroniques et le déclin fonctionnel, permettant ainsi aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible indépendantes et aptes à gérer leur existence. L'offre de service préventif repose principalement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement et la consolidation des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile en fonction du nouveau cadre de référence ministériel en la matière (<i>La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Direction générale de la santé publique, novembre 2004</i>);</li> <li>- Le développement, auprès de la clientèle PALV de services de prévention et de protection (vaccination) basée sur les interventions prévues au Programme national de santé publique (PNSP) et aux plans d'action locaux et régional 2004-2007;</li> <li>- Le renforcement de pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de la première ligne notamment en regard de la prévention des chutes, du dépistage du cancer du sein, de l'immunisation et du counselling sur les habitudes de vie.</li> </ul>	<p>Compléter l'offre de service pour leur soutien, selon les besoins évalués, incluant les besoins spécifiques des proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée. Ces services concernent l'information, la formation, le répit, le dépannage, le soutien psychosocial, l'entraide et la présence-surveillance.</p>	<p>Poursuivre le déploiement de formules résidentielles adaptées à des caractéristiques locales ainsi qu'à des clientèles spécifiques dans la foulée des projets novateurs (PPP).</p>
<p><b>Mauvais traitements</b>            Contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des aînés.</p>		
<p><b>Des services spécialisés</b> dans les domaines suivants : - Gériatrie - Réadaptation - Santé mentale - Maladies neurodégénératives            Ces services doivent être prévus pour des interventions ponctuelles ou intensives et inclure un soutien clinique aux équipes interdisciplinaires locales qui interviennent dans le milieu de vie.</p>		<p>Augmenter l'accès au logement en vertu du programme Accès Logis Québec.</p>
<p><b>Des services de longue durée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les services de longue durée qui doivent être accessibles dans chaque territoire de CSSS           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le soutien à domicile,* les services dans la communauté et les services offerts en hébergement;</li> <li>- Les soins posthospitaliers ou soins subaigus élargis qui requièrent un encadrement médical, infirmier et de réadaptation (moindre qu'en soins aigus, plus intensifs que les services à domicile réguliers (ex: URFI, hôpital de jour, SIMAD)). Les deux objectifs visés par les soins posthospitaliers sont de favoriser le congé de la courte durée dès qu'ils ne sont plus requis et de proposer des alternatives à la courte durée pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles importantes;</li> </ul> </li> <li>• Repositionner le rôle du centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en lui attribuant les fonctions suivantes :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hébergement des personnes en perte d'autonomie qui en ont le plus besoin sur le plan clinique et qui acceptent cette solution;</li> <li>- Les soins de fin de vie aux personnes qui y vivent et aux personnes de la communauté qui ne peuvent les recevoir à domicile;</li> <li>- Des soins posthospitaliers dans certaines installations pouvant desservir plusieurs communautés locales.</li> </ul> </li> <li>• Déterminer les critères d'accès aux services et aux soins de longue durée en relation avec les profils de perte d'autonomie et ainsi assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la priorisation que pour l'attribution des services, ainsi que les standards d'accès à ces soins et ces services;</li> <li>• Augmenter le nombre de personnes desservies dans la communauté;</li> <li>• Augmenter l'intensité des services aux aînés en perte d'autonomie pour leur offrir une réponse adaptée à leurs besoins.</li> </ul>		

\* À titre d'information, la liste de la gamme de services à domicile se retrouve à l'annexe 3.

## 2.7.2 La continuité : intégration des services

Selon le MSSS,<sup>28</sup> l'implantation de réseaux de services intégrés est la stratégie à retenir pour assurer la continuité de soins et de services. Les réseaux de services intégrés impliquent l'imputabilité par rapport aux soins à la population âgée d'un territoire.

Voici les composantes des réseaux de services intégrés<sup>29</sup> :

- **La composante organisationnelle**  
Un guichet unique pour simplifier l'accès aux services.  
Un système d'évaluation des besoins des individus, multidimensionnel et évolutif, et un système de classification de ces besoins basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle et associé à l'utilisation et au coût des ressources.  
Un système de communication permettant de relier efficacement les intervenants du réseau.
- **La composante clinique**  
Un système de gestion de cas : un intervenant coordonne un plan de services, s'assure que les services sont effectivement donnés et procède à l'évaluation périodique des besoins.  
Une équipe locale de maintien à domicile qui offre les soins et les services nécessaires pour permettre à une personne de demeurer à domicile et qui assure le suivi des personnes âgées dans la communauté.  
Des médecins de famille travaillant auprès des personnes âgées.  
Une équipe de gériatrie qui assure une intervention plus ponctuelle ou spécialisée.
- **La composante administrative**  
Des mécanismes de concertation qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs.  
Un budget « personnes âgées en perte d'autonomie ».  
Une seule autorité, le responsable local qui gère le fonctionnement territorial des soins et des services offerts.

Par ailleurs, l'organisation des services en réseau intégré et continu a été retenue par l'Agence<sup>30</sup> comme voie à privilégier pour certaines problématiques ou clientèles afin de mieux répondre à leurs besoins grandissants. L'intégration des services permettrait de créer un système plus performant centré davantage sur le client et moins sur le dispensateur de service.

<sup>28</sup> MSSS, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, p. 22.

<sup>29</sup> MSSS, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, p. 27.

<sup>30</sup> Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, Réseau de services intégrés – Ses principes, concepts et composantes, octobre 2001.

### 2.7.3 La qualité : l'amélioration continue de la qualité doit être une préoccupation constante pour tous les acteurs qui interviennent auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches.

Dans cette section, la qualité dans cette section est abordée à partir de quatre thématiques : les services et les milieux de vie,<sup>31</sup> et afin de faire des liens avec les préoccupations transversales du MSSS et avec notre engagement envers l'évolution des interventions, ajoutons l'adaptation des milieux de soins et l'évolution des interventions.

Pour des services de qualité	Pour des milieux de vie de qualité	Pour des milieux de soins adaptés	Pour l'évolution des interventions
<p>Agir précocement et selon des standards de pratique reconnus pour réduire la dépendance auprès des aînés dont la condition de santé requiert des soins aigus. À cette fin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir des standards de pratique reconnus lors d'un épisode de soins aigus;</li> <li>- Définir des standards de pratique reconnus pour les milieux traitant les aînés victimes de chutes et de fractures et ceux victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).</li> </ul>	<p>Visiter les installations de CHSLD dans le cadre du processus permanent de visites d'appréciation de la qualité dans les CHSLD et dans les autres milieux de vie substitut (ressources intermédiaires, ressources de type familial).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer le suivi des recommandations</li> <li>- produire un bilan annuel</li> </ul>	<p>Transformer l'offre de service en courte durée afin de l'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.</p>	<p>Appuyer le développement des services dans la communauté et, globalement, tous les aspects des interventions auprès des aînés en perte d'autonomie, par des activités de recherche et d'enseignement.</p>
<p>Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle auprès des aînés hébergés en CHSLD.</p>	<p>Mettre en place un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées pour personnes âgées.</p>		
<p>Améliorer la gestion des risques et de la qualité</p>	<p>Déposer un plan global d'intervention immobilière sur un horizon de cinq ans après avoir reçu les recommandations des agences. Élément à considérer : l'élimination des chambres de plus de deux lits et la relocalisation des places.</p>		
<p>Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fournisseurs de services</li> <li>- Résidences privées d'hébergement</li> </ul>			
<p>Initier le programme de formation requis pour le personnel oeuvrant dans les CHSLD et assurer le suivi de la mise en œuvre.</p>			
<p>Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers et prévoir une campagne d'information et de sensibilisation des membres de ces comités.</p>			
<p>Diffuser l'information concernant le protocole de traitement des plaintes.</p>			

<sup>31</sup> MSSS, Les services aux aînés en perte d'autonomie – un défi de solidarité pour un plan d'action 2005-2010, avril 2005, p 30 et 31.

## 2.8 Partenaires

Le soutien dans le milieu de vie, l'adaptation aux besoins des personnes vieillissantes et de leurs proches sont des responsabilités partagées entre les individus, les familles, les proches, les dispensateurs de services et l'État.

L'ensemble des acteurs dans le réseau local, régional et intersectoriel est sollicité par ces responsabilités. Le CSSS agit comme chef d'orchestre afin de développer et consolider le programme-services PALV dans le cadre de l'approche populationnelle et de la hiérarchisation des soins. Son mandat doit s'accomplir avec les partenaires suivants :

- Médecins de famille (GMF, cliniques, établissements)
- Département régional de médecine générale
- Organismes communautaires
- Ressources privées
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges
- Regroupement CNDE/ Dixville
- Centre de réadaptation Estrie
- CLSC de Sherbrooke / Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (services spécialisés)
- CHSLD privés conventionnés
- CHSLD privés autofinancés
- Entreprises d'économie sociale
- Municipalités
- Groupes sociaux
- Commission des aînés
- Pharmacies communautaires
- Personnes âgées
- Chercheurs PRISMA
- Autres collaborateurs

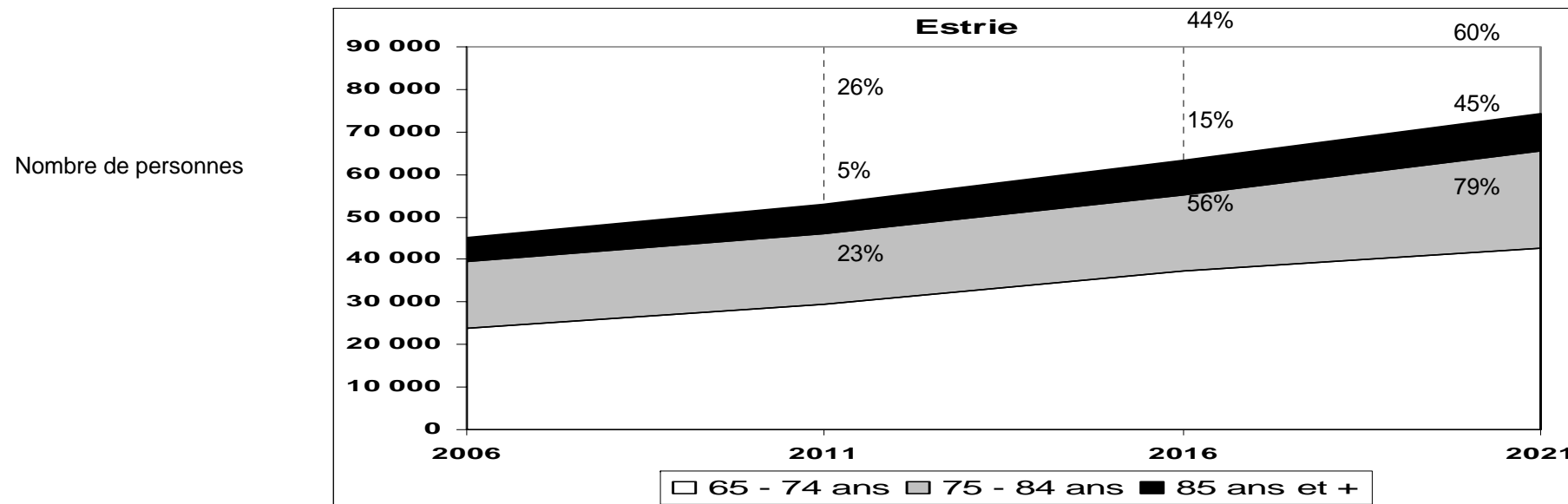
### 3. ÉTAT DE SITUATION EN ESTRIE

#### 3.1 Portrait estrien de la population ciblée par le programme-services PALV

##### Viellissement de la population

- On estime à environ 44 000 le nombre actuel (en 2005) de personnes âgées de 65 ans et plus en Estrie. Ce nombre représente 14,6 % de la population totale du territoire. En 2011, 17 % de la population sera âgée de 65 ans ou plus. En 2021, ce pourcentage s'établira à 23 %. Ainsi, le nombre d'aînés passera de 44 000 à environ 74 400 entre 2005 et 2021, une augmentation de 69 %.
- Ce sont les MRC d'Asbestos et de Memphrémagog qui présentent en 2005 les plus fortes proportions de personnes âgées, respectivement 19 % et 16,8 %.
- Entre 2006 et 2021, l'Estrie connaîtra une augmentation de 65 % de sa population âgée de 65 ans ou plus. Chez les personnes de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans ou plus, cette hausse sera respectivement de 79 %, 45 % et 60 %.

Accroissement de la population âgée  
selon certains groupes d'âge,  
Estrie, 2006 à 2021



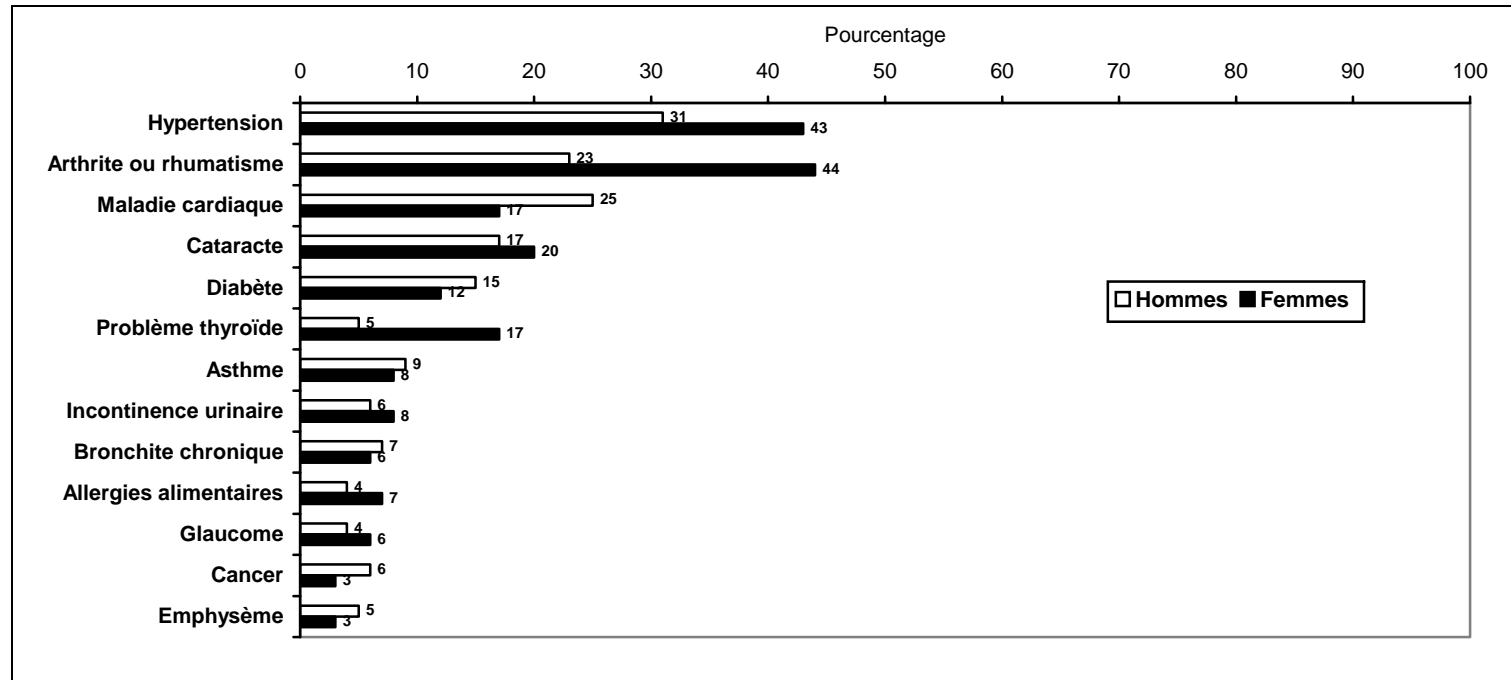
## Caractéristiques sociodémographiques

- Environ 58 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont des femmes (25 686 / 44 000). Cette proportion atteint 61 % chez les 75 – 84 ans et 72 % chez les 85 ans et plus.
- Le domicile est le milieu de vie privilégié des aînés. En 1996, environ 85 % des Estriens de 65 ans ou plus vivaient à domicile. Ce pourcentage s'établissait à près de 46 % chez les 85 ans et plus.
- En 2004-2005, 4 800 personnes vivent dans une résidence privée d'hébergement. Parmi ce nombre, 92 % sont âgées de 65 ans ou plus, ce qui représente 11 % de la population de ce groupe d'âge. Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 78 % de la clientèle de ces résidences, alors qu'un peu plus du tiers (38 %) sont âgées de 85 ans ou plus.
- En 2001, environ le tiers des personnes âgées de l'Estrie vivaient seules, soit 17 % des hommes et 43 % des femmes de 65 ans ou plus.
- Environ 18 % des personnes âgées en ménage privé vivent sous le seuil de faible revenu, soit 24 % des femmes et 11 % des hommes.
- Près de 44 % des personnes âgées qui vivent seules sont sous le seuil de faible revenu, soit 48 % des femmes et 34 % des hommes.
- Quelque 85 % des aînés de l'Estrie sont d'expression française contre 14 % d'expression anglaise. Une étude intitulée « Évolution de la situation démographique des communautés anglophones dans les Cantons de l'Est » réalisée par William Floch et Jan Warnke 2004, fait état des besoins particuliers des personnes âgées anglophones en regard de leur nombre, de leur dispersion et de leur dépendance sur les réseaux d'appui familial et communautaire. Les autres ethnies représentent moins de 1 %. Dans la MRC Memphrémagog, le tiers des aînés est d'expression anglaise.

## Habitudes de vie et état de santé

- Dans l'ensemble, les personnes âgées démontrent de meilleures habitudes de vie que les groupes plus jeunes de la population. Par exemple, ils sont un peu plus actifs physiquement que les 25-64 ans (les hommes, pas les femmes), fument et boivent de l'alcool proportionnellement moins que les plus jeunes. Par contre, seulement le tiers des personnes âgées affiche un poids santé contre 64 % pour le reste de la population.
- Au Québec, en 1998, chez les 65 ans et plus, 86 % des femmes et 77 % des hommes consomment des médicaments prescrits ou non. Les médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, les vitamines et les minéraux, les analgésiques et les tranquillisants, les sédatifs ou les somnifères sont ceux qui sont le plus consommés.
- Près de 85 % des personnes âgées de l'Estrie vivant à domicile déclarent un soutien social adéquat, c'est-à-dire un niveau satisfaisant d'aide physique et morale apportée par leur entourage.
- Environ 77 % des personnes âgées vivant en ménage privé perçoivent leur santé comme étant bonne à excellente, même si 80 % déclarent au moins un problème de santé.
- Les problèmes de santé le plus souvent observés chez les personnes âgées sont de nature chronique.

**Principaux problèmes de santé déclarés par les personnes de 65 ans et plus selon le sexe  
Québec, 2001**



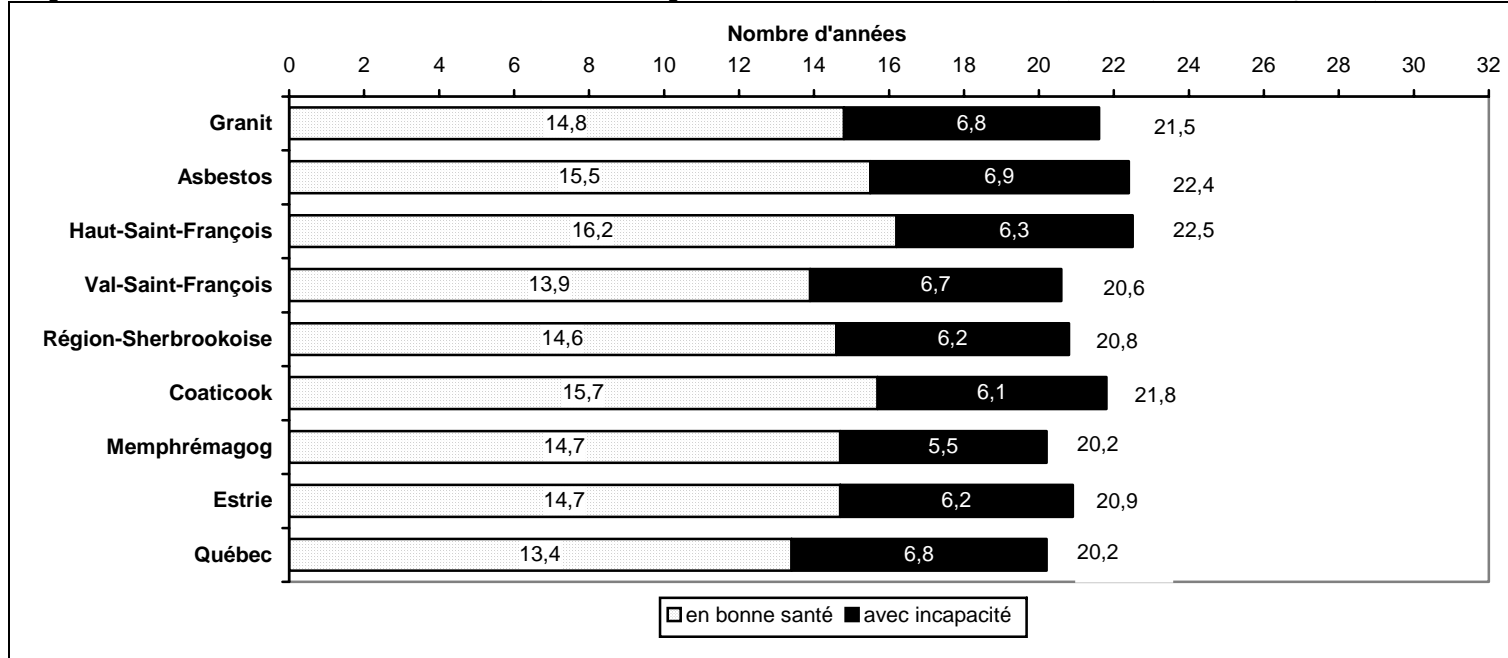
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001

Note : Une même personne peut cumuler plus d'un problème.

- En 1998, environ 42 % des aînés du Québec vivant à domicile disent présenter une incapacité, soit 43 % des femmes et 39 % des hommes. En termes de gravité, 21 % des aînés (sexes réunis) présentent une incapacité légère, 12 % une incapacité modérée et 9 % une incapacité grave.
- Entre 2005 et 2010 – un laps de temps très court – le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait augmenter d'environ 1 440, passant de 8 800 à environ 10 240 en Estrie.
- Quelque 16 % des femmes et 11 % des hommes du Québec âgés de 65 ans ou plus vivant en ménage privé disent présenter (en 1998) une dépendance forte ou modérée. Les personnes qui présentent une dépendance forte ont besoin d'aide pour se déplacer dans la maison ou pour leurs soins personnels. Celles qui présentent une dépendance modérée ont surtout besoin d'aide pour les sorties, les tâches ménagères quotidiennes ou pour la préparation des repas.

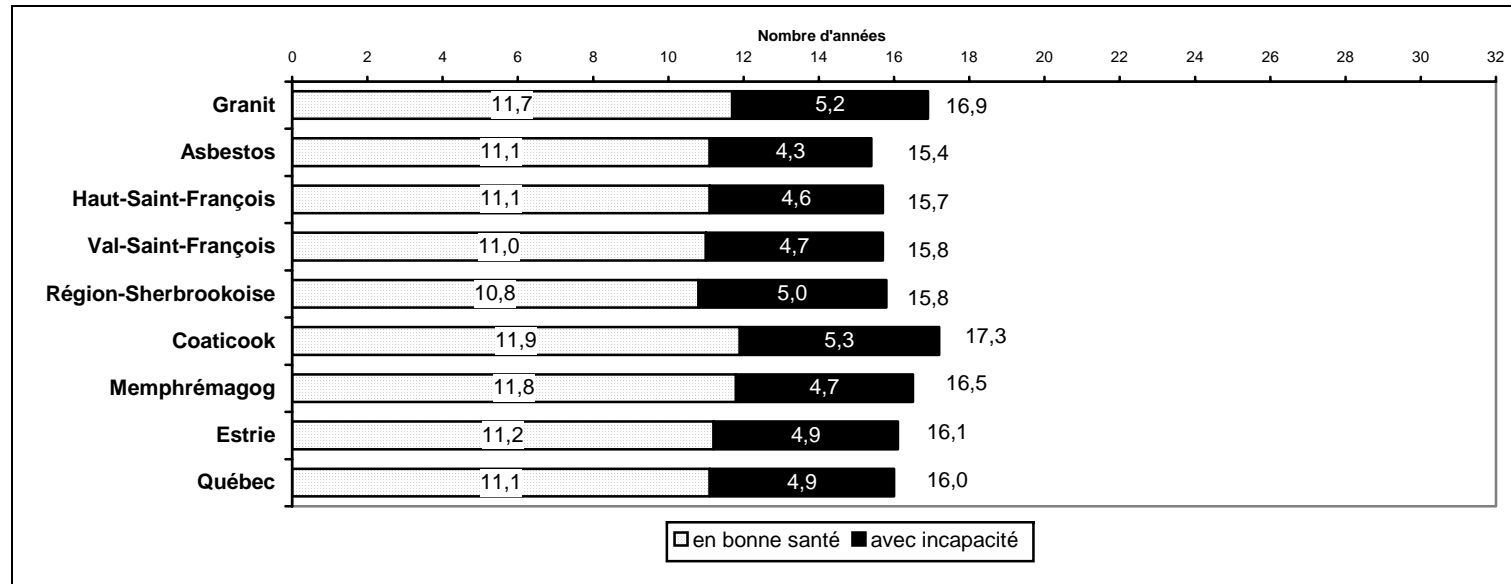
- En Estrie, près de 20 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en ménage privé déclarent (en 1998) être limitées à long terme en raison d'un problème de santé. Les principales causes de ces limitations d'activités sont, dans l'ordre, les problèmes ostéo-articulaires, les problèmes respiratoires, les problèmes cardiovasculaires, les accidents (surtout chutes) et les problèmes mentaux.
- Même si environ 80 % des personnes âgées en Estrie ne déclarent aucune limitation à long terme, l'allongement de leur espérance de vie ne se traduit pas nécessairement par un ajout de santé aux années qui leur restent à vivre. En Estrie, les hommes et les femmes de 65 ans et plus peuvent espérer vivre encore 16 et 21 ans respectivement. Toutefois, au cours de ces années, les hommes risquent de souffrir d'incapacité pendant à peu près 5 ans et les femmes au moins pendant 6 ans. Ces chiffres varient selon le territoire de résidence.

**Espérance de vie à 65 ans (en bonne santé, avec incapacité et totale) chez les femmes, MRC, Estrie et Québec, 1997–2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001

**Espérance de vie à 65 ans (en bonne santé, avec incapacité totale) chez les hommes,  
MRC, Estrie et Québec, 1997–2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001

- On estime que 8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'une forme de démence (en majorité d'Alzheimer : 5 % des aînés). Ce chiffre serait de 35 % chez les personnes de 85 ans ou plus. Au moins la moitié des personnes âgées souffrant de démence vivent en institution.

## **3.2 Portrait des services et principaux écarts observés**

### **3.2.1 Mise en réseau des services**

Les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sont organisés sous forme de réseaux intégrés dans chacun des territoires de CSSS et ce, en lien avec les établissements régionaux, principalement le CSLC de Sherbrooke/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, le CHUS et le CRE.

Les gestionnaires de cas, intervenants du SAD, des centres de jour et des CHSLD, sont en lien avec les autres services des CSSS par exemple Info-santé et les unités d'urgence, et avec les partenaires du territoire soit les médecins de famille, les pharmaciens, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les résidences privées.

Les gestionnaires de cas et les cliniciens du CSSS, médecins de familles (en GMF, en clinique privée ou en établissement), intervenants des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociales, appuyés par les équipes gériatriques pour du support ponctuel et spécialisé, forment l'équipe locale élargie.

Le niveau d'intégration est variable d'un territoire à l'autre. De façon générale, l'arrimage avec les médecins de famille et avec les services gériatriques régionaux pose un défi.

Finalement, la continuité de services avec le Centre Jean-Patrice-Chiasson/ Maison Saint-Georges et avec le Regroupement CNDE/ Dixville est à développer.

### **3.2.2 Complémentarité avec la courte durée**

Des travaux concernant la continuité avec le CHUS et les Centres hospitaliers hors Sherbrooke ont porté davantage sur les liens entre les unités d'urgence et la clinique préparatoire à la chirurgie et les guichets uniques des RISPA dans le cadre de la mise en réseau de services et des travaux du CCNU. Les CSSS et le CHUS doivent poursuivre l'implantation des mesures visées concernant la détection et la référence des personnes vulnérables vers les services pouvant répondre à leurs besoins et les étendre dans tous les services de courte durée.

D'autres travaux importants concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement ont permis de convenir et d'appliquer une politique régionale concernant la prise en charge de cette clientèle par les RISPA de chacun des CSSS. Les résultats de ces travaux sont concluants et confirment la pertinence de la poursuite de ces mesures.

Des travaux ont aussi été menés conjointement par le CHUS et l'Agence en regard du processus de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au CHUS. La mise en oeuvre du plan d'action est en cours. Une préoccupation importante demeure quant à l'adaptation de l'offre de service à la clientèle en perte d'autonomie et ce, pour l'ensemble des services de courte durée de la région.

### **3.2.3 Services de santé publique**

Le programme de la prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile a démarré en Estrie en 1996. Le volet interventions multifactorielles personnalisées (en CSSS) doit être consolidé. Sont à réaliser le développement et la consolidation du volet des interventions médicales préventives (en cabinets médicaux et en GMF) et celui des interventions multifactorielles non personnalisées (dans la communauté).

De plus, en lien avec le PNSP, des services de vaccination et de dépistage du cancer du sein sont disponibles. Cependant, il est requis de développer et de consolider une offre élargie de services préventifs au sein du PALV, en plus de renforcer les pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de la première ligne.

### **3.2.4 Mauvais traitement**

Concernant les abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des aînés, une table régionale de concertation est en place. Des travaux sont en cours dans les différents territoires de CSSS en lien avec la table régionale ou en lien avec les tables de concertation concernant les personnes aînées. Les CSSS devront poursuivre leurs travaux et élaborer des plans d'action visant à contrer les mauvais traitements envers les personnes aînées et ce, en complémentarité avec les actions de la table régionale.

### **3.2.5 Virage communautaire**

Le virage communautaire est en évolution en Estrie et doit se poursuivre afin d'atteindre les cibles du MSSS.

Des efforts sont en cours afin d'intensifier les services à domicile s'adressant aux personnes en perte d'autonomie elles-mêmes et à leurs proches aidants. Bien que le nombre de personnes rejointes rencontre les cibles ministérielles, il faudra s'assurer que nous rejoignons en effet les bonnes personnes et que nous faisons une utilisation optimale des ressources. De plus, nous devons passer de 18,1 interventions par personne au 31 mars 2005 à 24 interventions par personnes en 2010.

Des efforts visant le rehaussement des services de répit, gardiennage et dépannage par l'entremise de certains organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale doivent se poursuivre. Les CSSS sont invités à s'assurer du déploiement d'une offre globale de service. (Annexe 3)

### **3.2.6 Services spécialisés régionaux**

Des services gériatriques régionaux de type courte durée sont disponibles en Estrie, en établissement au CSLC de Sherbrooke/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (UCDG : 40 lits, URFI : 24 lits) et au CHUS (consultations gériatriques et géronto-psychiatriques), ou en externe au CSLC de Sherbrooke/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (gériatrie/mémoire, incontinence, dermatologie, physiothérapie, ophtalmologie, neurologie et anomalies du mouvement).

Les services sont aussi déconcentrés dans deux MRC soit le Granit et le Memphrémagog.

Le CRE offre des services de 2<sup>e</sup> ligne pour adaptation/réadaptation et support à l'intégration sociale, des services de soutien et accompagnement à l'entourage. Il est un organisme accrédité par la RAMQ pour des programmes d'aide technique. Finalement, il offre des services aux usagers de tout âge ayant une déficience visuelle, déficience auditive, déficience motrice causée par un traumatisme.

Les CSSS et le CSLC de Sherbrooke/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke devront s'assurer de l'accessibilité des services gériatriques spécialisés pour l'ensemble de l'Estrie.

### **3.2.7 Taux d'hébergement**

Au 30 juin 2005, le taux d'hébergement institutionnel se situait à 3,37 ce qui constitue une diminution par rapport aux années antérieures. Toutefois, il nous faudra poursuivre nos travaux afin d'atteindre un taux de 3,0 % ou moins pour 2010 et de 2,5 % en 2015.

### **3.2.8 Alternatives à l'hébergement**

Des efforts sont en cours afin de développer des alternatives à l'hébergement sous forme de ressources non institutionnelles pour des clientèles spécifiques. La proportion de places en RNI se situe actuellement à 15,0 %, au 30 juin 2005 et devra atteindre 27 % pour 2010.

De plus, dans le cadre des projets novateurs « Pour un nouveau partenariat au service des aînés », le projet de la MRC d'Asbestos, « Demeurer chez soi avec des services intensifs » a été retenu. Les résultats préliminaires sont positifs et nous encourageant à promouvoir d'autres initiatives dans la région. Dans la même perspective, le CSSS du Val-Saint-François a développé, depuis quatre ans, un projet de soutien en résidence privée pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. D'autres projets du même ordre peuvent aussi exister dans d'autres MRC.

### **3.2.9 Complémentarité avec les autres programmes-services**

La continuité avec les services préhospitaliers, de santé publique, de santé physique plus particulièrement en regard du continuum concernant les maladies chroniques, de santé mentale, de déficience physique, de déficience intellectuelle et de dépendances est à établir ou à consolider.

### **3.2.10 Hébergement**

Un plan d'action sur la qualité des milieux de vie pour les personnes hébergées en CHSLD est en cours de réalisation. Des visites d'appréciation des milieux de vie ont été réalisées au cours de 2004. Ces différentes mesures doivent se poursuivre. De plus, au niveau des ressources d'hébergement non institutionnelles, des visites d'appréciation en ressources intermédiaires et de type familial font présentement l'objet d'une planification.

### **3.2.11 Qualité**

Des travaux ont été menés en région principalement en ce qui a trait à l'utilisation des mesures de contrôle par les établissements, du continuum en traumatologie en lien avec les chutes, la gestion des risques et de la qualité, la prévention des infections nosocomiales, le protocole de traitement des plaintes et les visites d'appréciation de CHSLD. De plus, l'Agence et les établissements sont des partenaires actifs du programme de recherche PRISMA.

Des travaux sont à initier ou à compléter concernant la planification des immobilisations en CHSLD pour les cinq prochaines années, concernant les pratiques cliniques préventives, les programmes d'appréciation de la qualité des services de longue durée dans la communauté (fournisseurs de services et résidences privées d'hébergement), les programmes de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées pour personnes âgées, le cadre de référence pour les résidences privées, le cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers et les visites d'appréciation dans les ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires ou de type familial).

### 3.3 Recours aux services

- En Estrie comme au Québec, les personnes âgées accaparent une part croissante du budget de l'État. Le recours aux services de santé augmente avec l'âge. Au Québec, <sup>32</sup>en 2001, environ 42 % des ressources financières allouées aux soins de santé et aux services sociaux étaient utilisées par les personnes âgées, dont 10 % par les personnes de 85 ans et plus. Les dépenses per capita des aînés sont trois fois plus élevées et celles des personnes très âgées sont huit fois plus élevées que celles de la moyenne de la population.
- Près de 3 personnes âgées sur 10 (32 % des hommes et 26 % des femmes), sont hospitalisées annuellement pour des soins de courte durée en centre hospitalier. Cette proportion varie d'une MRC à l'autre. Les principales causes d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil circulatoire (32 %), les maladies de l'appareil respiratoire (13 %), les tumeurs (10 %), les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les traumatismes (8 %). La durée moyenne de séjour à l'hôpital est d'environ 10 jours<sup>33</sup> alors que la durée médiane est de 6 jours.
- Environ 52 % des jours-présence en centre hospitalier de courte durée sont occupés par des personnes âgées de 65 ans et plus. Les 19-64 ans et les 0-18 ans occupent respectivement 39 % et 9 % de ces journées.
- Environ 19 % des personnes âgées de 65 ans ou plus sont desservies en région par des services de maintien à domicile (soins infirmiers, aide, services sociaux, réadaptation) prodigués par les CLSC. Ce taux varie par territoire de MRC.
- Environ 20 % de la clientèle cible est rejointe par les interventions multifactorielles personnalisées (en CSSS) dans le cadre du programme de la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.
- Le recensement de 2001 indique que 15 % des hommes (16 515) et 21 % des femmes (24 820) âgés de 15 ans ou plus de l'Estrie ont prodigué sans rémunération de l'aide ou des soins aux personnes âgées. Environ le tiers de ces personnes consacrent 5 heures ou plus par semaine à prodiguer de l'aide aux aînés. La proportion de personnes aidantes varie d'un territoire de MRC à l'autre.
- En 2004-2005, 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus, soit 1 795, ont eu recours à un hébergement en milieu substitut. La très grande majorité (86 %) d'entre elles a été hébergée dans des centres d'hébergement de soins de longue durée, tandis que 11 % l'était dans des ressources intermédiaires et 3% dans des ressources de type familial.
- En 2004-2005, le profil de la clientèle hébergée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) est le suivant :
  - un peu plus des deux tiers (67 %) des personnes hébergées sont des femmes;
  - 44% de la clientèle est âgée de 85 ans et plus;
  - parmi la clientèle âgée de 85 ans et plus, la proportion des femmes est de 79 %;
  - 72 % de la clientèle présente une lourde perte d'autonomie (profil iso-SMAF 10 ou plus);
  - parmi la clientèle en lourde perte d'autonomie, la proportion des femmes est de 69 %.

<sup>32</sup> MSSS, Les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité - Pour un plan d'action 2005-2010, avril 2005, p. 4.

<sup>33</sup> Les cas de longue durée en courte durée sont exclus.

### 3.4 Faits saillants

• Population ciblée	• Femmes	Hommes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En 2005, il y a près de 44 000 personnes âgées.</li> <li>• En 2021, il y aura près de 75 000 personnes âgées.</li> <li>• En Estrie, augmentation de 69 % des personnes âgées entre 2005 et 2021.</li> <li>• La grande majorité (85 %) vit à domicile.</li> <li>• Environ 78 % de la clientèle en résidence privée d'hébergement avec services est âgée de 75 ans et plus.</li> <li>• Le tiers des personnes âgées vit seul.</li> <li>• Entre 2005 et 2010, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait passer de 8 800 à environ 10 240.</li> <li>• La grande majorité des personnes sont d'expression française.</li> <li>• Dans la MRC de Memphrémagog, le tiers est d'expression anglaise.</li> <li>• Les personnes âgées démontrent de meilleures habitudes de vie; toutefois, seulement le tiers affiche un poids santé.</li> <li>• En 2001, environ 18 % des personnes âgées vivent sous le seuil de pauvreté.</li>   <li>• Les problèmes de santé chroniques sont les plus importants.</li>   <li>• Environ 52 % des jours-présence en centre hospitalier de courte durée sont occupés par des personnes âgées de 65 ans et plus.</li>   <li>• Plus de 75 % consomment des médicaments prescrits ou non.</li> <li>• Près de 20 % déclarent être limitées à long terme en raison d'un problème de santé.</li>   <li>• Environ 8 % souffrent de démence; cette proportion est de 35% chez les personnes de 85 ans et plus.</li> <li>• Plus de 40 % des ressources financières sont pour les personnes âgées.</li> <li>• Environ 30 % sont hospitalisés annuellement pour des soins de courte durée.</li>   <li>• Les services de maintien à domicile sont offerts à 20 % des personnes âgées en Estrie.</li> <li>• Environ le tiers des proches consacrent 5 heures ou plus par semaine pour aider une personne âgée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a plus de femmes que d'hommes de 65 ans et plus.</li> <li>• L'écart augmente avec l'âge en faveur des femmes.</li>   <li>• Il y a 2,5 fois plus de femmes que d'hommes vivant seules.</li>   <li>• Il y a deux fois plus de femmes que d'hommes vivant sous le seuil de pauvreté.</li> <li>• La prévalence des problèmes de santé chroniques est souvent plus élevée chez les femmes.</li>   <li>• Les femmes consomment plus de médicaments que les hommes.</li> <li>• Les femmes plus que les hommes disent présenter une incapacité.</li> <li>• Les femmes plus que les hommes disent présenter une dépendance forte ou modérée pour réaliser différentes tâches.</li>   <li>• Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à offrir de l'aide ou à prodiguer des soins aux aînés.</li> </ul>	<p>Il y a plus d'hommes que de femmes hospitalisés en courte durée.</p>

## **PARTIE II Orientations régionales 2005-2010**

## 4. ORIENTATIONS ET PRIORITÉS RÉGIONALES 2005-2010

### 4.1 Les orientations

Afin de favoriser l'atteinte des finalités visées par les orientations régionales, il est entendu que les diverses composantes constituant le continuum de service doivent être prises en considération de façon interreliée.

Les diverses composantes du continuum sont principalement :

- l'intensification du soutien à domicile;
- le développement d'alternatives à l'hébergement;
- l'implication des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale;
- le réseau de logements d'habitation privés.

Compte tenu des orientations ministérielles, du contexte régional et de l'état de situation régional, voici les orientations retenues pour les cinq prochaines années :

#### Au regard de l'accessibilité :

- 1.1 adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* et assurer l'optimisation des ressources à domicile et ce, en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes;
- 1.2 améliorer l'accès aux services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches, incluant :
  - l'accès à des services de santé publique (de promotion, de prévention et de protection);
  - l'accès à des services spécialisés;
  - l'accès à des services de longue durée à domicile, dans la communauté, en langue anglaise, en hébergement non institutionnel, en soins posthospitaliers, en hébergement institutionnel;
  - maintenir le nombre de personnes desservies dans la communauté;
  - intensifier les services;
  - repositionner le rôle du CHSLD;
- 1.3 soutenir le développement d'alternatives à l'hébergement et de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes en perte d'autonomie et leurs proches.

#### Au regard de la continuité :

- 2.1 poursuivre l'amélioration du système et l'intégration des services entre l'ensemble des dispensateurs de services, incluant les médecins : le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au meilleur coût, sans dédoublement;
- 2.2 partager des outils communs tels l'OEMC, PSI et suivis systématiques afin de favoriser une approche transversale avec les autres programmes-services concernés, plus particulièrement la santé publique, la santé physique, la santé mentale, la déficience physique et la déficience intellectuelle.

### **Au regard de la qualité :**

- 3.1 transformer l'offre de service en courte durée, en fonction de sa mission, afin de l'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- 3.2 mettre en place un programme d'assurance qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté.

### **Autres travaux**

Par ailleurs, nous poursuivons nos travaux en regard de l'utilisation des mesures de contrôle par les établissements, du continuum en traumatologie en lien avec les chutes, la gestion des risques et de la qualité, le protocole de traitement des plaintes, les visites d'appréciation de CHSLD et des ressources non institutionnelles. Nous poursuivons notre implication dans le programme de recherche PRISMA afin d'assurer le transfert des résultats de recherche à l'amélioration continue du programme-services PALV.

## **4.2 Les priorités**

### **Les priorités 2005-2010 retenues sont :**

- adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* et assurer l'optimisation des ressources à domicile et ce, en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes;
- transformer l'offre de service en courte durée, en fonction de sa mission, afin de l'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- soutenir le développement d'alternatives à l'hébergement et de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes en perte d'autonomie et leurs proches.

## 5. ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTES

### Cadre d'évaluation

L'actualisation des orientations régionales 2005-2010 devra nécessairement faire l'objet d'un suivi rigoureux<sup>34</sup>, mais aussi d'une évaluation des résultats du système de soins et des personnes qui en bénéficient<sup>35</sup>. Cet exercice, faisant partie intégrante du cycle de planification, est essentiel pour permettre un ajustement au cours de la mise en œuvre et pour vérifier l'atteinte des cibles visées.

En Estrie, la mise en place des réseaux intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RISPA) issue des *Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en 2003* fait présentement l'objet d'une recherche évaluative (implantation, fonctionnement et impacts) menée dans trois MRC (Coaticook, Granit et ville de Sherbrooke) par le groupe PRISMA. Le rapport final est attendu pour 2006. De plus, l'élaboration d'un cadre d'évaluation des réseaux intégrés pour l'ensemble des RISPA en Estrie est en cours. Ce cadre est basé sur les besoins des divers acteurs (directeurs, gestionnaires, intervenants) en ce qui concerne l'évaluation de la performance des RISPA et ont été obtenus à l'aide d'entrevues individuelles et de groupe. Il s'appuie principalement sur la *Politique d'évaluation et de suivi de gestion* de l'Agence<sup>36</sup> de même que sur les grandes composantes d'un réseau intégré de services<sup>37</sup>. Par ordre d'importance, les besoins exprimés ciblent<sup>38</sup> l'appréciation du fonctionnement ou du processus des RISPA (42% des énoncés), l'évaluation des résultats sur le plan des services (35% des énoncés), l'appréciation de l'implantation ou de la structure (15% des énoncés) et l'évaluation des résultats auprès de la clientèle (8% des énoncés). Dans le cas du fonctionnement ou du processus des RISPA, c'est avant tout l'appréciation de l'intégration clinique qui intéresse les acteurs et, plus faiblement, l'intégration informationnelle. Dans le cas des résultats portant sur des services, l'évaluation de l'accessibilité aux services retient l'attention, suivie de l'évaluation de l'efficacité, de la continuité et de l'efficacité des composantes cliniques. Les raisons évoquées pour l'évaluation des RISPA ont surtout trait au monitoring et au contrôle (40%) de même qu'à l'amélioration continue (28%).

Le comité responsable de l'élaboration du cadre d'évaluation est aussi à proposer des indicateurs qui sont rattachés aux dimensions et sous dimensions les plus importantes et susceptibles d'être recueillis à partir du système d'information géronto-gériatrique (SIGG). Ces indicateurs seront validés en 2005-2006. De plus, un projet de mise en place d'un tableau de bord équilibré reflétant l'ensemble des préoccupations des acteurs est en cours de réalisation dans le cadre d'un projet de doctorat.

Étant donné le travail accompli et en cours, ce cadre d'évaluation, basé sur les besoins d'une grande partie des acteurs, est donc proposé pour l'actualisation des orientations régionales 2005-2010 (voir annexe 4, «Cadre d'évaluation des RISPA»). Il faudra alors y intégrer l'ensemble des mesures et des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et proposer les données quantitatives (indicateurs) présentes dans les divers systèmes d'information (ex. I-CLSC, SICHELD, MED-ECHO) et permettant, entre autres, d'apprécier l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Une collecte de données qualitatives auprès des gestionnaires, des intervenants et de la clientèle devra également être proposée, permettant, cette fois, de décrire les conditions favorables à l'implantation du programme-services PALV et de connaître la satisfaction de la clientèle. Les résultats de la mise en place du PALV sur les services et la clientèle seront ventilés selon le sexe afin de suivre et d'apprécier les modifications en cours de route.

Les données déjà recueillies par l'entremise des ententes de gestion entre le MSSS, les Agences et les établissements devront également faire partie du cadre d'évaluation. Un comité de suivi et d'évaluation devra être mis sur pied et pourrait, s'il y a lieu, se greffer à l'actuel comité d'évaluation des RISPA et ainsi profiter de l'expertise acquise. Le cas échéant, ce comité devrait inclure la participation des principaux acteurs impliqués dans les RISPA et spécifiquement, une représentation du milieu communautaire concerné. En plus de proposer les informations à recueillir, le comité devra s'assurer de la collaboration de l'ensemble des acteurs afin que les indicateurs et les données retenus leur soient utiles pour, au besoin, réajuster le tir et s'assurer que les cibles sont atteintes.

<sup>34</sup> MSSS, Les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité - Pour un plan d'action 2005-2010, document de consultation, avril 2005, p. 33.

<sup>35</sup> MSSS, Murray William, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie : Cadre d'évaluation*, document de travail, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, 25 septembre 2003.

<sup>36</sup> Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, *Politique d'évaluation et de suivi de gestion* : Mise à jour de la Politique d'évaluation adoptée par le conseil d'administration le 15 novembre 1994, février 2000.

<sup>37</sup> MSSS, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, février 2001.

<sup>38</sup> Durand, Suzanne, *Cadre d'évaluation des réseaux intégrés de services aux personnes âgées*, 3<sup>e</sup> Colloque PRISMA «L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées», Sainte-Foy, Québec, 24 mars 2005.

## Reddition de comptes

Le ministère de la Santé et des Services sociaux se distingue de la plupart des autres ministères par la présence d'un réseau d'organisations et de professionnels qui desservent directement les citoyens et qui sont chargés de mettre en œuvre les politiques ainsi que les orientations qu'il élabore. Cette réalité a incité le Ministère à introduire dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux différents mécanismes pour que l'ensemble du réseau s'inscrive lui aussi, et de façon cohérente, dans une perspective de gestion par résultats. Ainsi, des ententes de gestion sont convenues annuellement entre le Ministère et chacune des agences ainsi qu'entre les agences et les établissements présents dans une région. En corollaire à ces ententes de gestion, est aussi présente l'obligation de reddition de comptes qui se concrétise par la production d'un rapport annuel de gestion tant par les agences que par les établissements. La production de ce rapport s'appuie, quant à elle, sur un effort collectif d'amélioration de la fiabilité des informations de gestion.

La reddition de comptes porte sur le degré d'atteinte des cibles inscrites au *Plan stratégique 2005-2010* du MSSS. Ce plan prévoit, entre autres choses, un ensemble de mesures visant à accélérer l'adaptation et l'évolution de l'offre de service aux personnes âgées. Ces mesures, jointes à d'autres mesures du programme-services de santé physique, permettront au réseau de faire face au vieillissement de la population.

### **Cibles, situations régionales et indicateurs \***

Les cibles ministérielles spécifiques au programme-services PALV pour lesquelles une reddition de comptes est en cours en 2005-2006 ont trait au développement des services à domicile et des services en CHSLD. Les cibles attendues aux établissements pour la région de l'Estrie sont les suivantes :

<b>Services dans le milieu de vie</b>		<b>Résultat au 31 mars 2005</b>	<b>Cible 2010</b>
<b>Indicateur :</b>	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	18,7 %	16 % de la population âgée
<b>Indicateur :</b>	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	19,3 interventions/personne	24 interventions/personne

<b>Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut</b>		<b>Résultat au 31 mars 2005</b>	<b>Cible 2010</b>
<b>Indicateur :</b>	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,27 heures travaillées/jour-présence	3 heures travaillées/jour-présence
<b>Indicateur :</b>	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25 heure travaillée/jour-présence	0,23 heure travaillée/jour-présence

Les cibles pour 2010, déterminées par le MSSS, sont des seuils qui doivent être considérés comme un minimum à atteindre.

\* Des fiches descriptives sont disponibles pour chacun des indicateurs.

D'autres cibles visant à diversifier la gamme de services ont été fixées et font l'objet d'un suivi annuel. Ces cibles ont trait à l'accessibilité aux soins palliatifs et aux ressources d'hébergement de même qu'à l'efficacité dans l'utilisation des lits de longue durée. Bien que les cibles concernant l'accessibilité aux soins palliatifs relèvent du programme-services santé physique, l'analyse des résultats doit en tenir compte dans une vision transversale reflétant l'interdépendance des programmes-services.

#### Accessibilité

		Résultat au 31 mars 2005	Cible 2010
<b>Indicateur :</b>	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	61,2 %	Rejoindre à domicile 60 % des personnes atteintes de maladie en fin de vie pouvant requérir des soins palliatifs
<b>Indicateur :</b>	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,73 interventions	Atteindre en 2010 une moyenne de 16 interventions par usager
<b>Indicateur :</b>	Taux d'hébergement institutionnel (CHSLD)	3,47/100 personnes de 65 ans et plus	3,0/100 personnes de 65 ans et plus
<b>Indicateur :</b>	Taux d'hébergement non institutionnel	0,59/100 personnes de 65 ans et plus	27 %
<b>Indicateur :</b>	Délai moyen d'attente à l'admission en CHSLD	23,6 jours	À déterminer

#### Efficacité

		Résultat au 31 mars 2005	Cible 2010
<b>Indicateur :</b>	Taux d'occupation des lits en CHSLD	(indicateurs et méthode de calcul en révision)	Indicateur retiré à compter de 2005-2006.
<b>Indicateur :</b>	Proportion des nouveaux usagers admis en CHSLD ayant un profil iso-SMAF égal ou supérieur à 10	71 %	85 %

Le vieillissement de la population commande également un ensemble d'actions visant à redonner au secteur hospitalier de courte durée, l'efficacité et l'efficacité qui doivent caractériser l'utilisation de ressources spécialisées et dispendieuses. À cet égard, quatre indicateurs clés reflétant tout aussi bien l'efficacité en milieu de courte durée que l'accessibilité à des ressources adaptées en amont et en aval d'une hospitalisation sont utilisés. Ces indicateurs, de même que la situation au 31 mars 2005 sont :

		Résultat au 31 mars 2005	Cible 2010
<b>Indicateur :</b>	Séjour moyen sur civière	10,8 heures	12,0 heures ou moins
<b>Indicateur :</b>	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	12,9 heures	12,0 heures ou moins
<b>Indicateur :</b>	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence	2,1 %	0 %
<b>Indicateur :</b>	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence des personnes de 75 ans et plus	2,7 %	0 %

Enfin, d'autres cibles régionales spécifiques au programme-services PALV font également l'objet d'un suivi. Ces indicateurs sont suivis à chaque période financière ou au trimestre. Les résultats sont publiés dans le rapport annuel de l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'Estrie.

La liste complète des indicateurs nationaux et régionaux du programme-services PALV s'appliquant aux établissements est présentée à l'annexe 5.

## 6. ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN AUX SERVICES

### 6.1 Enjeux des ressources humaines

Les instances locales et régionales devront relever de nombreux défis dont certains sont plus particulièrement liés aux ressources humaines. Non seulement le développement des ressources humaines devra être pris en compte, mais aussi des dimensions liées à la planification de main-d'œuvre, la rétention des personnels, à l'organisation du travail, à la reconnaissance et la participation des ressources humaines, afin de soutenir les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Certaines de ces dimensions doivent interpeller les autres projets cliniques. L'arrimage avec les travaux dans les autres programmes-services pourrait être requis. Par exemple, en terme de planification de main-d'œuvre, les besoins d'hébergement temporaire pour la convalescence lourde augmentent et sont à documenter de manière à planifier le déploiement des ressources appropriées. Il deviendra important de s'associer aux travaux pilotés par le programme-services en santé physique lorsque ceux-ci se dérouleront.

Il pourrait aussi être pertinent de s'inspirer des mesures mises en place dans les autres secteurs pour retenir ou attirer la main-d'œuvre nécessaire; par exemple en regard des mesures mises en place régionalement pour contrer le manque de médecins. Ces deux exemples font état de la vigilance et de l'importance à faire preuve afin de favoriser autant que possible les arrimages entre les différents programmes-services.

Par ailleurs, à l'égard du développement des ressources humaines, les besoins des différents acteurs impliqués dans l'offre de service devront être précisés. Prioritairement les besoins liés au soutien des ressources humaines dans la gestion du changement en cours devront faire l'objet d'activités particulières de développement (formation, coaching, support aux gestionnaires). Or, les partenaires impliqués, plus particulièrement les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale, devraient bénéficier des opportunités de développement déterminées pour le personnel du réseau afin de soutenir ce personnel dans sa participation à l'organisation des services pour la population du territoire.

#### État de situation

Les attentes ministérielles signifiées actuellement dans le cadre du document en consultation du MSSS<sup>39</sup> à l'égard des ressources humaines portent sur la formation des membres de conseils d'administration et des gestionnaires en CHSLD.

Quant aux actions régionales actuelles, une programmation en développement des ressources humaines est définie annuellement et est inscrite à un calendrier transmis une ou deux fois par année aux établissements. Cette programmation se bâtit à partir des orientations régionales de même que des orientations ministérielles.

Quant à la planification de main-d'œuvre, incluant l'organisation du travail, l'Agence coordonne des comités régionaux en planification de main-d'œuvre du personnel d'encadrement et du personnel salarié (incluant tous les titres d'emploi en pénurie). La stratégie et le plan d'action de ces comités se définissent en soutien des actions locales.

#### Résultats attendus

Certaines actions devront être posées :

#### Responsabilités des CSSS et des établissements régionaux

- Identifier les besoins afin d'assurer une présence de main-d'œuvre en mesure d'actualiser l'offre de service répondant aux besoins de la population du territoire, lesquels tiendront compte des différences observées entre les hommes et les femmes.
- Recruter, intégrer de nouvelles ressources et soutenir le personnel déjà en place.
- Identifier les besoins de développement des différents acteurs impliqués dans l'offre de service (gestionnaires, médecins, professionnels, personnel infirmier, personnel technique et de soutien, les partenaires, tels les proches aidants, organismes communautaires, etc.).

<sup>39</sup> Les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité. Pour un plan d'action 2005-2010. Document de consultation, avril 2005.

- Favoriser le développement et le maintien des expertises liées à la prestation des services tout le long du continuum de services, et plus particulièrement à l'égard de l'évaluation et de l'intervention auprès des clientèles émergentes telles les personnes avec déficience intellectuelle ou avec des problématiques de santé mentale, ou encore visant l'identification et l'appropriation des connaissances liées à la complexification de la tâche.

### **Responsabilités des CSSS, des établissements régionaux et de l'Agence**

- Développer de façon continue les compétences des ressources humaines, en particulier à l'égard des thèmes ou outils suivants :
  - formation de base et de perfectionnement sur l'OEMC, les profils iso-SMAF;
  - formation des gestionnaires de cas (débutant et perfectionnement);
  - formation et activités de soutien en lien avec les programmes de prévention;
  - mise à jour des connaissances sur l'actualisation du potentiel des personnes vieillissantes et des attitudes favorisant cette actualisation;
  - formation des membres de conseil d'administration ainsi que du personnel d'encadrement et de la relève sur les enjeux et compétences requises dans la mise en œuvre du projet clinique et du programme-services PALV;
  - activités de soutien au travail interdisciplinaire, interorganisme de même que sur l'acquisition des compétences pour favoriser les changements de pratique et PSI;
  - activités de mise à niveau sur la qualité des pratiques (dossier contention, intégration des données probantes, etc.);
  - activités de soutien à l'utilisation optimale des outils informatiques tel le SIGG, etc.;
  - activités de sensibilisation à des clientèles en émergence notamment des personnes ayant une déficience intellectuelle, etc.

### **Conditions de réussite**

Au sein des CSSS, la disponibilité de personnel ayant une expertise dans les dimensions ressources humaines indiquées ci-dessus devra être facilitée. En plus de personnel compétent et dédié à ces activités, les ressources financières devront être identifiées tant pour le développement des ressources humaines que pour les volets planification de main-d'œuvre et organisation du travail.

## **6.2 Enjeux du soutien informatique**

### **Les systèmes d'information**

Les systèmes d'information constituent des outils essentiels afin de supporter la pratique des cliniciens dans la prestation des services et des soins. De plus, ils apportent des informations très utiles à la gestion de ces soins et de ces services.

Dans son document « Les services aux aînés en perte d'autonomie – Un défi de solidarité », version avril 2005, le MSSS indique, à la page 5 du document, qu'il nous faut disposer de l'information nécessaire pour mieux intervenir et mieux gérer.

L'information sert quatre objectifs : offrir les meilleurs services possibles aux individus, en temps opportun, et assurer la continuité des interventions; dresser un portrait le plus complet possible de la population des clientèles à desservir et des besoins; soutenir l'adaptation continue de l'organisation et de la prestation de services cliniques; permettre une gestion efficace et efficiente.

En attendant l'OEMC informatisé du MSSS, l'Estrie expérimente un dossier clinique informatisé partageable en temps réel, le SIGG. Le SIGG est implanté depuis juin 2002 en Estrie et environ 700 utilisateurs provenant des 7 territoires de la région y ont accès. Depuis, plus de 6 000 dossiers d'usagers de 65 ans et plus en perte d'autonomie y ont été créés. En novembre 2004, une nouvelle version (SIGG 3.5) a été implantée afin de rendre l'outil plus stable et performant en terme d'organisation de travail dans l'application pour le clinicien.

Depuis mars 2004, la région de l'Estrie travaille à l'élaboration d'un vaste plan régional d'informatisation (PRIE-2004). Une première vague d'implantation est en préparation et devrait se terminer en avril 2007. Les différents programmes clientèles pourront alors compter sur une plate-forme d'échange d'informations cliniques couvrant principalement les volets suivants : laboratoires, imagerie, histoire biopsychosociale

(incluant la mesure d'autonomie fonctionnelle), les demandes de services et le registre de vaccinations. D'autres travaux sont en cours afin d'identifier les sources de financement qui permettront le démarrage des autres phases du projet.

Du côté de la télésanté et à la demande du MSSS, une équipe du RUIS de l'Université de Sherbrooke est à élaborer un plan de développement de la télésanté. Le dépôt de ce plan est prévu en septembre 2005 et se traduira par la mise en disponibilité d'outils pour supporter les différents programmes-services par la suite.

### **État de situation**

L'Estrie dispose actuellement de plusieurs systèmes d'information pouvant supporter les activités du programme-services PALV. Notons cependant que ces systèmes communiquent peu ou pas les uns avec les autres. C'est la mise en œuvre d'une première phase du plan d'informatisation de l'Estrie (PRIE) qui amènera une intégration des applications tout en respectant le consentement des clients et protégeant leur vie privée. Les principales applications utilisées dans le cadre du programme-services PALV sont :

- Le logiciel d'informatisation des mécanismes d'accès à l'hébergement pour la gestion des demandes (IMAGES) qui permet la gestion des demandes d'hébergement, est utilisé de façon centralisée à l'Agence.
- Le module général du système d'information sur les clientèles en hébergement de longue durée (Sicheld) est déployé dans tous les établissements de la région sauf dans un CHSLD privé conventionné. Certains établissements ont déployé le module 1 concernant l'information sur la clientèle par le biais de Clinibase.
- Le système d'information géronto-gériatrique (SIGG) est déployé dans tous les territoires de la région et supporte la circulation d'information dans les RISPA.
- Les GMF ont accès aux résultats de laboratoire via les solutions des firmes Purkinje et Omni-Med.
- Le système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) est déployé dans tous les établissements gestionnaires de ressources non institutionnelles. Une passerelle sera prochainement déployée pour que les agences disposent de l'information pertinente sur les places disponibles et l'utilisation des ressources non institutionnelles.
- Un registre informatisé des résidences pour les personnes âgées.
- Un protocole de partage de l'information entre les partenaires a été élaboré, incluant les échanges sous forme papier.

### **Résultats attendus**

Les orientations du programme-services PALV portant sur les enjeux du soutien informatique s'inscrivent dans les travaux du PRIE. À cet égard, les résultats attendus en fonction des différents niveaux de responsabilités sont :

#### **Responsabilités partagées entre le MSSS et l'Agence**

- Faciliter la circulation de l'information et du savoir entre les intervenants et les organisations pour assurer l'accessibilité et la continuité des services par la mise en place d'un dossier de santé électronique partageable.

#### **Responsabilités partagées entre les agences, le RUIS et les CSSS**

- Miser sur l'interdisciplinarité, la collaboration, la coopération et la coordination en utilisant les technologies de l'information et des télécommunications comme levier pour offrir des moyens adaptés à la réalité d'intervention des intervenants et gestionnaires du réseau (ex. télésanté).

### **Responsabilités partagées entre le MSSS, les agences et le RUIS**

- Considérer les interrelations requises avec les partenaires, les autres régions, le RUIS et le MSSS.

### **Responsabilités partagées entre l'Agence et les CSSS**

- Miser sur une application intégrée regroupant toutes les fonctions nécessaires au bon fonctionnement informationnel des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux.
- Favoriser le regroupement régional des infrastructures.

### **Responsabilités des CSSS**

- Assurer l'accès à l'information pertinente, au bon endroit et à la bonne personne.

### **Conditions de réussite**

- Coordination des travaux d'informatisation provincial et régionaux.
- Ajustement du cadre légal en regard notamment de la circulation de l'information clinique et de la création de dépôts régionaux à accès sécurisés.
- Mise en place d'un mécanisme commun de gestion du consentement des usagers.
- Ressources financières suffisantes pour le développement, la mise en œuvre et par la suite, l'entretien des solutions.
- Participation des partenaires cliniques au développement des solutions afin d'assurer leur adhésion à celles-ci.

## **6.3 Enjeux du financement**

Depuis bon nombre d'années, les budgets historiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont reconduits d'année en année. Or, le nouveau mode d'allocation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour objet de remplacer progressivement cette budgétisation historique des établissements.

La nouvelle démarche est maintenant basée sur une approche populationnelle qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services. Le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale pour chaque région, laquelle est ensuite répartie entre les établissements par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Le MSSS établit une dépense attendue pour chaque programme. L'utilisation des programmes-services dans la nouvelle budgétisation des régions nécessite d'abord d'estimer la part des crédits nécessaires à chaque programme afin d'offrir les services à la clientèle.

Après avoir estimé une dépense de référence par programme-services, à l'aide du contenu financier, et estimé une dépense attendue également par programme-services, le MSSS détermine les écarts régionaux. Ces derniers sont calculés par programme-services, puis globalement par la suite. Ce sont les écarts globaux (somme de tous les écarts par programme) qui sont retenus pour mesurer les écarts entre la budgétisation historique et celle provenant du nouveau mode d'allocation.

Ensuite, les crédits de développement sont partagés entre les régions au prorata de la somme des dépenses attendues des programmes-services. Une fois répartis, ces crédits de développement constituent une enveloppe régionale globale. Cette dernière est ensuite distribuée entre les établissements par les agences et signifiée au MSSS dans le cadre des ententes de gestion.

En Estrie, selon le nouveau mode de budgétisation, nous avons un écart de 3,7 M\$ pour le programme-services PALV, et un écart total pour tous les programmes de 36,7 M\$. Nous avons reçu un budget de développement de 1,6 M\$, en 2005-2006, et 3M\$ sur base annuelle.

Nous avons alloué ces budgets de développement en fonction des priorités nationales et régionales, tout en offrant le maximum de souplesse aux établissements. Le programme-services (PALV) a donc reçu les deux tiers du budget de 2005-2006, soit 553 950 \$ annualisé à 1,6 M\$, en budget de développement. Ces sommes sont attachées à des cibles, comme indiqué aux ententes de gestion.

#### **6.4 Enjeux de la communication**

Le MSSS souhaite de façon spécifique que l'offre de service du programme-services PALV soit bien connue de la population et des différents publics cibles.

C'est dans cet esprit que les centres de santé et de services sociaux, avec leurs partenaires, prennent en considération depuis plusieurs années les besoins d'information des personnes en perte d'autonomie de leur territoire respectif. À cet effet, ils ont élaboré et réalisé plusieurs projets d'information afin de faire connaître à cette clientèle les ressources disponibles pour elle (ex. salon des aînés, calendrier de ressources, bottins d'information, etc.).

Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, l'Agence s'assurera de supporter les travaux des centres de santé et de services sociaux leur permettant, ainsi qu'à leurs partenaires, de se doter et de réaliser un plan de communication visant à joindre les publics visés par le programme-services PALV. De plus, l'Agence collaborera à l'élaboration de plans de communication adaptés aux réalités particulières de certaines MRC pour soutenir les CSSS dans la réalisation de leurs projets cliniques.

Pour leur part, les centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires régionaux et communautaires, avec le support de l'Agence, ont convenu de se doter d'une stratégie de communication forte afin que les différents publics cibles soient rejoints, soit par les centres de santé et de services sociaux, les autres établissements, le Département régional de médecine générale, les groupes communautaires ou l'Agence, et ce, en conformité avec les orientations ministérielles ainsi qu'avec le plan de communication.

Les publics cibles visés sont la population locale, les partenaires des réseaux locaux, le personnel des établissements et des organismes communautaires, les membres du Département régional de médecine générale, la population de l'Estrie, les instances régionales, les instance locales réunies régionalement, etc.

#### **Résultats attendus 2005-2010**

Le plan de communication des centres de santé et de services sociaux, des partenaires et de l'Agence visera notamment les résultats suivants pour 2005-2010 :

##### **Responsabilités de l'Agence, en collaboration avec les CSSS et les autres partenaires**

- Faire connaître les orientations nationales et régionales du programme-services PALV;
- Soutenir, à leur demande, les centres de santé et de services sociaux pour l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication sur ce dossier visant à :
  - faire connaître à la population de leur MRC leur projet d'élaboration de leur programme-services PALV respectif (objectifs, plan d'action, calendrier, etc.) et son évolution
  - informer la population de leur MRC des services disponibles et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services;
- Soutenir les centres de santé et de services sociaux dans l'actualisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), dans l'élaboration et la réalisation de leur plan de communication respectif (ex. choix du public cible, choix des moyens de communication, contenu présenté, style de langage, etc.);
- Faire connaître la situation actuelle de l'Estrie et les perspectives.

### **Responsabilités des CSSS, en collaboration avec l'Agence et les autres partenaires**

- Élaborer et réaliser un plan de communication dans chaque MRC afin :
  - de faire connaître à la population de leur MRC leur projet d'élaboration de leur programme PALV respectif (objectifs, plan d'action, calendrier, etc.) et son évolution
  - d'informer la population de leur MRC des services disponibles et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services

### **Responsabilités des autres partenaires (ROC Estrie, établissements régionaux, DRMG), en collaboration avec l'Agence et les CSSS**

- Participer à l'élaboration du plan de communication sur le programme-services PALV
- Réaliser leurs communications internes

### **Les conditions de réussite**

Pour faire face aux enjeux de la communication, il faudra convenir d'un message commun et de messages spécifiques, selon les besoins et les situations ainsi que des modalités de diffusion.

## **6.5 Enjeux des ressources immobilières**

Les tendances observées au niveau de l'évolution démographique permet d'entrevoir une importante croissance dans la consommation des services offerts en établissement de courte durée par la clientèle ciblée par le présent programme-services. L'impact induit par cette croissance sur les besoins immobiliers des établissements de courte durée devra faire l'objet d'une analyse minutieuse lors de l'élaboration de tout projet, afin d'assurer l'adéquation entre les besoins et l'offre de service.

L'amélioration de l'offre de service aux personnes requérant des services d'hébergement en CHSLD devra passer par une adaptation des bâtiments devant répondre à ce besoin. Les orientations du ministère préconisent l'élimination des chambres occupées par plus de deux personnes ainsi que des lits d'hébergement en milieu de courte durée. L'analyse de l'évaluation fonctionnelle et technique des installations a été complétée. Les résultats de cette analyse permettront d'élaborer un plan pour atteindre les objectifs visés.

### **État de situation**

- Il n'y a aucun lit d'hébergement en milieu de courte durée pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Il existe 32 chambres à occupation multiple (plus de deux personnes par chambre) dans trois installations de soins de longue durée.

### **Résultats attendus**

Lors de l'analyse des volumes d'activités diagnostiques, cliniques et curatifs, de même que lors de l'élaboration des scénarios de projections, l'impact de l'augmentation des besoins émergeant de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement en courte durée sur les services à offrir en établissement de courte durée devra être documenté.

Notamment, il faudra documenter l'effet induit sur le nombre de lits ainsi que les mesures à mettre en place sur les unités de soins, afin d'offrir un environnement sécuritaire à l'ensemble de la clientèle et au personnel, en conséquence de l'augmentation des clientèles présentant un important déficit physique ou cognitif lié au vieillissement. De plus, il faudra documenter les mesures qu'il faudra prendre au niveau des aménagements en vue d'assurer la mise en place d'un plan d'intervention clinique visant à assurer le maintien et l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle de la clientèle ciblée par le présent programme-services. Toujours au niveau de l'aménagement des unités, considérant qu'il est démontré que l'intégration de la famille et des aidants naturels dans le processus d'attribution des soins a un impact significatif sur la guérison, toute mesure visant à encourager la présence de ceux-ci sera fortement encouragée.

La réalisation de travaux de rénovation fonctionnelle dans les installations d'hébergement de soins de longue durée permettront d'éliminer, d'ici environ cinq ans, les chambres occupées par plus de deux personnes.

## 7. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Faire face au vieillissement de la population estrienne, c'est revoir continuellement notre organisation de services, le statu quo n'est pas une option.

Les maîtres d'œuvre et responsables de l'approche populationnelle doivent, à travers les préoccupations d'accessibilité, de continuité et de qualité, avoir en tête le maintien et la récupération de l'autonomie des personnes.

Dans une perspective globale et positive de santé et de bien-être, l'offre de service doit viser dans le futur un processus d'autonomisation des personnes. Elle doit permettre l'utilisation du plein potentiel des gens. Elle doit favoriser la capacité que possède un individu, entre autres choses :

- d'actualiser ses choix et de gérer son quotidien;
- de rétablir, tant que faire se peut, l'équilibre entre, d'une part, les incapacités physiques et mentales dont il peut souffrir et d'autre part, les ressources matérielles et sociales dont il dispose.

Il y a intérêt à considérer la personne dans sa globalité en tenant compte de ses capacités, ses aspirations et ses désirs et d'ajuster l'offre de service en conséquence. Des efforts doivent être faits afin de structurer les services autour des personnes selon leurs caractéristiques, leurs aspirations, leurs projets et leur situation de vie. Ces personnes, quelque soit leur âge, sont en quête d'autonomie. Il s'agit de partir des capacités et des intentions de l'individu plutôt que de partir strictement de ses incapacités et de l'offre des services disponibles. Cette vision constitue un nouveau paradigme par rapport à l'actuelle façon d'offrir des services et nécessite une approche plus globale à la personne.

Puisque le vieillissement est une priorité transversale, la clientèle en perte d'autonomie nécessitant les services de différents programmes en raison de leurs besoins, des arrimages avec les autres programmes-services sont à développer ou à consolider, plus particulièrement avec les programmes-services de santé publique, de santé physique, de déficience intellectuelle et physique, et avec le continuum de services des maladies chroniques.

# **PARTIE III Plan régional de mise en oeuvre 2005-2010**

## **Note au lecteur concernant le plan régional de mise en oeuvre 2005-2010 :**

- *Le plan précise les actions à réaliser en regard des orientations et des priorités régionales 2005-2010 telles que présentées à la page 31 de ce document.*

**PREMIÈRE ORIENTATION : L'ACCESSIBILITÉ – accessibilité à des arrangements diversifiés de services et de logements**

**1.1 Adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la politique de soutien à domicile : *Chez soi : le premier choix* et assurer l'optimisation des ressources à domicile en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes.**

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p><b><u>Le soutien à domicile et les services dans la communauté</u></b></p> <p>Développer un plan d'action afin de poursuivre l'implantation de la politique de soutien à domicile, plus particulièrement en regard de l'adaptation des services et de l'harmonisation des pratiques concernant la gestion de l'accès aux services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gamme des services à domicile est globalement en place dans les différents territoires, mais peut nécessiter des ajustements au niveau de la disponibilité des services 24/7, l'adaptation des services et du partage des responsabilités afin de privilégier une flexibilité quant au choix des moyens.</li> <li>• La démarche d'analyse différenciée selon les sexes est à appliquer.</li> <li>• Les guichets d'accès sont implantés dans les 7 CSSS.</li> <li>• Des travaux régionaux ont été réalisés en ce qui a trait aux services généraux et spécifiques en CLSC, notamment pour le programme personnes âgées en perte d'autonomie. On y précise la nature des services, la gamme de services et la couverture attendue.</li> <li>• Des travaux régionaux ont été réalisés dans le cadre de l'hébergement temporaire pour la convalescence en santé physique.</li> <li>• Des lits de CHSLD sont utilisés pour de l'hébergement temporaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une équipe projet à l'Agence.</li> <li>• Nomination d'une personne ressource.</li> <li>• Concertation régionale.</li> <li>• Référence à l'expérience des régions de la Montérégie et de la Mauricie Centre-du-Québec.</li> </ul>
<p>Développer un plan d'action afin d'établir le portrait des besoins de la population ciblée par les services à domicile PALV, incluant les clientèles émergentes, ainsi que le taux de réponse aux besoins à l'aide des profils iso-SMAF, en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- clientèle desservie</li> <li>- clientèle non rejointe</li> </ul>	<p>L'évaluation des besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'OEMC est implanté dans l'ensemble des établissements visés, soit en mode papier ou soit par le SIGG.</li> <li>• Un processus de gestion de la qualité de l'OEMC est en place dans certains CSSS.</li> <li>• Des critères d'admissibilité et de priorisation sont en place dans les CSSS, mais les pratiques sont à harmoniser.</li> <li>• Des travaux régionaux ont été réalisés sur l'harmonisation de l'application du cadre normatif I-CLSC.</li> <li>• Certaines MRC (Coaticook, Granit, Haut-St-François, Memphrémagog, Sherbrooke) ont déjà établi des portraits de clientèles à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référence à l'expérience des régions de la Montérégie et de la Mauricie Centre-du-Québec.</li> <li>• Poursuite des travaux d'harmonisation en lien avec le cadre normatif I-CLSC.</li> <li>• Approche par étapes.</li> <li>• Soutien des chercheurs PRISMA.</li> <li>• Implication des pilotes I-CLSC.</li> <li>• Implication des responsables des services à domicile.</li> <li>• Assurance qualité en regard de l'OEMC.</li> </ul>
<p>S'assurer de l'adaptation de l'organisation des services par l'optimisation des ressources en fonction des résultats obtenus après la détermination des profils iso-SMAF en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- critères d'admission</li> <li>- type de services couverts</li> <li>- type de ressources requises</li> </ul>	<p>Un tel exercice a déjà été complété en Estrie en regard de la clientèle hébergée en CHSLD, RI et RTF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation régionale.</li> <li>• Soutien de l'équipe de recherche PRISMA.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>S'assurer de l'accessibilité à une gamme complète de services prévus dans le cadre de la politique de soutien à domicile, tout en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes et en considérant les priorités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'aide à domicile</li> <li>- les services de réadaptation de base</li> <li>- le soutien aux proches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règle générale, la disponibilité des services de réadaptation de base est insuffisante.</li> <li>• Des travaux sont en cours concernant le développement et le rehaussement de l'offre de service aux proches aidants. Les organismes communautaires ainsi que les entreprises d'économie sociale sont des partenaires de premier plan qui contribuent à développer l'offre de service aux proches.</li> </ul>	<p>En fonction du ratio d'adéquation des services fournis et requis.</p>
<p>Mettre en place un système performant d'évaluation continue des clientèles PALV à domicile, incluant les clientèles émergentes, en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes.</p>	<p>Le SIGG est en voie de déploiement en mode local en Estrie, ce qui facilite le calcul des profils iso-SMAF pour la clientèle à domicile.</p>	<p>Disponibilité de l'extracteur et du générateur de rapports dans SIGG prévue pour la fin de l'automne 2005.</p>
<p>Soutenir le renforcement du partenariat CSSS et entreprises d'économie sociale.</p>	<p>Présence de 6 entreprises d'économie sociale en aide domestique dont la mission est le développement de l'emploi et le soutien à domicile. Plusieurs de ces entreprises sont en difficulté financière. Le MSSS travaille activement à trouver des solutions.</p>	<p>Concertation</p>
<p>Soutenir la concertation clinique et organisationnelle avec les organismes communautaires pour une offre de service adaptée à la clientèle.</p>	<p>Les organismes communautaires sont des partenaires actifs pour des services d'aide. Ils offrent une gamme diversifiée de services d'aide à la personne en perte d'autonomie et à leurs proches.</p>	<p>Concertation avec le ROMADE et avec les organismes communautaires pour personnes âgées.</p>

**1.2 Améliorer l'accès aux services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches.**

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p><b><u>Les services de santé publique</u></b></p> <p><b>EN REGARD DE LA CLIENTÈLE ÉVALUÉE AU SEIN DU PALV :</b></p> <p>Développer et, plus particulièrement, consolider dans les CSSS une <i>offre systématique</i> de services de santé publique auprès de la clientèle évaluée au sein du PALV. Ces services, notamment de prévention et de protection, reposent sur les recommandations du Programme national de santé publique et des plans d'actions locaux et régional. L'offre <i>systématique</i> doit comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévention des chutes;</li> <li>- La vaccination <i>contre le pneumocoque et contre l'influenza (selon les indications)</i>;</li> <li>- Le dépistage du cancer du sein par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) pour les femmes de 50 à 69 ans;</li> <li>- Le counselling sur les habitudes de vie notamment sur le tabagisme (ex. : offre de service des centres d'abandon tabagique (CAT) à la clientèle PALV).</li> </ul>	<p>Aucune offre <b>systématique</b> de service n'est actuellement en place en regard de ces éléments de prévention et de protection.</p> <p>Toutefois, divers services de santé publique sont déjà offerts à l'intérieur des programmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de prévention des chutes;</li> <li>• Programme régional de prévention des maladies chroniques à l'intérieur des services de santé courants des CSSS (incluant les centres d'abandon du tabagisme);</li> <li>• Programme d'immunisation du Québec;</li> <li>• Programme québécois de dépistage du cancer du sein.</li> </ul>	<p><b>Une complémentarité des interventions préventives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrimage de l'offre de service proposée aux interventions : <ul style="list-style-type: none"> <li>- du Programme de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînées vivant à domicile;</li> <li>- du Programme régional de prévention des maladies chroniques au sein des services de santé courants des CSSS (incluant les CAT);</li> <li>- du PQDCS;</li> <li>- du Programme d'immunisation du Québec.</li> </ul> </li> <li>• Arrimage et consolidation des différentes offres de services de santé publique concernées notamment de prévention et de protection (vaccination) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- concertation des équipes actuelles de services concernées;</li> <li>- développement d'une approche intégrée à la totalité des facteurs de risque.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Un plan de formation et d'actualisation des connaissances.</b></p>
<p><b>EN REGARD DE LA CLIENTÈLE DU PALV MAIS AUSSI DES PERSONNES ÂGÉES :</b></p> <p>1- Poursuivre le développement et consolider le programme de prévention des chutes en fonction du nouveau cadre de référence ministériel en la matière (<i>La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînées vivant à domicile</i>, Direction générale de la santé publique, novembre 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une somme récurrente de 385 000 \$ est allouée.</li> <li>• Un seul volet des 3 proposés dans les orientations 2005-2010 est déployé, celui <u>des interventions multifactorielles personnalisées</u> (en CSSS). Ce volet rejoint environ 20 % de la clientèle cible. Le volet des interventions multifactorielles non personnalisées et celui des pratiques préventives ne sont pas développés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion et mobilisation des partenaires dans l'élaboration et la mise en oeuvre des services en CSSS, dans les milieux médicaux et dans la communauté.</li> <li>• Un plan de formation et d'actualisation des connaissances.</li> <li>• Des activités efficaces de promotion et de communication.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>Pour ce faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter et consolider l'offre de service des CSSS en regard du volet des interventions multifactorielles personnalisées;</li> <li>- Développer et consolider : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le volet des interventions médicales pour détecter et investiguer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque d'en faire une;</li> <li>▪ Le volet des interventions multifactorielles non personnalisées avec la collaboration des organismes communautaires (ex. : activités de marche et d'équilibre en groupe dans la communauté).</li> </ul> </li> </ul>		
<p>2- Renforcer les pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de la 1<sup>ère</sup> ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir les interventions relatives à la prévention des chutes;</li> <li>- Promouvoir le counselling sur les habitudes de vie, notamment sur le non-usage du tabac (incluant l'offre de service des centres d'abandon tabagique);</li> <li>- Promouvoir le PQDCS pour les femmes de 50 à 69 ans et le dépistage du cancer du sein pour les femmes de 70 ans et plus;</li> <li>- Offrir le « portfolio HTA » aux milieux cliniques, notamment les GMF.</li> <li>- Promouvoir la vaccination pour atteindre un taux de couverture vaccinale de 80 % chez les personnes âgées de 60 ans et plus.</li> </ul>	<p><b>Programme de prévention des chutes (voir l'item précédent)</b></p> <p><b>Programme régional de prévention des maladies chroniques au sein des services de santé courants des CSSS. Approche par facteur de risque</b>  Ce programme est en voie de consolidation au sein des CSSS. Les centres d'abandon tabagique (CAT) sont en oeuvre dans chacun des territoires. Des services et des interventions de counselling sont offerts en regard du non-usage du tabac mais aussi d'une saine alimentation et de la pratique régulière de l'activité physique.</p> <p><b>Dépistage du cancer du sein</b>  Le PQDCS s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans. En 2003-2004, 64.5 % des femmes de 50 à 69 ans ont participé au programme. Ce taux de participation va en augmentant. L'objectif est de 70 %. Notons que seulement 20 % des femmes de 70 ans et plus passent une mammographie diagnostique ou de dépistage. Spécifions que les femmes de ce groupe d'âge ne sont pas admissibles au PQDCS et leur dépistage repose sur une prescription médicale et sur un suivi par un médecin traitant.</p> <p><b>Détection précoce de l'hypertension artérielle</b>  Actuellement, la détection, le diagnostic, le traitement et le suivi sont assumés par les médecins selon leur pratique. Un portfolio présentant des recommandations en regard non seulement des lignes directrices, mais aussi des conditions organisationnelles et cliniques, du counselling nécessaire, des outils, des rôles des divers professionnels, etc. est en voie d'élaboration au niveau provincial.</p> <p><b>Programme d'immunisation du Québec</b>  En 2001-2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 34 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient vaccinées contre le pneumocoque;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation du milieu clinique en regard des programmes régionaux concernés.</li> <li>• Un plan de formation et d'actualisation des connaissances.</li> <li>• Des activités efficaces de promotion et de communication.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>3. « Offrir un soutien des cliniciens pour qu’ils décèlent le moindre signe d’agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes ». (Programme national de santé publique 2003-2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 56 % des personnes âgées de 60 ans et plus contre l’influenza. Objectif à atteindre : couverture vaccinale de 80 %.</li> </ul> <p>En fonction de la clientèle visée dans chacun des territoires, un budget supplémentaire est accordé annuellement depuis 2001 aux CSSS pour augmenter le taux de couverture de la vaccination contre l'influenza. Des actions concrètes sont en cours au niveau du MSSS afin d'évaluer le coût réel de la vaccination en CSSS, dans le but d'en arriver à un financement adéquat de l'ensemble des activités du programme d'immunisation québécois.</p> <p>Ces actions de soutien n’ont pas été retenues dans la planification 2004-2007 du Programme national de santé publique, ni dans la mise en œuvre du plan d’action régional. Pour la deuxième phase 2007-2012, leurs inclusions dans le plan d’action régional de santé publique sera en fonction des recommandations nationales et des données probantes à l’appui.</p>	
<p><b><u>Les mauvais traitements</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S’assurer de la mise en place d’une table sectorielle dans chaque MRC destinée à prévenir ou diminuer les mauvais traitements faits aux personnes âgées;</li> <li>• S’assurer de l’élaboration d’un plan d’action régional visant à contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées;</li> <li>• Soutenir le travail de la table régionale;</li> <li>• S’assurer qu’il y ait élaboration dans chaque MRC d’un plan d’action visant à contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées et ce, en complémentarité avec les actions de la table régionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les actions visant à contrer l’abus, la maltraitance et l’exploitation financière n’ont pas été retenues dans la planification 2004-2007 de la mise en œuvre du plan d’action régional en santé publique.</li> <li>• Restructuration de la Table régionale (en 2004-2005) dont la mission est de mobiliser les forces vives visant à contrer les mauvais traitements faits aux personnes âgées de l’Estrie.</li> <li>• Cette Table regroupe des représentants de chaque MRC et des organismes intersectoriels.</li> <li>• Un sous comité de la Table personnes âgées de la MRC de Memphrémagog est très actif face à cette problématique et a produit un cartable présentant divers outils utiles visant à contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées. De plus, cette MRC a mis sur pied un accueil téléphonique spécifique destiné aux personnes âgées.</li> </ul> <p>Les autres MRC animent des Tables de concertation concernant les personnes âgées. Leur mission n’est pas spécifiquement destinée à intervenir sur la problématique des mauvais traitements, mais la problématique fait partie de leurs préoccupations et, dans certains cas, des actions sont prévues dans le plan d’action global visant à contrer les mauvais traitements aux personnes âgées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices concernant les pratiques les plus prometteuses pour contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées.</li> <li>• Cohérence entre les plans d’action locaux et régional.</li> <li>• Financement récurrent pour soutenir les activités de la Table régionale.</li> <li>• Animation et coordination permanentes des tables locales et de la table régionale.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p><b><u>Les services spécialisés</u></b></p> <p>Soutenir les travaux visant la mise en place d'un support ponctuel des services gériatriques, psychiatriques et géro-psi-chiatriques aux médecins de famille et aux équipes locales de l'ensemble des MRC.</p>	<p>La population de l'Estrie bénéficie d'une gamme de services spécialisés gériatriques très variée. Le portrait régional des services témoigne d'une volonté de soutenir les équipes locales et les médecins de famille. Des services sont disponibles sur une base régionale. Les MRC du Granit et de Memphrémagog offrent des services gériatriques et gérontopsychiatriques spécialisés déconcentrés. Par ailleurs, l'accessibilité aux services est limitée en raison de listes d'attente. Faute d'action concertée suffisante, il peut en résulter une détérioration de la condition des usagers et des références vers les salles d'urgence. Dans certains cas, une intervention ponctuelle et spécialisée afin de compléter une évaluation ou préciser un diagnostic pourrait soutenir les intervenants locaux qui demeurent responsables du suivi des personnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoles d'entente entre les CLSC de Sherbrooke / IUGS et les CSSS.</li> <li>• Précisions en regard de l'imputabilité de la géronto versus la psychiatrie adulte pour certaines clientèles.</li> </ul>
<p>S'assurer de l'élaboration d'un plan visant une utilisation optimale des services de consultation spécialisés gériatriques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines demandes de services (ex. renouvellement d'Aricept, évaluation concernant le mandat d'inaptitude) pourraient être traitées en première ligne.</li> <li>• Clinique de mémoire : délai d'attente d'un an.</li> <li>• Les délais de transfert de l'UCDG et de l'URFI vers les CHSLD et RI retardent l'admission de nouveaux clients.</li> <li>• Certaines clientèles gériatriques requièrent le support d'un plateau technique plus complet. Ces clientèles sont actuellement desservies dans les lits réguliers du CHUS.</li> <li>• Il y a des difficultés et irritants tant au niveau de la référence de la première ligne vers la deuxième ligne, qu'au niveau de la prise en charge par la première ligne suite au congé.</li> <li>• Un projet de services gériatriques de type UCDG au CHUS est à l'étude (CHUS-IUGS)</li> <li>• Des collaborations CHUS-CSSS/IUGS sont en place et sont à consolider.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership du CLSC de Sherbrooke / IUGS, en concertation avec les CSSS, les médecins de famille, le CHUS, le CRE, le DRMG et l'Agence.</li> <li>• Poursuite de la réalisation des mesures visant à diminuer tous les délais de transfert de la courte durée (CHUS, URFI, UCDG) vers les ressources d'hébergement.</li> <li>• Transfert systématique des informations du CLSC de Sherbrooke / IUGS vers les CSSS suite à un épisode de soins dans les services gériatriques régionaux via le SIGG ou autre.</li> <li>• Consolidation des ententes CHUS-IUGS.</li> </ul>
<p>S'assurer du transfert systématique des informations cliniques en mode électronique aux RISPA suite à un séjour dans les services régionaux gériatriques pour l'ensemble des usagers.</p>	<p>Des processus sont en place concernant la continuité CLSC de Sherbrooke / IUGS et les CSSS en mode électronique via le SIGG pour les clientèles suivies en gestion de cas et en mode papier pour les autres clientèles.</p>	<p>Implantation du SIGG en mode local.</p>
<p>Soutenir des travaux visant à déconcentrer de façon progressive certains services spécialisés dans toutes les MRC et en tenant compte des ressources disponibles.</p>	<p>Services spécialisés déconcentrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MRC du Granit : une équipe multi (médecin, infirmière, travailleur social) appuyée par un gériatre offre des consultations pour la clientèle hospitalisée, hébergée ou à domicile.</li> <li>• MRC Memphrémagog : UCDG (5 lits), URFI (4 lits), équipe multi (médecin, infirmière, ergothérapeute, psychothérapeute, travailleur social et soins d'assistance).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation CLSC de Sherbrooke / IUGS, CSSS, CHUS, médecins de famille, DRMG, CRE, avec la DRAMU.</li> <li>• Signature de protocoles d'entente.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>Soutenir les travaux concernant l'accès aux services pour des clientèles émergentes, plus particulièrement pour les clientèles avec maladies neurodégénératives ou avec problèmes psychiatriques et de santé mentale chez les clientèles vieillissantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a émergence de clientèle vieillissante avec maladies neurodégénératives. À qui doit-on référer ? En santé physique, déficience physique ou PALV ?</li> <li>• Il y a émergence de clientèle vieillissante avec troubles cognitifs indifférenciés et troubles de comportement.</li> <li>• L'imputabilité des services gérontopsychiatriques, psychiatriques et de santé mentale auprès des clientèles de plus de 65 ans mérite d'être précisée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- clientèle déjà prise en charge par le réseau santé mentale</li> <li>- clientèle avec problématique santé mentale émergente.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des orientations régionales concernant les programmes-services santé mentale, déficience physique et santé physique.</li> <li>• Leadership des services spécialisés en complémentarité avec les CSSS, la CMR, le CHUS, le CRE, le CNDE et l'Agence.</li> </ul>
<p>S'assurer de l'élaboration d'une programmation intégrée et adaptée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement en tenant compte de la gamme des services disponibles et ce, en concordance avec les nouvelles orientations ministérielles à venir au programme dépendance.</p>	<p>Sur le plan des dépendances, le CJPC/MSG offre des services d'expertise conseil aux CSSS et offre aux aînés une gamme de services, de la détection aux services spécialisés, en externe ou en interne. Les organismes communautaires offrent aussi une variété d'activités en dépendance, certaines étant spécifiquement destinées aux personnes âgées. Toutefois, il n'existe pas de planification intégrée et adaptée spécifiquement aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. En 2003-2004, la clientèle âgée de 65 ans et plus représentait 2 % de la clientèle adulte desservie au CJPC/MSG, ce qui correspond à environ 22 personnes. Plus de 4 000 personnes âgées de 55 ans et plus seraient à risque élevé de développer un problème de dépendance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À partir des orientations ministérielles.</li> <li>• Entreprendre des travaux régionaux dans un contexte de concertation intersectorielle pour développer une approche spécifiquement destinée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.</li> </ul>
<p>S'assurer de l'élaboration d'une programmation intégrée et adaptée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement en tenant compte de la gamme des services disponibles et ce, en concordance avec les nouvelles orientations ministérielles à venir au programme déficience intellectuelle.</p>	<p>Sur le plan de la déficience intellectuelle, différents services sont offerts par le CRDI aux personnes avec déficience intellectuelle ou troubles envahissants du développement. Toutefois, il n'existe pas de planification intégrée et adaptée spécifiquement aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À partir des orientations ministérielles.</li> <li>• Entreprendre des travaux régionaux dans un contexte de concertation intersectorielle pour développer une approche spécifiquement destinée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.</li> </ul>
<p><b>Services de longue durée</b></p> <p><b>Le soutien à domicile et les services dans la communauté</b></p> <p>S'assurer du maintien du nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile par les CSSS en 2005.</p> <p>- cible 2010 : 8 237</p>	<p>8 237 personnes en perte d'autonomie / 43 994 ont reçu des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS au 31 mars 2005, alors que le résultat attendu était de 7 529. Ceci représente 18,7 % de la population 2005 de 65 ans et plus. Nous sommes 2,7 % au-dessus de la cible provinciale 2010 de 16 %. Cette cible est donc atteinte.</p>	<p>Optimisation des ressources à domicile en fonction de la politique de soutien à domicile <i>Chez soi : le premier choix.</i></p>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>S'assurer de l'augmentation du nombre moyen d'interventions à domicile reçues par les personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cible 2010 : 24</li> <li>- résultat atteint en 2004-2005 : 19,3</li> <li>- écart = 4,7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intensité des services aux aînés en perte d'autonomie est de 19,3 au 31 mars 2005, alors que l'attendu ministériel en 2010 est de 24 interventions par usager.</li> <li>• L'intensification des services aux aînés en perte d'autonomie demeure un défi pour l'Estrie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocations financières permettant de rehausser le nombre d'interventions.</li> <li>• Optimisation des ressources à domicile en fonction de la politique de soutien à domicile <i>Chez soi : le premier choix</i>.</li> </ul>
<p>S'assurer du développement et du rehaussement de l'offre de service aux proches.</p> <p>S'assurer de la communication à la population de l'offre de service aux proches existante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehaussement des services de répit, gardiennage et dépannage par certains organismes communautaires.</li> <li>• Développement et déploiement progressifs d'une offre globale de services adaptée aux besoins dans les 7 MRC.</li> <li>• Développement d'une offre de service spécifique aux proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation et collaboration de tous les partenaires impliqués dans l'offre de service.</li> <li>• Mécanismes facilitant la concertation.</li> </ul>
<p><b><u>Services de langue anglaise</u></b></p> <p>S'assurer que l'offre de service en soutien à domicile et en hébergement soit conforme au programme d'accès en langue anglaise.</p> <p>Transmettre la liste de services spécialisés nommés au Programme d'accès en langue anglaise.</p> <p>Rendre disponible l'étude « Évolution de la situation démographique des communautés anglophones dans les Cantons de l'Est (2004) ».</p>	<p>Tous les CSSS sont nommés au programme régional d'accès aux services en langue anglaise.</p> <p>Certains services spécialisés font l'objet d'un décret gouvernemental et sont nommés au Programme régional d'accès aux services en langue anglaise.</p>	<p>Diffusion d'une liste des établissements et des services accessibles en langue anglaise.</p> <p>Diffusion de l'étude démographique.</p>
<p><b><u>L'hébergement non institutionnel</u></b></p> <p>S'assurer d'une amélioration de l'accès aux ressources d'hébergement non institutionnelles.</p> <p>S'assurer d'une augmentation de la proportion du nombre de places en hébergement non institutionnel par rapport à l'ensemble des places d'hébergement.</p>	<p>Au 31 mars 2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'hébergement non institutionnel : 0,59 %</li> <li>• Proportion des places en hébergement non institutionnel : 16,0 % au 30 juin.</li> <li>• Certains CSSS ont entrepris des actions afin de diminuer le nombre de lits en CHSLD et ainsi investir dans les alternatives à l'hébergement institutionnel.</li> <li>• Une étude commandée par l'Agence et réalisée par le Centre de recherche de l'IUGS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarche de suivi de la qualité des évaluations OEMC.</li> <li>• Politique d'évaluation OEMC dans le cadre du processus d'orientation des personnes lorsque la personne se trouve dans un état de santé relativement stable.</li> <li>• Soutien de l'équipe de recherche PRISMA.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>Développer un plan d'action afin de s'assurer une offre de service en RI pouvant répondre aux clientèles avec profils iso-SMAF à 9 pour l'ensemble des clientèles de l'Estrie.</p>	<p>indique entre autres que des RI peuvent répondre aux besoins des personnes avec profil 9 mais que dans certains cas, en raison surtout de l'intensité et de la fréquence des besoins en soins professionnels, l'orientation vers un CHSLD peut être envisagée. Cependant, l'offre de service en RI étant peu développée en Estrie pour ce type de clientèle, elle est souvent orientée par défaut vers les CHSLD.</p>	
<p><b>Les soins posthospitaliers<sup>40</sup></b></p> <p>S'assurer de l'élaboration de plans d'action locaux pour les soins posthospitaliers.</p> <p>S'associer à des travaux concernant la convalescence lourde en santé physique, au besoin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les services SIMAD sont en place sur l'ensemble des territoires et sont intégrés au soutien à domicile.</li> <li>• Des services d'hôpital de jour sont dispensés à Sherbrooke et dans la MRC de Memphrémagog.</li> <li>• Il existe une offre de service d'hébergement temporaire en santé physique, suite à un épisode de courte durée hospitalière, pour des personnes avec un potentiel de récupération dont le maintien dans leur milieu de vie est temporairement infaisable et dont les besoins sont de 2,5 h soins ou moins. Cependant, il n'existe pas une telle offre de service pour des clientèles plus lourdes. Les clientèles doivent donc demeurer dans les lits de la courte durée ou être orientées par défaut vers des ressources qui ne peuvent répondre à leurs besoins dans le programme-services PALV.</li> </ul>	<p>Collaboration et concertation avec le programme- services santé physique.</p>
<p><b>Les services offerts en hébergement institutionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du respect des normes d'accessibilité en CHSLD pour la clientèle en lourde perte d'autonomie, tel que précisé dans les orientations régionales sur les mécanismes d'accès à l'hébergement. Cible : 80 % (profil iso-SMAF 10 ou plus).</li> <li>• S'assurer d'une intensité suffisante de services pour les personnes hébergées en CHSLD.</li> </ul>	<p>Les résultats de la dernière évaluation annuelle de la clientèle hébergée révèlent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 72 % de la clientèle en CHSLD présente une lourde perte d'autonomie (profils 10 et plus);</li> <li>- 95 % de la clientèle avec une lourde perte d'autonomie (profils 10 et plus) est hébergée en CHSLD;</li> </ul> <p>Portrait de la clientèle hébergée en 2004-2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diminution de 3 % du nombre de personnes en CHSLD au moment de l'évaluation;</li> <li>- le taux de roulement se situe à 42,7 %.</li> </ul> <p>La proportion de la clientèle avec atteinte mentale prédominante (profils 5, 7, 8, 10) a évolué de la façon suivante depuis 2000-2001 : 12,4 % - 16,4 % - 17,3 % - 17,6 %.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des normes d'admissibilité en CHSLD.</li> <li>• Application du <i>Modèle régional d'organisation du mécanisme d'accès à l'hébergement pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie des MRC de la région de l'Estrie</i>;</li> <li>• Respect des normes d'admissibilité en CHSLD.</li> <li>• Application du <i>Modèle régional d'organisation du mécanisme d'accès à l'hébergement pour adulte et personnes âgées en perte d'autonomie des MRC de la région de l'Estrie</i>.</li> </ul>

<sup>40</sup> Soins « posthospitaliers » : le concept de soins posthospitaliers n'est pas encore largement utilisé au Québec, du moins dans l'ensemble des milieux offrant des services aux aînés. Dans le cadre de ce document, on utilisera cette expression dans le sens de « soins subaigus élargis », c'est-à-dire, une gamme de programmes et de services requérant un encadrement médical, infirmier et de réadaptation moindre que celui nécessaire en soins aigus, mais une prestation plus intensive que celle des services de soutien à domicile réguliers. On y inclura des services dispensés en unité interne (ex. : réadaptation fonctionnelle intensive), sur base ambulatoire (ex. : hôpital de jour) ou à domicile (ex. : suivi intensif à domicile). Les deux principaux objectifs de ce type de services sont : 1) de faire en sorte que les personnes hospitalisées en soins de courte durée puissent en sortir aussitôt que ce type de soins n'est plus requis et 2) de faire en sorte que les personnes aux prises avec des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles importants n'aient pas comme seule option le recours aux soins de courte durée en centre hospitalier.  
Source : MSSS, Les services aux aînés en perte d'autonomie – un défi de solidarité, p. 27.

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre le monitoring des indicateurs nationaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre moyen d'heures travaillées par jour présence en soins infirmiers et d'assistance - seuil de services : 2,8 - cible pour 2010 : 3,0</li> <li>- Nombre moyen d'heures travaillées par jour présence en services professionnels - seuil de services : 0,19 - cible pour 2010 : 0,23</li> </ul> </li> </ul>	<p>L'intensité des heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance, en Estrie, dépasse la cible pour 2010 fixée par le MSSS. Résultat pour 2004-2005 : 3,27 (31 mars 2005).</p> <p>L'intensité des heures travaillées en services professionnels en Estrie est légèrement supérieure à la cible fixée par le MSSS. Résultat pour 2004-2005 : 0,25 (31 mars 2005).</p>	
<p>Cibler un taux d'hébergement institutionnel égal ou inférieur à 3 % (3 lits par 100 personnes âgées) en 2010.</p> <p>Cibler un taux d'hébergement institutionnel égal ou inférieur à 2,5 % (2,5 lits par 100 personnes âgées en 2015).</p>	<p>Au 30 juin 2005 : Le taux d'hébergement institutionnel se situe à 3,37 %.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des normes d'admissibilité en CHSLD.</li> <li>• Adaptation des RI pour les clientèles de profil iso-SMAF 9.</li> </ul>
<p>S'assurer de l'adaptation des modèles d'intervention aux clientèles hébergées (soins palliatifs, trouble cognitif, atteinte motrice, déficience intellectuelle ou physique, atteinte mixte, santé mentale, etc.) d'ici la fin de 2007, tel que précisé dans le plan d'action sur la qualité du milieu de vie en CHSLD.</p> <p>S'associer aux travaux concernant les soins palliatifs du programme-services en santé physique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plan d'action sur la qualité du milieu de vie en CHSLD prévoit la mise en place de mécanismes visant à réviser les modèles d'intervention mis en place et l'adoption de programmation adaptées aux diverses clientèles hébergées d'ici 2006-2007.</li> <li>• Des établissements ont développé des programmes spécifiques concernant les soins de fin de vie.</li> <li>• Des travaux sont en cours concernant les soins palliatifs dans le cadre du programme-services santé physique.</li> <li>• Nous possédons peu de données précises concernant les caractéristiques des clientèles émergentes hébergées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrimage avec les orientations concernant les soins palliatifs dans le programme santé physique.</li> <li>• Ententes de collaboration à formaliser entre les CSSS et les établissements à vocation régionale pour soutenir l'intervention auprès de clientèles spécifiques.</li> <li>• Colliger des données concernant les clientèles émergentes hébergées.</li> </ul>
<p>S'assurer du respect des délais d'attente fixés à l'admission en CHSLD, en RI ou en RTF. Les cibles indiquées aux ententes de gestion sont des résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- délai d'attente moyen (en jours) à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> <li>- en CHSLD : 25,4 jours</li> <li>- en RI : 33,8 jours</li> <li>- en RTF : 7,5 jours</li> </ul> </li> </ul>	<p>En 2004-2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La proportion des nouveaux usagers admis en CHSLD présentant une lourde perte d'autonomie est de 71 %; Le délai d'attente moyen visé en CHSLD était de 33,8 jours et le résultat atteint est de 23,6 jours.</li> <li>• Le délai d'attente moyen visé en RI était de 33,3 jours et le résultat atteint est de 42,7 jours.</li> <li>• Le délai d'attente moyen visé en RTF était de 26,6 jours et le résultat atteint est de 7,5 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application du <i>Modèle régional d'organisation du mécanisme d'accès à l'hébergement pour adulte et personnes âgées en perte d'autonomie des MRC de la région de l'Estrie.</i></li> <li>• Mesures visant à minimiser les délais d'admission tout en assurant une concertation efficace dans les démarches précédant l'orientation de la personne.</li> </ul>

### 1.3 Soutenir le développement d'alternatives à l'hébergement et de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes en perte d'autonomie et leurs proches

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p><b>Agir sur l'environnement : des logements diversifiés et adaptés aux besoins des aînés en perte d'autonomie</b></p> <p>Soutenir l'émergence de nouveaux projets dans les territoires de CSSS en fonction des besoins de la population.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un projet novateur PPP est en implantation dans la MRC d'Asbestos et s'adresse à des clientèles en lourde perte d'autonomie.</li> <li>• Depuis 4 ans, le CSSS du Val-Saint-François a développé un projet de collaboration avec une résidence privée pour desservir une clientèle en perte d'autonomie. D'autres projets du même ordre peuvent aussi exister dans d'autres MRC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariat intersectoriel</li> <li>• Allocations financières</li> </ul>
<p>Soutenir l'émergence de nouveaux projets <i>Accèslogis</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le programme <i>AccèsLogis</i> permet de réaliser des projets de logements sociaux et communautaires pour les personnes âgées. Collaboration avec la municipalité et la Société d'habitation du Québec.</li> <li>• Depuis 1997, des projets ont été développés et soutenus dans les MRC du Val-Saint-François, Sherbrooke, Memphrémagog, Haut-Saint-François, Granit et Asbestos.</li> </ul>	<p>Disponibilité des subventions</p>
<p>Assurer la poursuite et l'amélioration de l'opération de mise à jour annuelle du registre des résidences pour personnes âgées avec services.</p> <p>Assurer la diffusion du registre aux principaux collaborateurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La nouvelle version du registre des résidences pour personnes âgées 2005-2006 est en cours de production. Cette version inclura l'identification de cinq types de services disponibles pour la clientèle : services de repas, soins d'assistance personne, aide à l'alimentation, soins infirmiers et services de loisirs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration continue de tous les acteurs impliqués.</li> <li>• Adaptation de l'opération en fonction des réalités locales et régionales.</li> </ul>

## DEUXIÈME ORIENTATION : LA CONTINUITÉ : intégration des services

### 2.1 Poursuivre l'amélioration du système et l'intégration des services entre l'ensemble des dispensateurs de services, incluant les médecins : le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au meilleur coût, sans dédoublement.

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p><b>Guichet unique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que l'implantation du PRISMA 7, outil de dépistage en l'absence d'un SMAF connu, soit complétée, incluant tous les services de courte durée.</li> <li>• S'assurer de la mise en place de la fonction « relance préventive » par les équipes des guichets uniques pour les clientèles qui le requièrent incluant une offre systématique de services de santé publique (ex : vaccination).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les guichets sont implantés dans les 7 territoires.</li> <li>• La décentralisation des mécanismes d'accès à l'hébergement dans les 7 territoires favorise le rapprochement entre les comités d'accès à l'hébergement et les guichets uniques.</li> <li>• PRISMA 7 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- implanté dans les CSSS surtout dans les services reliés à l'ancienne mission CLSC et IUGS;</li> <li>- implanté au CRE</li> <li>- en voie d'implantation dans les salles d'urgence;</li> <li>- en voie d'implantation à la clinique préparatoire à la chirurgie au CHUS;</li> <li>- en voie d'implantation dans certains GMF, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale.</li> </ul> </li> <li>• Aucune offre systématique de service de santé publique n'est actuellement en place.</li> </ul>	<p>Implication des services de première ligne dès l'arrivée du client à la salle d'urgence ou à la clinique préparatoire de chirurgie.</p>
<p><b>Système intégré d'évaluation des besoins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du maintien d'une banque de formatrices régionales accréditées</li> <li>• S'assurer de la formation continue des utilisateurs et utilisatrices, selon le besoin</li> <li>• Diffuser les outils ministériels complémentaires à venir (médical, PSI, Proches aidants, pertes cognitives) et s'assurer du programme de formation.</li> <li>• S'assurer de la mise en place d'un processus continu d'appréciation de la qualité des OEMC, par les établissements, les CSSS et leurs différents partenaires, tout en tenant compte des précisions concernant l'évaluation des besoins et l'harmonisation des pratiques, tel que spécifié dans la politique de soutien à domicile.</li> <li>• S'assurer que l'OEMC soit complété pour les usagers inscrits au PALV, conformément à la circulaire ministérielle à cet effet et à la politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation complétée, mais certains ajustements sont requis.</li> <li>• Programme de formation réalisé.</li> <li>• En attente d'outils complémentaires de la part du MSSS (évaluation médicale, proches aidants, fonctions cognitives, PSI)</li> <li>• Formatrices régionales accréditées, mais la banque de ressources est fluctuante.</li> <li>• L'évaluation en vue d'une orientation n'est pas toujours complétée alors que l'utilisateur se retrouve dans un état relativement stable.</li> <li>• Certaines MRC ont mis en place un processus continu d'évaluation de la qualité.</li> <li>• Cadre de référence régional sur le PSI. Travaux en cours concernant le plan de mise en œuvre.</li> <li>• Des OEMC incomplets sont parfois acheminés aux comités d'accès à l'hébergement des différents territoires. Il est entendu que dans ces situations, les comités ne peuvent procéder à l'étude du dossier.</li> <li>• L'adéquation entre le nombre d'usagers inscrits au PALV et le nombre de formulaires OEMC complétés est à documenter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge du processus d'évaluation de la qualité par les établissements en s'inspirant des travaux réalisés en Montérégie et en Mauricie-Centre du-Québec.</li> <li>• Collaboration des établissements afin de remplacer des formateurs et formatrices sur une base continue si départ.</li> <li>• Soutien financier pour former les formateurs et formatrices régionales.</li> <li>• Structure de support clinique pour les formatrices régionales.</li> <li>• Arrimage avec les travaux sur l'implantation du cadre de référence régional sur les PSI.</li> <li>• La décision d'orientation vers l'hébergement doit se prendre dans un contexte de stabilité relative de l'état de santé de l'utilisateur, et ce incluant les usagers en provenance de la courte durée.</li> </ul>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre l'évaluation annuelle des clientèles en CHSLD publics et privés autofinancés, en RI et RTF.</li> <li>• Implanter l'évaluation annuelle dans les CHSLD privés autofinancés.</li> <li>• Élaboration d'un plan afin d'appliquer les profils iso-SMAF pour les clientèles à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des profils de l'autonomie fonction-nelle (profil iso-SMAF) réalisée sur une base annuelle en CHSLD, RI et RTF et réalisée dans certains CHSLD privés autofinancés.</li> <li>• Répartition d'allocation budgétaire en CHSLD implantée en 2001-2002 en fonction du coût des ressources calculé suite à l'évaluation de la clientèle basée sur iso-SMAF et à l'intérieur de la méthode d'équité. <ul style="list-style-type: none"> <li>-budget disponible/budget Estrie standard (iso-SMAF)</li> </ul> </li> <li>• Le seuil d'accès en CHSLD a été déterminé à partir du profil 10 et plus, tout en tenant compte de l'état de santé des usagers.</li> <li>• Seuil d'accès en RI a été déterminé à partir du profil 5.</li> <li>• Les travaux concernant les critères d'accès aux services et aux soins de longue durée à domicile et dans la communauté sont à faire, en lien avec les profils iso-SMAF.</li> <li>• Les travaux concernant l'extracteur de données et le générateur de rapports dans SIGG devraient être complétés à la fin de l'automne 2005. Les profils iso-SMAF sont ciblés comme information à exploiter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité du SIGG en mode local permettant de calculer le profil iso-SMAF et la distance euclidienne sur une base continue.</li> <li>• Sensibilisation et formation sur les profils iso-SMAF et la distance euclidienne.</li> <li>• Embauche d'une personne ressource pour réaliser l'évaluation annuelle dans les CHSLD privés autofinancés.</li> </ul>
<p><b>Système de communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un plan d'action en fonction des travaux ministériels à venir au regard de l'informatisation du RSIPA..</li> <li>• Développer un interface avec le dossier clinique informatisé du CHUS (ARIANE).</li> <li>• Soutenir les travaux favorisant la circulation de l'information avec les GMF.</li> <li>• Poursuivre la participation aux travaux provinciaux et aux travaux du partenariat SIGG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'implantation du SIGG en mode réseau est complétée. Le déploiement du mode local est en cours.</li> <li>• Démarches en cours afin d'offrir aux GMF la possibilité d'accéder au SIGG.</li> <li>• Travaux régionaux complétés concernant la confidentialité, le consentement et le partage de l'information par la signature des protocoles d'entente. Ce protocole s'applique aussi pour les échanges sous forme papier.</li> <li>• Travaux d'interface avec ARIANE seront abordés dans le cadre du PRIE.</li> <li>• Participation aux travaux du partenariat SIGG et aux travaux provinciaux d'informatisation des RISPA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du SIGG en mode local.</li> <li>• Mise en place du plan régional d'informatisation du réseau en Estrie (PRIE).</li> <li>• Mise en place d'un formulaire informatisé de demande de services dans le cadre de la phase 1 du PRIE.</li> </ul>
<p><b>Gestion de cas</b></p> <p>Compléter l'implantation selon le nombre requis. Nombre requis en fonction de la population 2005 = 46,9</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocations financières : 36,7, soit 80 % du requis.</li> <li>• Écart entre les ressources consenties et le requis : 10,2.</li> <li>• Nombre en place : 32,4.</li> <li>• La fonction de gestion de cas en regard de la coordination des services est en place et se développe.</li> </ul>	<p>Disponibilité des ressources financières</p>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p><b>Équipes locales</b></p> <p>Soutenir au besoin les travaux du DRMG et des CSSS concernant l'organisation des soins à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaux en cours menés par le DRMG : implication et rôle des médecins de famille au niveau du RISPA, en lien avec l'organisation des services médicaux aux personnes âgées en perte d'autonomie; systèmes de garde.</li> <li>• La nouvelle forme de gouverne reliant les établissements et les cabinets privés suppose une équipe de médecins de famille intégrée et un partage de garde en disponibilité.</li> <li>• La complémentarité et l'interdépendance clinique entre le gestionnaire de cas, les médecins de famille et les équipes locales est à développer et à consolider.</li> <li>• L'apport des équipes spécialisées est souhaitée afin de soutenir ponctuellement les équipes locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils cliniques partagés</li> <li>• Mise en place des PSI</li> <li>• Circulation de l'information</li> <li>• Proximité géographique entre les équipes des CSSS et les médecins de famille.</li> </ul>

**2.2 Partager des outils communs tels l'OEMC, PSI et suivis systématiques afin de favoriser une approche transversale avec les autres programmes-services concernés, plus particulièrement la santé publique, la santé physique, la santé mentale, la déficience physique et la déficience intellectuelle.**

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'associer aux travaux concernant le partage des outils communs.</li> <li>• Partager l'expertise développée dans le cadre du programme-services PALV.</li> <li>• S'associer aux travaux portant sur les suivis systématiques concernant les clientèles avec maladies chroniques.</li> <li>• Soutenir au besoin des travaux de mise en place d'une interface entre les CSSS et le CNDE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'OEMC est implanté dans le programme-services PALV. L'OEMC est considéré dans d'autres programmes-services et est utilisé dans certains cas.</li> <li>• Adoption d'un cadre de référence régional concernant le plan de services individualisé. Les travaux concernant sa mise en œuvre sont en cours.</li> <li>• Des travaux sont en cours concernant les maladies chroniques (MPOC, santé cardiovasculaire, cancer) et s'adressent aussi aux clientèles vieillissantes souvent atteintes de maladies chroniques.</li> <li>• Un projet d'informatisation des réseaux locaux de l'Estrie, le PRIE, est en voie de réalisation. Les travaux visent une plate-forme d'échange d'informations cliniques.</li> <li>• Les orientations de santé publique sont définies et s'arriment avec les programmes-services dont le PALV</li> <li>• Les liens entre les CSSS et le CNDE sont à développer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision commune des outils cliniques.</li> <li>• Plan de coordination régionale.</li> <li>• Mise en place d'un formulaire informatisé de demande de services.</li> <li>• Réalisation du PRIE.</li> </ul>

**TROISIÈME ORIENTATION : LA QUALITÉ – des services et des milieux qui répondent à de hauts standards de qualité**

L'amélioration continue de la qualité doit être une préoccupation constante pour tous les acteurs qui interviennent auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches

**3.1 Transformer l'offre de service de courte durée, en fonction de sa mission, afin de l'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.**

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<p>S'assurer de la réalisation du plan d'action régional suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la formation-réseau du personnel en courte durée aux problèmes médicaux et psychosociaux reliés au vieillissement.</li> <li>• S'assurer de l'adaptation des lieux d'accueil en courte durée pour améliorer les services aux clientèles vieillissantes et leurs proches.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une proportion importante de personnes âgées de 75 ans ou plus ont recours aux services de courte durée.</li> <li>• Près de 3 personnes âgées sur 10 (32 % des hommes et 26 % des femmes) sont hospitalisées annuellement pour des soins de courte durée en centre hospitalier.</li> <li>• Environ 52 % des jours-présence en centre hospitalier sont occupés par des personnes de 65 ans et plus.</li> <li>• Un plan d'action a été élaboré en lien avec les travaux du CCNU et est en voie d'implantation.</li> <li>• Une étude a été réalisée portant sur le processus de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au CHUS – Diagnostic et plan d'action 2003. Cette étude propose une série de recommandations pertinentes à implanter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision commune du maintien et de la récupération de l'autonomie fonctionnelle des personnes, qu'elles soient maintenues à domicile, qu'elles vivent un épisode de soins aigus en courte durée, ou un épisode d'urgence ou de réadaptation, ou qu'elles soient hébergées.</li> <li>• Concertation régionale.</li> <li>• Utilisation optimale de services gériatriques.</li> <li>• Interface ARIANE / SIGG</li> <li>• Participation de l'utilisateur et de ses proches à toutes les étapes du processus.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'amélioration continue des délais de transfert vers les autres services (CHSLD, URFI, UCDG).</li> <li>• S'assurer de l'implantation d'une planification conjointe avec les CSSS d'un congé rapide dans le continuum des services de la courte durée.</li> </ul>	<p>La politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement est en application et donne des résultats positifs en général. Notons une situation particulière dans le territoire de Sherbrooke qui est gérée par les directions générales concernées.</p> <p>Le processus d'assurance qualité en regard de l'OEMC est à implanter dans la plupart des établissements. On doit s'assurer, dans le cas des demandes d'hébergement, que l'état de santé de l'utilisateur soit relativement stable, que l'OEMC soit complété (au complet).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer le développement de services pouvant répondre aux besoins comme la réadaptation à domicile, convalescence lourde, etc. Cependant, les besoins doivent d'abord être documentés et analysés.</li> <li>• Mieux documenter les caractéristiques des personnes de moins de 65 ans avec profil gériatrique ainsi que les clientèles émergentes.</li> <li>• Concertation CHUS-CSSS et CSSS-IUGS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'implantation du PRISMA 7 dans tous les services de courte durée.</li> </ul>	<p>L'OEMC et le PRISMA 7 sont en voie d'implantation.</p>	<p>Implication des services de première ligne dès l'arrivée du client.</p>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'implantation du SMAF imagé dans les services hospitaliers.</li> </ul>	Le SIGG est implanté dans certains services de courte durée.	Interface Ariane / SIGG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'implantation du mécanisme de liaison et de prise en charge conjoint CHUS-CSSS de la clientèle dépistée.</li> </ul>	Le protocole de liaison CHUS-CLSC a été mis à jour.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer d'une amélioration des délais de consultation à l'équipe gériatrique. Préciser un résultat à atteindre.</li> </ul>	Des services de consultation gériatrique et géronto-psychiatrique sont disponibles au CHUS et déconcentrés au Granit et dans le Memphrémagog.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la « formalisation » du travail d'équipe : équipe gériatrique, médecin de famille et gestionnaire de cas.</li> </ul>	Des travaux de concertation cliniques sont en cours dans plusieurs MRC. L'implantation de l'équipe locale élargie est à compléter.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la définition et de l'implantation d'un cheminement clinique optimal d'un usager en perte d'autonomie liée au vieillissement en courte durée afin d'atteindre un objectif de durée moyenne de séjour adéquate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les éléments ci-haut mentionnés.</li> <li>• La présence de clientèle en besoin de services de convalescence lourde dans les lits de la courte durée, à défaut de disponibilité d'autres services.</li> <li>• Demande importante en regard de chirurgie pour prothèses de hanche ou pour prothèse de genou.</li> <li>• Données concernant la durée moyenne de séjour à documenter par pathologie, par tranche d'âge, etc.</li> </ul>	

### 3.2 Mettre en place un programme d'assurance qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté.

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer, en collaboration avec les instances locales de la région de l'Estrie, des standards de qualité communs aux fournisseurs de services liés aux réseaux locaux de services.</li> <li>• S'assurer de la reconnaissance des « fournisseurs de services » comme des acteurs dans les réseaux locaux de services.</li> <li>• S'assurer de l'accès aux services par le biais d'ententes convenues avec les fournisseurs de services.</li> <li>• S'assurer de la détermination de contributions attendues et convenir des standards de qualité dans les ententes avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les autres ressources privées du territoire, notamment les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie.</li> </ul>	<p><b>À la suite d'une plainte relative à l'accessibilité et à la qualité des services de maintien à domicile d'usagers, la Protectrice a émis des recommandations à l'établissement dont une visait aussi l'Agence, soit</b> développer une alliance avec l'Agence, pour prendre les mesures appropriées en vue d'établir des standards de qualité communs à tous les fournisseurs de services.</p> <p>Cette recommandation nous permet d'introduire une réflexion globale sur les standards communs de qualité à exiger des fournisseurs de services, sur les contenus des ententes prévues dans les réseaux locaux et sur la compréhension de la responsabilité et de l'imputabilité des parties aux ententes de services avec les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale.</p> <p>En suivi de cette recommandation, la Commissaire régionale à la qualité des services propose une démarche visant à assurer la qualité des services rendus par des partenaires externes à un établissement.</p> <p>Les établissements ont recours à des partenaires externes pour compléter l'offre de services à leurs usagers. Cette offre de service est généralement traduite par un plan d'intervention ou un plan de services et les « partenaires externes » (organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, ressources privées, etc.) deviennent ainsi des fournisseurs de services vers lesquels on oriente les usagers.</p> <p>Reprenant la recommandation sous l'angle des parties impliquées et de leurs intérêts, on reconnaît l'importance de convenir de la responsabilité contractuelle découlant d'une entente et de l'imputabilité des parties à l'entente. L'instance locale est responsable de l'organisation des services aux usagers et les « fournisseurs » sont imputables de rendre les services aux usagers.</p>	<p>Concertation régionale.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer la pertinence d'adopter un programme régional d'appréciation de la qualité en résidences privées d'hébergement, en concordance avec l'adoption du projet de loi 83. Le cas échéant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaborer une démarche concertée pour apprécier la qualité des services offerts.</li> <li>- Produire un bottin des résidences ayant participé à la démarche d'appréciation de la qualité.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'un programme d'appréciation de la qualité en région depuis que la FADOQ – Estrie a cessé l'opérationnalisation du programme Roses d'Or.</li> <li>• En attente de l'adoption du projet de loi 83 pour actualiser le plan d'action pour la mise en place d'un mécanisme de certification et pour l'adoption d'un programme d'appréciation de la qualité.</li> </ul>	<p>Directives claires du MSSS suite à l'adoption du projet de loi 83.</p>

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser un plan pour actualiser une formation pour le personnel sur l'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD.</li> <li>• Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de formation.</li> </ul>	<p>Certains établissements ont diffusé divers programmes de formation à leur personnel au cours des dernières années; ces programmes visent entre autres à améliorer la qualité des services rendus aux personnes hébergées en CHSLD.</p>	<p>Élaboration du programme de formation complété par le MSSS.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les directions d'établissements aux rôles et responsabilités des comités d'usagers.</li> <li>• Faire connaître les modifications apportées par le projet de loi 83.</li> </ul>	<p>La notion de « comité des usagers » est présente dans la LSSSS depuis 1981, on parlait alors de « comité des bénéficiaires ». Ce comité est obligatoire dans les établissements présentant un milieu de vie pour les usagers. Les fonctions ont toujours été sensiblement les mêmes, mais depuis 1991, le volet « droits des usagers » a été renforcé. En 1998, la Régie a distribué une trousse d'information à l'intention des comités des usagers. La Trousse est toujours disponible pour emprunt au Centre de documentation de l'Agence. Depuis, l'Agence répond aux demandes ponctuelles des différents comités et leur offre conseil et support au besoin.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter un cadre de référence régional concernant les résidences privées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe actuellement peu de balises permettant d'assurer un milieu de vie sécuritaire et des services de qualité aux résidents.</li> <li>• Absence de règles régissant les liens de collaboration entre les CSSS et les résidences privées.</li> </ul>	<p>Collaboration essentielle de l'ensemble des partenaires concernés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre l'information sur les modifications apportées à la LSSSS en lien avec les fonctions de l'Agence reliées à l'identification et à la certification des résidences pour personnes âgées.</li> <li>• Élaborer un mécanisme régional concerté de certification des résidences. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Émettre les certificats de conformité en respect des critères sociosanitaires adoptés par le MSSS.</li> <li>- Identifier, dans le registre, les résidences pour personnes âgées ayant obtenu une certification.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence actuellement d'un processus de certification des résidences pour personnes âgées ou vulnérables.</li> <li>• Proposition d'un processus de certification dans le projet de loi 83 prévue au cours de l'année 2005.</li> <li>• Obligations pour les résidences de se conformer aux lois municipales en vigueur pour assurer la sécurité des milieux de vie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directives claires du MSSS suite à l'adoption du projet de loi 83.</li> <li>• Des ententes claires quant à l'utilisation des ressources privées (information aux intervenants, etc.).</li> <li>• Une responsabilité convenue des CSSS à l'endroit des personnes âgées qu'ils orientent vers des résidences privées certifiées.</li> <li>• Le suivi par l'Agence du processus de certification (recommandations, évaluation, renouvellement).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir la réalisation des travaux de rénovation fonctionnelle des CHSLD visés afin d'éliminer les chambres occupées par plus de deux personnes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe aucun lit d'hébergement en milieu de courte durée.</li> <li>• Il existe 32 chambres à occupation multiple dans 3 installations de soins de longue durée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir les budgets nécessaires à la réalisation des travaux.</li> <li>• Atteindre les cibles visées concernant le taux d'hébergement institutionnel.</li> </ul>

**Autres travaux**

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle par les établissements.</li> <li>• S'assurer de l'utilisation d'un outil standardisé de collecte de données.</li> <li>• S'assurer de la participation au programme de formation national sur les mesures de remplacement (automne 2006)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une personne répondante dans chacun des établissements.</li> <li>• 11/15 établissements ont un protocole d'application des mesures qui a été adopté par leur conseil d'administration; 4 établissements sont en cours de réalisation.</li> <li>• Diffusion du cahier de directives du MSSS sur la certification du matériel de contention.</li> <li>• En attente du MSSS quant aux lignes directrices sur la notion de substance chimique en tant que mesure de contrôle.</li> <li>• En attente du MSSS quant à l'outil standardisé de collecte de données.</li> </ul>	<p>Travaux à compléter par le MSSS.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'application du plan triennal 2005-2008 en traumatologie, notamment au niveau de la diminution de délais d'attente avant la chirurgie des fractures de la hanche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un plan directeur régional 2005-2008 a été mis à jour au 31 mars 2005, après consultation auprès du réseau de traumatologie.</li> <li>• Des ententes sont à être élaborées afin de diminuer les délais d'attente des personnes âgées avec fracture de la hanche avant la chirurgie.</li> <li>• Les ententes visent à ce que les personnes âgées reçoivent rapidement les soins aigus requis et que la continuité des soins soit effectuée dans le centre hospitalier de provenance de l'utilisateur (lorsque possible).</li> </ul>	<p>Collaboration du réseau afin de diminuer tous les délais.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que les établissements se conforment aux obligations légales liées à la gestion des risques et de la qualité :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de gestion des risques;</li> <li>- Politique de divulgation à l'utilisateur;</li> <li>- Constitution d'un registre local des incidents/accidents;</li> <li>- Sollicitation de l'agrément d'ici le 19 décembre 2005.</li> </ul> </li> <li>• S'assurer de l'application de la politique de transfert inter-établissements liée à la prévention des infections.</li> <li>• S'assurer de la présence d'une infirmière en prévention des infections selon le ratio 1/250 lits CHSLD.</li> <li>• Diffuser le babillard de gestion des risques auprès des intervenants de la région.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une personne répondante nommée dans chacun des établissements.</li> <li>• En conformité avec le projet de loi 113, présence d'un comité de gestion des risques dans 11 établissements publics sur 15. De plus, 10 établissements sur 15 ont adopté une politique de divulgation de tout accident. Enfin, 12 établissements sur 15 ont constitué un registre local des incidents / accidents.</li> <li>• 5 établissements sur 15 ont déjà été agréés. Les 10 autres établissements ont débuté les démarches de sollicitation de l'agrément ou sont en cours d'agrément.</li> <li>• Création d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales à l'automne 2004.</li> <li>• Élaboration et diffusion d'une politique de transfert interétablissement incluant le préhospitalier.</li> <li>• Création d'un babillard de gestion des risques.</li> </ul>	

Actions régionales	État de situation en Estrie	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire le Protocole de traitement des plaintes dans une démarche d'information et de sensibilisation auprès du réseau, des organismes concernés ainsi que des propriétaires de résidences privées d'hébergement.</li> </ul>	<p>À son adoption, en 1996, il avait donné lieu à un lancement officiel ainsi qu'à une formation auprès de certains intervenants.</p> <p>Le protocole est peu connu en Estrie (moins de 40 plaintes en 5 ans). De plus, la finalité et les limites du protocole méritent d'être expliquées à tous les partenaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le regroupement des partenaires (CSSS, propriétaires de résidences, municipalités, etc.).</li> <li>Un mécanisme de traitement des plaintes connu des propriétaires de résidences privées et des intervenants du réseau (tournée d'information, etc.).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire les visites des CHSLD, RI et RTF dans un processus d'amélioration continue.</li> <li>Procéder à une analyse systématique des résultats.</li> <li>S'assurer la réalisation des mesures identifiées aux plans d'action de chaque établissement sur la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD.</li> <li>Assurer le suivi du plan d'action sur la qualité du milieu de vie en CHSLD.</li> </ul>	<p>L'appréciation générale des établissements portent sur l'ensemble des perceptions de trois groupes rencontrés (résidents, comités-établissement et employés), sur les informations transmises par la direction de l'établissement et sur les observations réalisées par l'équipe de visite.</p> <p>Les perceptions des groupes sont différentes. Les directions d'établissement affirment que les objectifs énoncés dans les orientations ministérielles sont rencontrés ou en voie de l'être, tandis que les résidents estiment que les objectifs sont en partie ou peu rencontrés.</p> <p>Les équipes de visite considèrent que près de 20 % des établissements satisfont aux caractéristiques d'un milieu de vie de qualité, 25 % les rencontrent en majorité, que pour 55% des établissements, les objectifs sont en partie ou peu rencontrés. En Estrie, 5 installations de CHSLD ont été visitées.</p> <p>Plan d'action qualité du milieu de vie en CHSLD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Au total, 22 mesures à réaliser en 2004-2005;</li> <li>Parmi les actions qui devaient être réalisées en lien avec ces 22 mesures : 60 % ont été réalisées; 31 % sont en cours de réalisation et 9 % sont non amorcées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'engagement des directions générales et des conseils d'administration à faire de la qualité des services une priorité organisationnelle.</li> <li>Le soutien clinique et administratif assuré au personnel des CHSLD, des RI et des RTF.</li> <li>Des suivis systématiques et l'intégration des recommandations aux ententes de gestion entre les établissements et l'Agence.</li> <li>Soutenir adéquatement les établissements dans la réalisation des mesures prévues au plan d'action.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre notre association avec le milieu de la recherche afin de promouvoir le développement de services dans la communauté et le développement d'interventions.</li> <li>Promouvoir le transfert des connaissances.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'Agence et les intervenants de la région collaborent avec les chercheurs PRISMA depuis de nombreuses années. Les résultats des recherches ont des retombées positives, tant au niveau de la gestion qu'au niveau clinique.</li> <li>Les travaux PRISMA-Estrie seront complétés au cours de la prochaine année et les résultats seront diffusés dans un prochain colloque PRISMA à l'automne 2006.</li> </ul>	



# **Les annexes**

**Voici quelques événements marquants concernant l'historique de cette mise en réseau de services :**

- 1996 : Adoption par le CA de la RRSSE du « Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées », dans le cadre du plan de transformation du réseau. La personne âgée est vue comme étant « utilisatrice » d'un réseau de services plutôt qu'une « clientèle captive » d'un établissement. On y retrouve une approche par MRC avec responsabilisation locale au niveau de la santé et du bien-être de sa population et une responsabilité en regard de la mobilisation de ses partenaires. Les PLOS ont par la suite été élaborés au niveau de chacune des sept MRC et ont donné lieu à des travaux concertés. Plusieurs MRC se concertent encore aujourd'hui afin de poursuivre la mise en œuvre des PLOS.
- 1998 : Adoption par le CA de la RRSSE des « Orientations concernant les services aux personnes âgées » afin de cibler 25 recommandations en lien avec le PROS. La mise en réseau de services dans toutes les MRC est ciblée. Il est entendu que chaque MRC définira son propre modèle en tenant compte de ses spécificités. Des incontournables sont identifiés : système de triage commun, approche par gestion de cas, plan de services individualisé (PSI).
- 1998 : Implantation de l'OEMC au niveau des services destinés aux adultes et personnes âgées à domicile.
- 1999 : Intensification des travaux du Comité local de concertation de la MRC de la Région-Sherbrookoise.
- 1999-2000 : Activités de concertation dans l'ensemble des MRC contribuant à l'émergence des réseaux.
- 2000 : Partenariat avec le Centre de recherche de l'IUGS : PRISMA Estrie. En plus de la RRSSE, les organisations de trois territoires (Granit, Coaticook, Sherbrooke) s'inscrivent comme partenaires. Ces territoires représentaient 63 % du poids démographique de l'Estrie.
- 2000 : Partenariat avec les régies régionales de MCQ et de Québec, ainsi que du Centre d'expertise en géro-geriatrie de l'IUGS dans le cadre du développement d'un dossier clinique informatisé pour soutenir le travail en réseau de services (SIGG), en attendant l'OEMC informatisé du MSSS. Le partenariat est toujours actif à ce jour. La région de Québec n'en fait plus partie alors que celles de la Montérégie et de l'Outaouais se sont ajoutées.
- 2000 : Décentralisation du mécanisme régional d'admission avec mise en place d'un comité d'accès dans chacun des RISPA, afin de les rapprocher des guichets uniques et de favoriser l'approche populationnelle.
- 2000 : Opération évaluation des clientèles hébergées (CHSLD, RI, RTF) avec le système de classification des profils iso-SMAF en remplacement du CTMSP. Les résultats permettent de soutenir l'organisation des services et la budgétisation. Cette évaluation est maintenant répétée sur une base annuelle.
- 2000-2001 : Implantation de l'OEMC complétée au niveau des CHSLD, RI, RTF et établissements régionaux.
- 2001 : Allocations financières en hébergement à partir des profils iso-SMAF et l'intégration de facteurs de pondération adaptés aux profils iso-SMAF dans la répartition budgétaire favorisant l'équité entre les MRC.
- 2001 : Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et développement de cette offre de service pour la clientèle en perte d'autonomie.

- 2002 : Mise en place du comité d'orientation dans la Ville de Sherbrooke visant à revoir l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie de la MRC. Cette démarche est soutenue par la RRSSE.
- 2002 : Adoption de l'OEMC comme système d'évaluation unique au niveau provincial. Déploiement au niveau des établissements régionaux et dans les CHSLD de la région. L'OEMC était déjà implanté en CLSC.
- 2002 : Début du déploiement de SIGG en Estrie reliant les intervenants des RISPA (établissements locaux et régionaux).
- 2002 : Création de l'outil du PRISMA 7 (outil de détection des personnes à risque de perte d'autonomie) par l'équipe de recherche PRISMA à la demande des partenaires de l'Estrie, et début du déploiement dans la région.
- 2002 : Les modifications législatives introduites par le MSSS conféraient aux agences l'obligation de constituer et de mettre à jour annuellement un registre des résidences pour personnes âgées avec services en Estrie.
- 2002-2003 : Au cours de l'année, l'Agence a statué sur la reconnaissance régionale de 20 lits d'hébergement pour profils spécifiques au CLSC de Sherbrooke – IUGS. Par la même occasion, le conseil d'administration statuait que les 60 lits de la Maison Blanche de North Hatley soient reconnus pour la clientèle en santé mentale et que trois RI aient une reconnaissance régionale pour la clientèle en santé mentale. Suivant ces décisions, de nouvelles dispositions sont mises en place pour mieux orienter les demandes d'hébergement en CHSLD ou en RI des clientèles présentant des problématiques de santé mentale.
- 2002-2004 : En 2001, le vérificateur général du Québec a effectué une vérification de l'optimisation des ressources dans les services d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans quatre régions régionales dont l'Estrie, et onze CHSLD et a déposé son rapport en mai 2002. Un plan d'action en suivi au rapport du vérificateur général était déposé auprès des CLSC-CHSLD de la région et un bilan des actions réalisées en lien avec le plan d'action était dressé en 2003. En 2004, les établissements ont été invités à valider les informations contenues au document synthèse et à faire état des modifications ou des actions réalisées depuis le dépôt du projet de rapport du vérificateur général.
- 2003 : Mise en place d'un nouveau modèle de gouverne dans la Ville de Sherbrooke suite aux travaux du comité d'orientation :
  - entente stratégique entre le CLSC de Sherbrooke, le CHSLD Estriade et l'IUGS;
  - comité stratégique du RISPA;
  - comité de gestion du programme PAPA et le maintien du mécanisme de concertation locale;
  - transfert et consolidation d'activités de première ligne au CLSC (ex : centre de jour, gestion des ressources de type familial et intermédiaires);
  - intégration CHSLD Estriade et IUGS.
- 2003 : Déploiement de la nouvelle version de l'OEMC.
- 2003 : Adoption de la politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement visant à diminuer tous les délais d'attente.
- 2003 : Diffusion du document ministériel « Chez soi : le premier choix- La politique de soutien à domicile »;
  - des services adaptés : un soutien personnalisé;
  - gérer efficacement : un partage clair des responsabilités;
  - travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile.

- 2003 : Diffusion des orientations ministérielles sur la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD.
- 2003 : Adoption de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives. Ces modifications législatives imposent au personnel des CSSS une responsabilité supplémentaire de formation et de supervision des personnes ayant l'autorisation de faire certains actes autrefois réservés au personnel professionnel.
- 2004 : Diffusion du document « Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix ».
- 2004 : Adoption par le CA de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie d'un plan d'action régional sur la qualité des milieux de vie pour les personnes hébergées en CHSLD.
- 2004 : Intégration administrative de l'Estriade et de l'IUGS.
- Visites d'appréciation des milieux de vie en CHSLD et suivi des plans d'action locaux des établissements.
- 2004-2005 : Pour donner suite aux Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001) et à la diffusion de la Politique de soutien à domicile (2003), une enveloppe budgétaire régionale est rendue disponible pour développer ou soutenir l'offre de service aux personnes proches aidantes auprès de la clientèle personne âgée.

**En matière de prévention, les éléments historiques décisifs sont :**

- 1997 : Adoption par le CA de la RRSSSE du programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées (programme de prévention des chutes).
- 2002, 9 octobre : Adoption par le CA du RRSSSE du Programme régional intégré de services préventifs pour contrer les maladies du vieillissement. Approche par facteurs de risque des maladies chroniques (services et interventions de counselling sur les habitudes de vie dans les CLSC).
- 2003, 15 octobre : Adoption par le CA de la RRSSSE des plans d'action locaux et régional de santé publique précisant les activités à entreprendre ou à consolider eu égard aux fonctions de surveillance, de promotion, de prévention et de protection en matière de santé (dont certains éléments touchant plus particulièrement les personnes âgées).

<b>Les Orientations du MSSS - 2001</b>
--

<b>L'intégration des services</b>	<b>La gamme de services</b>	<b>La qualité des services</b>
<p><b><u>La composante organisationnelle :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un guichet unique</li> <li>• Un système d'évaluation des besoins</li> <li>• Un système de classification des besoins</li> <li>• Un système de communication</li> </ul> <p><b><u>La composante clinique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestion de cas</li> <li>• Une équipe locale</li> <li>• Des médecins de famille qui travaillent auprès des personnes âgées</li> <li>• Une équipe de gériatrie pour une intervention ponctuelle et spécialisée</li> </ul> <p><b><u>La composante administrative :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mécanismes de concertation</li> <li>• Un budget « Personnes âgées en perte d'autonomie »</li> <li>• Un responsable de la gestion des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information – prévention – dépistage</li> <li>• Aide à la personne</li> <li>• Aide aux proches</li> <li>• Services professionnels de base, à domicile ou en établissement</li> <li>• Services spécialisés de géro-nto-gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation</li> <li>• Recours aux milieux substituts</li> <li>• Les soins palliatifs (soins de fin de vie)</li> </ul>	<p><b><u>La qualité des pratiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail en équipe multidisciplinaire</li> <li>• L'utilisation des technologies de l'information</li> <li>• Guides de pratique</li> <li>• Instances externes</li> <li>• Démarches d'agrément</li> </ul> <p><b><u>L'évolution des interventions :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recherche</li> <li>• Le développement professionnel continu</li> </ul> <p><b><u>L'évolution des milieux substituts :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation aux besoins de la clientèle</li> <li>• Aménagement des milieux</li> <li>• Alternatives à l'hébergement</li> </ul>

## LA GAMME DE SERVICES À DOMICILE <sup>41</sup>

### A - Les soins et les services professionnels

- \* les services médicaux;
- \* les soins infirmiers;
- \* les services de nutrition;
- \* les services de réadaptation de base : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie;
- \* les services d'inhalothérapie;
- \* les services psychosociaux;
- \* les services d'organisation communautaire.

À cette liste s'ajoute l'accès à des services de consultation (psychogériatrie et gériatrie) ainsi qu'aux services de réadaptation spécialisés et l'accès à un pharmacien en appui à l'équipe.

### B - Les services d'aide à domicile

- \* les services d'assistance personnelle : les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, etc.;
- \* les services d'aide domestique : l'entretien ménager, la préparation de repas, l'approvisionnement et les autres courses, l'entretien des vêtements, la lessive etc.;
- \* les activités de soutien civique : administrer le budget, remplir des formulaires administratifs, etc.;
- \* les services de popote, d'accompagnement, des visites d'amitié, etc.;
- \* l'assistance à l'apprentissage : activités d'entraînement et de stimulation aux activités personnelles et domestiques, au soutien aux activités occupationnelles, aux activités de réadaptation, etc.
- \* l'appui aux tâches familiales.

Ces services d'aide à domicile sont offerts par le CLSC, les organismes communautaires, les groupes bénévoles et les entreprises d'économie sociale dans le cadre du PEFSAD.

### C - Les services aux proches aidants

- \* la présence-surveillance;
- \* le répit;
- \* le dépannage;
- \* l'appui aux tâches quotidiennes;
- \* les services psychosociaux;
- \* les services d'organisation communautaire.

Ces services peuvent être offerts par les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les entreprises d'économie sociale, l'instance locale ou les ressources d'hébergement public ou non institutionnelles

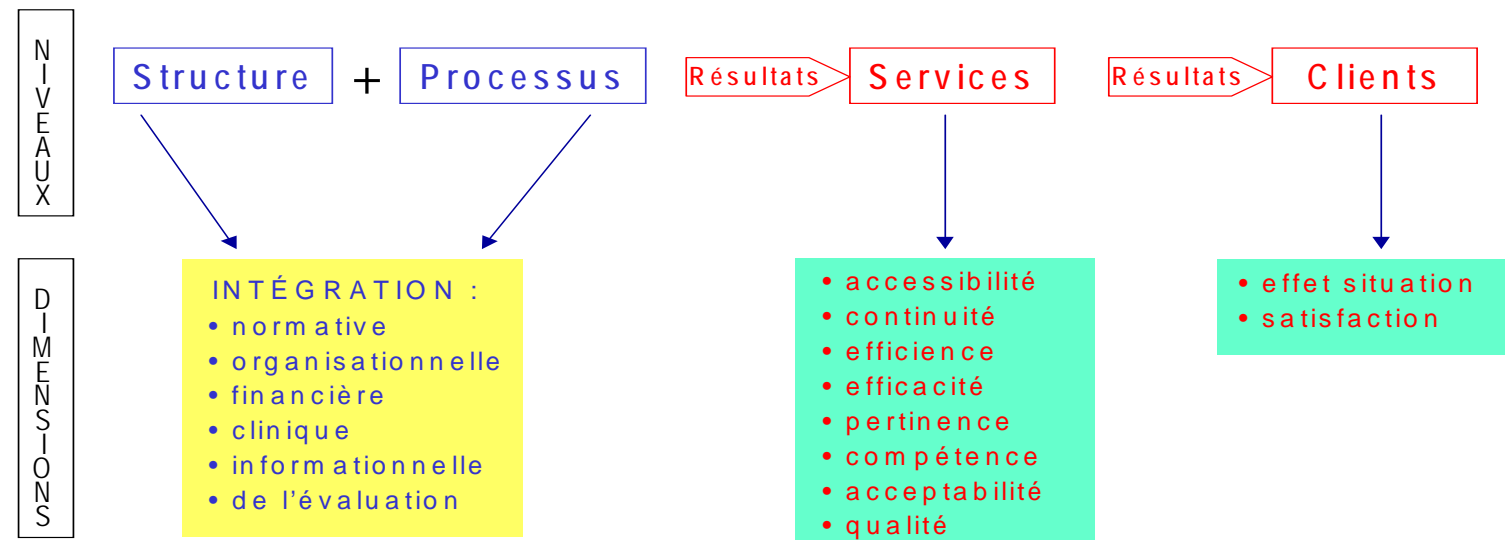
### D - Le support technique (les fournitures médicales, les équipements et les aides techniques nécessaires)

Il est à noter que l'accès aux services à domicile, qu'ils soient planifiés ou non, doivent être accessibles en tout temps (24/7) pour les clientèles qui le requièrent, plus particulièrement :

- les soins infirmiers, services d'inhalothérapie et de dépannage en situation d'urgence, les services médicaux et les services pharmaceutiques;
- le gardiennage ou présence surveillance doit être organisé selon un horaire qui convient aux proches aidants.

<sup>41</sup> MSSS, Chez soi le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile, p. 33

## CADRE D'ÉVALUATION DES RISPA



**Liste des indicateurs nationaux 2005-2006****Services dans le milieu**

Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)

Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie

**Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut**

Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD

Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD

**Liste des indicateurs régionaux 2005-2006****Services dans le milieu**

Gestionnaire de cas (nombre d'ETC gestionnaires de cas en fonction)

Nombre d'usagers recevant les services d'un gestionnaire de cas par les CSSS

Montants versés en allocations directes aux personnes en perte d'autonomie

Nombre de proches aidants de sexe féminin différents ayant reçu une ou des interventions individuelles d'évaluation ou de démarche

Nombre de proches aidants de sexe masculin différents ayant reçu une ou des interventions individuelles d'évaluation ou de démarche

Nombre d'interventions individuelles auprès de proches aidants de sexe féminin

Nombre d'interventions individuelles auprès de proches aidants de sexe masculin

Dénominateur : nbre d'interventions individuelles auprès de proches aidants de sexe féminin

Dénominateur : nbre d'interventions individuelles auprès de proches aidants de sexe masculin

Montants versés en allocations financières aux proches aidants de sexe féminin

Montants versés en allocations financières aux proches aidants de sexe masculin

Centre de jour du Haut-Saint-François

**Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut**

Taux d'hébergement institutionnel (CHSLD)

Numérateur : nbre de lits permanents au permis en hébergement en CHSLD

Dénominateur : population de 65 ans et plus

Taux d'hébergement non institutionnel (RI et RTF)

Numérateur : nbre de places en RI et nbre de places en RTF

Dénominateur : population de 65 ans et plus

Proportion des places en hébergement non institutionnel (RI et RTF)

Proportion des nouveaux usagers admis en CHSLD ayant un profil iso-SMAF égal ou supérieur à 10

Numérateur : nbre de nouveaux usagers admis en CHSLD ayant un profil iso-SMAF égal ou supérieur à 10

Dénominateur : nbre de nouveaux usagers admis en CHSLD (tous les profils confondus)

Proportion de nouveaux usagers hébergés en RI présentent un profil égal ou supérieur à 5

Délai moyen d'attente à l'admission en CHSLD (en jours)

Numérateur : nbre total de jours d'attente entre la date d'orientation et la date d'admission des nouveaux usagers en CHSLD

Dénominateur : nbre de nouveaux usagers hébergés en CHSLD depuis le début de l'année financière

Délai moyen d'attente à l'admission en RI (en jours)

Numérateur : nbre total de jours d'attente entre la date d'orientation et la date d'admission des nouveaux usagers en RI

Dénominateur : nbre de nouveaux usagers hébergés en RI depuis le début de l'année financière

Délai moyen d'attente à l'admission en RTF (en jours)

Numérateur : nbre total de jours d'attente entre la date d'orientation et la date d'admission des nouveaux usagers en RTF

Dénominateur : nbre de nouveaux usagers hébergés en RTF depuis le début de l'année financière

### **Services spécialisés**

Nombre de consultations offertes par les services gériatriques externes

### **Plan d'action régional 2004-2007 sur la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD**

Bilan des actions prévues au plan d'action régional (mesures réalisées, mesures en cours de réalisation, mesures non amorcées).

## Les intrants ministériels au projet clinique - Interface avec les autres programmes

Programme « perte d'autonomie liée au vieillissement »	Santé publique	Santé physique	Activités communautaires	Personnes handicapées	Financement et équipement	Services sociaux généraux	Intersectoriel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien pour la personne et ses proches aidants pour une offre de service clarifiée et connue de la population.</li> <li>• Déterminer l'offre de service de longue durée.</li> <li>• Repositionner le rôle du CHSLD en lui attribuant des fonctions spécifiques quant à l'hébergement, les soins en fin de vie, des soins post-hospitaliers.</li> <li>• Déterminer des critères d'accès aux services et aux soins de longue durée en relation avec les profils de perte d'autonomie.</li> <li>• Augmenter le nombre de personnes recevant des services dans la communauté.</li> <li>• Augmenter l'intensité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie pour leur offrir une réponse adaptée à leur besoin.</li> <li>• Compléter la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie.</li> <li>• Agir précocement, selon des standards de pratique reconnus pour réduire la dépendance, auprès des personnes.</li> <li>• Assouplir et harmoniser les programmes et les mesures d'aide financière au soutien à domicile (PEFSAD, allocation directe, crédits d'impôt).</li> <li>• Amorcer un programme de formation destiné aux membres de CA, aux directeurs généraux, au personnel d'encadrement, au personnel travaillant dans les établissements ayant une mission de CHSLD, ainsi qu'au personnel des équipes de soutien à domicile, et assurer le suivi de la mise en œuvre.</li> <li>• Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté pour ce qui est des services communs aux femmes et aux hommes et de ceux qui leur sont spécifiques.</li> <li>• Mettre en place un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées pour personnes âgées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanter des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile.</li> <li>• Donner accès aux aliments sains en ayant la capacité de se rendre aux points de vente et être capable de préparer leurs repas.</li> <li>• Contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées.</li> <li>• Maintenir l'accessibilité financière aux médicaments en tenant compte de la capacité de payer des personnes.</li> <li>• Favoriser l'utilisation optimale des médicaments.</li> <li>• Rendre disponible aux cliniciens de première ligne un port-folio pour la détection précoce et le dépistage de l'hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées, ainsi que pour le traitement des femmes et des hommes atteints.</li> <li>• Amorcer un programme de formation destiné aux membres de CA, aux directeurs généraux, au personnel d'encadrement, au personnel travaillant dans les établissements ayant une mission de CHSLD, ainsi qu'au personnel des équipes de soutien à domicile, et assurer le suivi de la mise en œuvre.</li> <li>• Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté pour ce qui est des services communs aux femmes et aux hommes et de ceux qui leur sont spécifiques.</li> <li>• Mettre en place un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées pour personnes âgées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les services spécialisés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie qui doivent être accessibles dans chaque région, dans les domaines suivants : gériatrie, réadaptation, santé mentale et maladies neurodégénératives.</li> <li>• Définir un protocole de repérage de la perte d'autonomie ou du risque de perte d'autonomie à être utilisé par les centres hospitaliers à l'urgence ainsi qu'à l'admission afin que les médecins et les autres professionnels de la santé adaptent toutes leurs interventions ultérieures au profil de besoins de la personne.</li> <li>• Définir des standards de pratique médicale et hospitalière reconnus.</li> <li>• Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes recevant des services à domicile, de même que l'intensité des services et le nombre de lits destinés à cette fin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dont la mission est orientée vers des activités de prévention, des services de soutien à domicile ou d'intégration sociale pour les personnes âgées en perte d'autonomie afin d'assurer la continuité et l'efficacité des services offerts à cette clientèle.</li> <li>• Élaborer un cadre de gestion sur le soutien communautaire dans le logement social avec la Société d'habitation du Québec.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assouplir et harmoniser les conditions et les critères d'accès aux programmes d'aides techniques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déposer un plan global d'intervention immobilière dans un horizon de cinq ans, après avoir reçu les recommandations des agences de santé et de services sociaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle des personnes hébergées en CHSLD par l'application des mécanismes prévus dans les orientations ministérielles et le plan d'action.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SHQ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider le Programme d'adaptation de domicile permettant de réaliser, le plus rapidement possible, l'adaptation du domicile des personnes âgées en perte d'autonomie afin d'assurer leur maintien ou leur retour dans un domicile adapté à leurs besoins spécifiques, évitant ainsi le recours à un milieu de vie substitut.</li> <li>• Augmenter l'accès au logement en vertu du programme Accès-Logis Québec, ainsi que le nombre de subventions « supplément au loyer » disponible pour les aînés.</li> <li>• Élaborer un cadre de gestion sur le soutien communautaire dans le logement social avec la Société d'habitation du Québec.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>MESS, MFACF et RAMQ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmonisation et simplification des modalités de contribution financière des usagers, quelques soient les milieux de vie ou les milieux de soins.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>MEQLS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement-Recherche</li> <li>• Assurer la complémentarité des activités d'enseignement et de recherche.</li> <li>• Mettre en place les conditions nécessaires pour que les établissements universitaires œuvrant en gérontologie et en gériatrie augmentent leurs activités de recherche touchant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie ou qui risquent de le devenir et réalisent des activités permettant le transfert effectif des connaissances aux personnes travaillant auprès des aînés dans le réseau de la santé et des services sociaux.</li> </ul>

## RÉSUMÉ DES ACTIONS RÉGIONALES

### **PREMIÈRE ORIENTATION : L'ACCESSIBILITÉ – accessibilité à des arrangements diversifiés de services et de logements**

**1.1 Adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la politique de soutien à domicile : *Chez soi : le premier choix* et assurer l'optimisation des ressources à domicile en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes.**

#### Actions régionales

##### Le soutien à domicile et les services dans la communauté

- Développer un plan d'action afin de poursuivre l'implantation de la politique de soutien à domicile, plus particulièrement en regard de l'adaptation des services et de l'harmonisation des pratiques concernant la gestion de l'accès aux services.
- Développer un plan d'action afin d'établir le portrait des besoins de la population ciblée par les services à domicile PALV, incluant les clientèles émergentes, ainsi que le taux de réponse aux besoins à l'aide des profils iso-SMAF, en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes :
  - clientèle desservie
  - clientèle non rejointe
- S'assurer de l'adaptation de l'organisation des services par l'optimisation des ressources en fonction des résultats obtenus après la détermination des profils iso-SMAF en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes : critères d'admission, type de services couverts, type de ressources requises
- S'assurer de l'accessibilité à une gamme complète de services prévus dans le cadre de la politique de soutien à domicile, tout en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes et en considérant les priorités suivantes : l'aide à domicile, les services de réadaptation de base, le soutien aux proches
- Mettre en place un système performant d'évaluation continue des clientèles PALV à domicile, incluant les clientèles émergentes, en tenant compte des besoins différenciés des femmes et des hommes.
- Soutenir le renforcement du partenariat CSSS et entreprises d'économie sociale.
- Soutenir la concertation clinique et organisationnelle avec les organismes communautaires à vocation régionale pour une offre de service adaptée à la clientèle.

**1.2 Améliorer l'accès aux services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches.**

#### Actions régionales

##### Les services de santé publique

##### ➔ EN REGARD DE LA CLIENTÈLE ÉVALUÉE AU SEIN DU PALV :

Développer et, plus particulièrement, consolider dans les CSSS une *offre systématique* de services de santé publique auprès de la clientèle évaluée au sein du PALV. Ces services, notamment de prévention et de protection, reposent sur les recommandations du Programme national de santé publique et des plans d'actions locaux et régional. L'*offre systématique* doit comprendre :

- La prévention des chutes;
- La vaccination *contre le pneumocoque et contre l'influenza (selon les indications)*;
- Le dépistage du cancer du sein par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) pour les femmes de 50 à 69 ans;
- Le counselling sur les habitudes de vie notamment sur le tabagisme (ex. : offre de service des centres d'abandon tabagique (CAT) à la clientèle PALV).

##### ➔ EN REGARD DE LA CLIENTÈLE DU PALV MAIS AUSSI DES PERSONNES ÂGÉES :

Poursuivre le développement et consolider le programme de prévention des chutes en fonction du nouveau cadre de référence ministériel en la matière (*La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, Direction générale de la santé publique, novembre 2004).

Pour ce faire :

- Adapter et consolider l'offre de service des CSSS en regard du volet des interventions multifactorielles personnalisées;
- Développer et consolider :
  - Le volet des interventions médicales pour détecter et investiguer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque d'en faire une;
  - Le volet des interventions multifactorielles non personnalisées avec la collaboration des organismes communautaires (ex. : activités de marche et d'équilibre en groupe dans la communauté).

**→ EN REGARD DE LA CLIENTÈLE DU PALV MAIS AUSSI DES PERSONNES ÂGÉES (SUITE) :**

Renforcer les pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens de la 1<sup>ère</sup> ligne :

- Promouvoir les interventions relatives à la prévention des chutes;
- Promouvoir le counselling sur les habitudes de vie, notamment sur le non-usage du tabac (incluant l'offre de service des centres d'abandon tabagique);
- Promouvoir le PQDCS pour les femmes de 50 à 69 ans et le dépistage du cancer du sein pour les femmes de 70 ans et plus;
- Offrir le « portfolio HTA » aux milieux cliniques, notamment les GMF.
- Promouvoir la vaccination pour atteindre un taux de couverture vaccinale de 80 % chez les personnes âgées de 60 ans et plus.

**Les mauvais traitements**

- S'assurer de la mise en place d'une table sectorielle dans chaque MRC destinée à prévenir ou diminuer les mauvais traitements faits aux personnes âgées;
- S'assurer de l'élaboration d'un plan d'action régional visant à contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées;
- Soutenir le travail de la table régionale;
- S'assurer qu'il y ait élaboration dans chaque MRC d'un plan d'action visant à contrer les mauvais traitements envers les personnes âgées et ce, en complémentarité avec les actions de la table régionale.

**Les services spécialisés**

- Soutenir les travaux visant la mise en place d'un support ponctuel des services gériatriques, psychiatriques et géronto-psychiatriques aux médecins de famille et aux équipes locales de l'ensemble des MRC.
- S'assurer de l'élaboration d'un plan visant une utilisation optimale des services de consultation spécialisés gériatriques.
- S'assurer du transfert systématique des informations cliniques en mode électronique aux RISPA suite à un séjour dans les services régionaux gériatriques pour l'ensemble des usagers.
- Soutenir des travaux visant à déconcentrer de façon progressive certains services spécialisés dans toutes les MRC et en tenant compte des ressources disponibles.
- Soutenir les travaux concernant l'accès aux services pour des clientèles émergentes, plus particulièrement pour les clientèles avec maladies neurodégénératives ou avec problèmes psychiatriques et de santé mentale chez les clientèles vieillissantes.
- S'assurer de l'élaboration d'une programmation intégrée et adaptée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement en tenant compte de la gamme des services disponibles et ce, en concordance avec les nouvelles orientations ministérielles à venir au programme dépendance.
- S'assurer de l'élaboration d'une programmation intégrée et adaptée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement en tenant compte de la gamme des services disponibles et ce, en concordance avec les nouvelles orientations ministérielles à venir au programme déficience intellectuelle.

**Services de longue durée**

Le soutien à domicile et les services dans la communauté

- S'assurer du maintien du nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile par les CSSS en 2005.  
cible 2010 : 8 237
- S'assurer de l'augmentation du nombre moyen d'interventions à domicile reçues par les personnes âgées en perte d'autonomie.  
cible 2010 : 24                      -résultat atteint en 2004-2005 : 19,3                      -écart = 4,7
- S'assurer du développement et du rehaussement de l'offre de service aux proches.
- S'assurer de la communication à la population de l'offre de service aux proches existante.

### **Services de langue anglaise**

- S'assurer que l'offre de service en soutien à domicile et en hébergement soit conforme au programme d'accès en langue anglaise.
- Transmettre la liste de services spécialisés nommés au Programme d'accès en langue anglaise.
- Rendre disponible l'étude « Évolution de la situation démographique des communautés anglophones dans les Cantons de l'Est (2004) ».

### **L'hébergement institutionnel**

- S'assurer d'une amélioration de l'accès aux ressources d'hébergement non institutionnelles.
- S'assurer d'une augmentation de la proportion du nombre de places en hébergement non institutionnel par rapport à l'ensemble des places d'hébergement.
- Développer un plan d'action afin de s'assurer une offre de service en RI pouvant répondre aux clientèles avec profils iso-SMAF à 9 pour l'ensemble des clientèles de l'Estrie.

### **Les soins posthospitaliers<sup>42</sup>**

- S'assurer de l'élaboration de plans d'action locaux pour les soins posthospitaliers.
- S'associer à des travaux concernant la convalescence lourde en santé physique, au besoin.

### **Les services offerts en hébergement institutionnel**

- S'assurer du respect des normes d'accessibilité en CHSLD pour la clientèle en lourde perte d'autonomie, tel que précisé dans les orientations régionales sur les mécanismes d'accès à l'hébergement.
- S'assurer d'une intensité suffisante de services pour les personnes hébergées en CHSLD.
- Poursuivre le monitoring des indicateurs nationaux :
- Cibler un taux d'hébergement institutionnel égal ou inférieur à 3 % (3 lits par 100 personnes âgées) en 2010.
- Cibler un taux d'hébergement institutionnel égal ou inférieur à 2,5 % (2,5 lits par 100 personnes âgées en 2015).
- S'assurer de l'adaptation des modèles d'intervention aux clientèles hébergées (soins palliatifs, trouble cognitif, atteinte motrice, déficience intellectuelle ou physique, atteinte mixte, santé mentale, etc.) d'ici la fin de 2007, tel que précisé dans le plan d'action sur la qualité du milieu de vie en CHSLD.
- S'associer aux travaux concernant les soins palliatifs du programme-services en santé physique.
- S'assurer du respect des délais d'attente fixés à l'admission en CHSLD, en RI ou en RTF. Les cibles indiquées aux ententes de gestion sont des résultats attendus :
  - délai d'attente moyen (en jours) à l'admission :
    - en CHSLD : 25,4 jours
    - en RI : 33,8 jours
    - en RTF : 7,5 jours

## **1.3 Soutenir le développement d'alternatives à l'hébergement et de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possibles aux personnes en perte d'autonomie et leurs proches**

### **Actions régionales**

#### **Agir sur l'environnement : des logements diversifiés et adaptés aux besoins des aînés en perte d'autonomie**

- Soutenir l'émergence de nouveaux projets dans les territoires de CSSS en fonction des besoins de la population.
- Soutenir l'émergence de nouveaux projets *AccèsLogis*.
- Assurer la poursuite et l'amélioration de l'opération de mise à jour annuelle du registre des résidences pour personnes âgées avec services.
- Assurer la diffusion du registre aux principaux collaborateurs.

## **DEUXIÈME ORIENTATION : LA CONTINUITÉ : intégration des services**

### **2.1 Poursuivre l'amélioration du système et l'intégration des services entre l'ensemble des dispensateurs de services, incluant les médecins : le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au meilleur coût, sans dédoublement.**

#### **Actions régionales**

##### **Guichet unique**

- S'assurer que l'implantation du PRISMA 7, outil de dépistage en l'absence d'un SMAF connu, soit complétée, incluant tous les services de courte durée.
- S'assurer de la mise en place de la fonction « relance préventive » par les équipes des guichets uniques pour les clientèles qui le requièrent incluant une offre systématique de services de santé publique (ex : vaccination).

##### **Système intégré d'évaluation des besoins**

- S'assurer du maintien d'une banque de formatrices régionales accréditées
- S'assurer de la formation continue des utilisateurs et utilisatrices, selon le besoin
- Diffuser les outils ministériels complémentaires à venir (médical, PSI, Proches aidants, pertes cognitives) et s'assurer du programme de formation.
- S'assurer de la mise en place d'un processus continu d'appréciation de la qualité des OEMC, par les établissements, les CSSS et leurs différents partenaires, tout en tenant compte des précisions concernant l'évaluation des besoins et l'harmonisation des pratiques, tel que spécifié dans la politique de soutien à domicile.
- Poursuivre l'évaluation annuelle des clientèles en CHSLD publics et privés autofinancés, en RI et RTF.
- Implanter l'évaluation annuelle dans les CHSLD privés autofinancés.
- Élaboration d'un plan afin d'appliquer les profils iso-SMAF pour les clientèles à domicile.
- S'assurer que l'OEMC soit complété pour les usagers inscrits au PALV conformément à la circulaire ministérielle à cet effet et à la politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix.

##### **Système de communication**

- Élaborer un plan d'action en fonction des travaux ministériels à venir au regard de l'informatisation du RSIPA.
- Développer un interface avec le dossier clinique informatisé du CHUS (ARIANE).
- Soutenir les travaux favorisant la circulation de l'information avec les GMF.
- Poursuivre la participation aux travaux provinciaux et aux travaux du partenariat SIGG.

##### **Gestion de cas**

- Compléter l'implantation selon le nombre requis.

##### **Équipes locales**

- Soutenir au besoin les travaux du DRMG et des CSSS concernant l'organisation des soins à domicile

### **2.2 Partager des outils communs tels l'OEMC, PSI et suivis systématiques afin de favoriser une approche transversale avec les autres programmes-services concernés, plus particulièrement la santé publique, la santé physique, la santé mentale, la déficience physique et la déficience intellectuelle.**

#### **Actions régionales**

- S'associer aux travaux concernant le partage des outils communs.
- Partager l'expertise développée dans le cadre du programme-services PALV.
- S'associer aux travaux portant sur les suivis systématiques concernant les clientèles avec maladies chroniques.
- Soutenir au besoin des travaux de mise en place d'une interface entre les CSSS et le CNDE.

### **TROISIÈME ORIENTATION : LA QUALITÉ – des services et des milieux qui répondent à de hauts standards de qualité**

**L'amélioration continue de la qualité doit être une préoccupation constante pour tous les acteurs qui interviennent auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches**

#### **3.1 Transformer l'offre de service de courte durée, en fonction de sa mission, afin de l'adapter aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.**

##### **Actions régionales**

S'assurer de la réalisation du plan d'action régional suivant :

- S'assurer de la formation-réseau du personnel en courte durée aux problèmes médicaux et psychosociaux reliés au vieillissement.
- S'assurer de l'adaptation des lieux d'accueil en courte durée pour améliorer les services aux clientèles vieillissantes et leurs proches.
- S'assurer de l'amélioration continue des délais de transfert vers les autres services (CHSLD, URFI, UCDG).
- S'assurer de l'implantation d'une planification conjointe avec les CSSS d'un congé rapide dans le continuum des services de la courte durée.
- S'assurer de l'implantation du PRISMA 7 dans tous les services de courte durée.
- S'assurer de l'implantation du SMAF imagé dans les services hospitaliers.
- S'assurer de l'implantation du mécanisme de liaison et de prise en charge conjoint CHUS-CSSS de la clientèle dépistée.
- S'assurer d'une amélioration des délais de consultation à l'équipe gériatrique. Préciser un résultat à atteindre.
- S'assurer de la « formalisation » du travail d'équipe : équipe gériatrique, médecin de famille et gestionnaire de cas.
- S'assurer de la définition et de l'implantation d'un cheminement clinique optimal d'un usager en perte d'autonomie liée au vieillissement en courte durée afin d'atteindre un objectif de durée moyenne de séjour adéquate.

#### **3.2 Mettre en place un programme d'assurance qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté.**

##### **Actions régionales**

- Élaborer, en collaboration avec les instances locales de la région de l'Estrie, des standards de qualité communs aux fournisseurs de services liés aux réseaux locaux de services.
- S'assurer de la reconnaissance des « fournisseurs de services » comme des acteurs dans les réseaux locaux de services.
- S'assurer de l'accès aux services par le biais d'ententes convenues avec les fournisseurs de services.
- S'assurer de la détermination de contributions attendues et convenir des standards de qualité dans les ententes avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les autres ressources privées du territoire, notamment les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie.
- Évaluer la pertinence d'adopter un programme régional d'appréciation de la qualité en résidences privées d'hébergement, en concordance avec l'adoption du projet de loi 83. Le cas échéant :
  - Élaborer une démarche concertée pour apprécier la qualité des services offerts.
  - Produire un bottin des résidences ayant participé à la démarche d'appréciation de la qualité.
- Réaliser un plan pour actualiser une formation pour le personnel sur l'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de formation.
- Sensibiliser les directions d'établissements aux rôles et responsabilités des comités d'usagers.
- Faire connaître les modifications apportées par le projet de loi 83.
- Adopter un cadre de référence régional concernant les résidences privées.
- Transmettre l'information sur les modifications apportées à la LSSSS en lien avec les fonctions de l'Agence reliées à l'identification et à la certification des résidences pour personnes âgées.
- Élaborer un mécanisme régional concerté de certification des résidences.
  - Émettre les certificats de conformité en respect des critères sociosanitaires adoptés par le MSSS.
  - Identifier, dans le registre, les résidences pour personnes âgées ayant obtenu une certification.
- Soutenir la réalisation des travaux de rénovation fonctionnelle des CHSLD visés afin d'éliminer les chambres occupées par plus de deux personnes.

**Autres travaux****Actions régionales**

- S'assurer de l'adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle par les établissements.
- S'assurer de l'utilisation d'un outil standardisé de collecte de données.
- S'assurer de la participation au programme de formation national sur les mesures de remplacement (automne 2006)
- S'assurer de l'application du plan triennal 2005-2008 en traumatologie, notamment au niveau de la diminution de délais d'attente avant la chirurgie des fractures de la hanche.
- S'assurer que les établissements se conforment aux obligations légales liées à la gestion des risques et de la qualité :
  - Comité de gestion des risques;
  - Politique de divulgation à l'utilisateur;
  - Constitution d'un registre local des incidents/accidents;
  - Sollicitation de l'agrément d'ici le 19 décembre 2005.
- S'assurer de l'application de la politique de transfert inter-établissements liée à la prévention des infections.
- S'assurer de la présence d'une infirmière en prévention des infections selon le ratio 1/250 lits CHSLD.
- Diffuser le babillard de gestion des risques auprès des intervenants de la région.
- Inscrire le Protocole de traitement des plaintes dans une démarche d'information et de sensibilisation auprès du réseau, des organismes concernés ainsi que des propriétaires de résidences privées d'hébergement.
- Inscrire les visites des CHSLD, RI et RTF dans un processus d'amélioration continue.
- Procéder à une analyse systématique des résultats.
- S'assurer la réalisation des mesures identifiées aux plans d'action de chaque établissement sur la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD.
- Assurer le suivi du plan d'action sur la qualité du milieu de vie en CHSLD.
- Poursuivre notre association avec le milieu de la recherche afin de promouvoir le développement de services dans la communauté et le développement d'interventions.
- Promouvoir le transfert des connaissances.

## BIBLIOGRAPHIE

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. *Système intégré d'information de santé publique en Estrie*.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, 2004.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. *Développement de réseaux locaux – Modèle d'organisation de services en Estrie*, avril 2004.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. *Registre des résidences avec services pour personnes âgées – Estrie*, 2005.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Séance d'appropriation projet d'organisation clinique des services*, manuel du participant, mai 2005.

Association des CLSC et CHSLD du Québec. *Le projet d'organisation clinique des services*, septembre 2004.

CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, C. FOURNIER, B. BEAUVAIS, R. TREMBLAY et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

CARBONNEAU, M., A. Émond (2000). *Rapport régional de l'Enquête sociale et de santé 1998, les résultats en Estrie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie. *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir – Guide d'intervention* 2001.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

DUBUC, N., DELLI COLLI, N., CORBIN, C. *L'orientation et l'admission des personnes présentant un profil d'autonomie iso-SMAF 9 dans les diverses ressources d'hébergement publiques de l'Estrie*, février 2005

DURAND, Suzanne. *Cadre d'évaluation des réseaux intégrés de services aux personnes âgées*. 3<sup>e</sup> Colloque PRISMA «L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées», Sainte-Foy, Québec, 24 mars 2005.

Faible revenu : *Recensement de Statistique Canada 1996* : Fichier R05T0796 et Fichier R05T1096.

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies. *L'abus et la dépendance d'alcool et d'autres substances psychotropes chez les aînés – Cadre de référence*, 1999.

Floch W., Warnke J. « *Évolution de la situation démographique des communautés anglophones dans les Cantons de l'Est* », 2004.

Groupe de travail sur la planification des services. *Cadre de référence sur la planification des services*, document présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle, avril 2005.

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. *Autonomie et vieillissement, Actes du congrès scientifique*, Sherbrooke, 1999.

Langue parlée à la maison. *Recensement de Statistique Canada 1996* : Fichiers : J36T215.xls et TBS215QC.IVT.

LEFEBVRE, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Institut national de santé publique du Québec.

MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information. *Projections de population corrigées pour le sous dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001*, version octobre 2004. (Découpage en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002).

MSSS, Cahier des charges. Document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2005.

MSSS. *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, 1998.

MSSS. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle – Contention, isolement et substances chimiques – Plan d'action –*, 2002.

MSSS. *L'architecture des services de santé et des services sociaux – Les programmes-services et les programmes-soutien*, janvier 2004.

MSSS. *Chez soi, le premier choix – La politique de soutien à domicile*, 2003.

MSSS. *Chez soi, le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004.

MSSS. *Les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité. Pour un plan d'action 2005-2010*. Document de consultation, avril 2005.

MSSS. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, février 2001.

MSSS. *Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux*, document principal et résumé, octobre 2004.

MSSS. *Plan stratégique 2005-2010*, Direction des communications, Québec, 2005.

MSSS. *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, janvier 2004.

MURRAY William, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie : Cadre d'évaluation*. Document de travail. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, MSSS. 25 septembre 2003.

Personnes en institution : *Recensement de Statistique Canada 1996*: Fichier : R05T0496.xls.

Personnes vivant seules : *Recensement de Statistique Canada 2001* :Fichier : 0315XCB01001.

PRISMA, 3<sup>e</sup> colloque – *L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées*, mars 2005.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie – Estrie 2003 -*, 2003.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent. *Définition d'un réseau local de services de base intégrés*, document de travail, décembre 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. *Réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, Sommaire exécutif et Documents de programmation, annexes 1 à 8*, juin 1999

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Modèle régional d'organisation du mécanisme d'accès à l'hébergement pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie des MRC de la région de l'Estrie*, novembre 2000.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. *Agir ensemble et bien vieillir, Orientations en matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie en Outaouais*, mai 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Réseau de services intégrés – Ses principes, concepts et composantes*, octobre 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval. *Vers un réseau intégré de soins et de services pour les personnes âgées – Cadre de référence et modalités opérationnelles*, novembre 1997.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Modèle d'organisation des services en alcoologie-toxicomanie*, 2000.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Recueil des services généraux et spécifiques en CLSC par programmes-clientèles, guide explicatif*, document de travail, juillet 2003.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement*, avril 2003.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Registre des résidences pour personnes âgées – Estrie*, 2003.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Direction de la santé publique et de l'évaluation. *Politique d'évaluation et de suivi de gestion : Mise à jour de la Politique d'évaluation adoptée par le conseil d'administration le 15 novembre 1994*, février 2000.

Site internet de la Société Alzheimer Canada. <http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-people.htm>.

Suivi des ententes de gestion 2004-2005 – portrait synthèse des indicateurs régionaux.