



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

LE PROGRAMME D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

ÉVALUATION D'IMPLANTATION COUVRANT L'ANNÉE 2001-2002

Murielle Leduc
Service des études et de l'évaluation
Direction de la programmation et coordination

8 juillet 2002

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui ont permis la réalisation de cette évaluation d'implantation suite aux modifications apportées au programme d'*Hébergement temporaire*.

Des établissements :

Les membres du comité de suivi de l'implantation qui par leurs commentaires ont permis d'enrichir le contenu de ce document.

Le personnel délégué par tous les établissements qui ont accepté de participer aux rencontres individuelles ou de groupe organisées afin de recueillir leur point de vue sur les clientèles admissibles, les modalités organisationnelles et le fonctionnement du programme. La liste de ceux-ci est présentée en annexe.

De la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre :

Monsieur Normand Lauzon, responsable du Secteur des Services multIClientèles de première ligne, Services aux personnes âgées et Service régional d'admission.

Madame Andrée Demers-Allan, conseillère, Services aux personnes âgées dans la communauté et en milieux substituts, chargée du suivi de l'implantation.

Madame Lita Béliard, cheffe de service, Service régional d'admission.

Madame France Plourde, agente de planification/programmation/recherche, Service régional d'admission.

Madame Marie-Andrée Picard, programmeuse, Service des études et de l'évaluation et monsieur Michel Désilets, consultant, Service des systèmes d'information et de l'informatique, qui ont assumé la responsabilité du traitement des données.

Madame Carole Morency, secrétaire, Service des études et de l'évaluation qui a réalisé ce document.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
Rappel du contexte	1
Mandat du Service des études et de l'évaluation	1
Méthodologie.....	2
Présentation du document.....	2
 1^{ÈRE} PARTIE : Données sur les clientèles et les services	3
1. Rappel des principaux éléments du programme	3
2. Les demandes reçues et acceptées	3
3. Les admissions	5
3.1 Données générales sur les admissions	5
3.2 Données sur les clientèles admises.....	7
3.3 Les services offerts.....	9
 2^{ème} PARTIE : Appréciation par les partenaires de l'organisation mise en place et des services offerts	12
1. Les référents	12
1.1 L'admissibilité des clientèles	12
1.2 Le motif d'hébergement Convalescence et les services qui y sont rattachés	13
1.3 Les modalités d'accès au programme	13
1.4 L'organisation des services d'hébergement temporaire	17
1.5 Le désistement des clientèles	18
1.6 Le rôle des différents partenaires dans le suivi psychosocial des clientèles.....	19
1.7 Les besoins d'information.....	19
2. Les CHSLD	20
2.1 Les clientèles admises	20
2.2 Les modalités d'accès	21
2.3 Les services offerts en CHSLD.....	23
2.4 Les durées de séjour et les taux d'occupation.....	24
2.5 Le suivi des clientèles	25
2.6 L'information.....	25

3^{ième} PARTIE: Principaux constats et pistes d'actions suggérées

1. La définition du programme d'hébergement temporaire.....	27
2. Les clientèles	30
3. Les services d'hébergement	32
4. L'efficience visée par ce programme	34
5. Les besoins d'information.....	35

CONCLUSION.....	37
------------------------	-----------

ANNEXES

INTRODUCTION

Rappel du contexte

L'augmentation de la demande pour de l'hébergement temporaire ainsi que des problèmes d'accessibilité et d'efficience ont amené la Régie régionale à s'engager dans le *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*¹ à accroître le nombre de places dans ce secteur et à améliorer l'efficience des services. Pour atteindre ces objectifs, il a été décidé de procéder par étape en visant d'abord une utilisation optimale des ressources actuelles puis un accroissement du nombre de lits disponibles.

C'est dans cette optique que le conseil d'administration de la Régie régionale a adopté, le 16 décembre 1999, une proposition concernant le regroupement des ressources et la désignation des sites d'hébergement temporaire en CHSLD. Le projet antérieur comprenait un *Programme d'hébergement temporaire pour adultes et personnes âgées*, disposant de 116 lits répartis dans 31 CHSLD et un *Programme d'urgences sociales* avec 25 lits en CHSLD desservant 5 CHSGS. Le projet modifié comporte le même nombre de lits mais ceux-ci ont été regroupés dans un nombre moins grand de CHSLD qui desservent maintenant l'ensemble des établissements référents de la région de Montréal-Centre.

Au cours de l'année 2000, les modalités opérationnelles² de ce nouveau programme d'*Hébergement temporaire* ont été définies et mises en place avec la collaboration des établissements concernés. Afin de suivre l'évolution de cette implantation complétée au 1^{er} avril 2001, il a été prévu de faire une évaluation de la première année de fonctionnement. La réalisation de ce mandat d'évaluation a été confiée au Service des études et de l'évaluation.

Mandat du Service des études et de l'évaluation

Le mandat consiste à déterminer dans quelle mesure les orientations et les modalités d'application définies dans le programme-cadre *Hébergement temporaire* permettent d'une part, d'atteindre les objectifs annoncés dans le *Plan 1998-2002* et d'autre part, facilitent l'accessibilité ainsi que le fonctionnement de ces services.

¹ Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, *Le défi de l'accès*, p. 51, mesure 3.2.10

² Hébergement temporaire - Programme-cadre et guide opérationnel, novembre 2000.

L'évaluation met plus spécifiquement l'accent sur les clientèles rejointes, les services offerts ainsi que sur les modalités organisationnelles retenues.

Méthodologie

Pour remplir ce mandat, deux approches méthodologiques ont été utilisées :

- Une analyse des données de gestion disponibles dans le système d'information régional d'hébergement, volet *Hébergement temporaire*;
- Une évaluation plus qualitative alimentée par des groupes de discussion composés de représentants des établissements concernés soit, les CHSLD, les CLSC et les CHSGS.

Présentation du document

Le document comprend trois parties. La première partie présente les données de gestion pour ce qui est de la clientèle rejointe et des services offerts. La seconde partie porte sur l'appréciation, par les différents partenaires, de l'organisation mise en place.

Sur la base de l'analyse des données précédentes, la dernière partie vise à faire ressortir les principaux enjeux ainsi que, lorsqu'il y a lieu, des pistes d'action visant à améliorer les services offerts.

1^{ière} PARTIE : Données sur les clientèles et les services

1. Rappel des principaux éléments du programme

Le programme d'*Hébergement temporaire*³ a comme clientèle cible les adultes de plus de 65 ans, en perte d'autonomie temporaire ou permanente, qui sont à domicile ou hospitalisés et les adultes de moins de 65 ans ayant une ou plusieurs déficiences. Il a été prévu que l'accès au programme se ferait sur la base de quatre motifs, soit :

- le *Répit* et la *Convalescence*, considérés comme de l'hébergement planifié et pour lesquels l'admission doit généralement être planifiée 48 heures à l'avance;
- la *Protection sociale* et le *Dépannage* qui correspondent à l'ancien programme d'Urgences sociales et qui sont considérés comme de l'hébergement non planifié pouvant être admis en deçà de 48 heures.

Pour offrir ces services, les CHSLD disposent de 116 lits pour l'hébergement dit «planifié» et de 25 lits pour l'hébergement «non planifié». La liste des établissements et la répartition des lits sont présentées à l'annexe 1.

Les durées maximales prévues par séjour étaient au départ de quatre semaines pour le *Répit* et de deux semaines pour les trois autres motifs d'hébergement.

2. Les demandes reçues et acceptées

Au cours de la période considérée, soit du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002, il ressort principalement que :

- 2 616 demandes ont été acceptées, ce qui représente 96,7% des demandes reçues;
- des demandes acceptées, 81,2% concerne l'hébergement planifié (2 125 demandes) et, 18,2% l'hébergement non planifié (491 demandes);
- La répartition selon le motif d'hébergement indique qu'en :
 - hébergement temporaire planifié, 71,1 % des demandes concernent le *Répit*;
20,1 % la *Convalescence*;
8,3 % le *Dépannage*;
0,5 % la *Protection sociale*;

³ Ces éléments sont tirés de : *Hébergement temporaire* - Programme-cadre et guide opérationnel.

- hébergement temporaire non planifié, 53 % des demandes concernent le *Dépannage*;
34,8 % la *Convalescence*;
11,5 % la *Protection sociale*;
0,6% le *Répit*.
- En date du 8 avril 2002, le pourcentage des demandes acceptées entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 mais fermées avant l'admission est de 29,6% en hébergement temporaire planifié et de 47,6% en hébergement temporaire non planifié.

Les principales raisons identifiées en hébergement planifié pour fermer le dossier avant l'admission sont l'abandon de la demande (64,1%), l'hospitalisation du bénéficiaire (14,1%), l'admission permanente (6,7%) et la référence vers une autre ressource (6%). En hébergement non planifié, les principales raisons sont l'abandon de la demande (78,7%), la référence vers une autre ressource (6%) et l'hospitalisation du bénéficiaire (5,1%).

En calculant le taux d'abandon en hébergement planifié selon la méthode utilisée dans le Plan 1998-2002, ce pourcentage est de 19% pour l'année 2001-2002.⁴

- Les demandes d'admission se font durant les heures régulières de travail puisque les données indiquent que 99,9% des demandes en hébergement planifié et 95,3% des demandes en hébergement non planifié sont faites la semaine, entre 9 h et 17 h.
- Les demandes proviennent principalement des CLSC (72,6%) et des CHSGS (24,6%). Le principal motif de demandes d'hébergement est le *Répit* pour les CLSC et la *Convalescence* pour les CHSGS.

Les informations détaillées sur ces aspects sont présentées à l'annexe 2.

⁴ Le taux est calculé ainsi : le nombre d'abandon/ le nombre de demandes acceptées. Le taux d'abandon présenté dans le Plan 1998-2002 est celui de l'année 1996-1997 et le pourcentage est de 16,5%. Nous avons calculé celui de l'année 1997-1998 qui est de 17,7 % et celui de l'année 1998-1999 qui est de 22,3 %.

3. Les admissions

3.1 Données générales sur les admissions⁵

➤ **Nombre d'admissions en hébergement planifié et non planifié:**

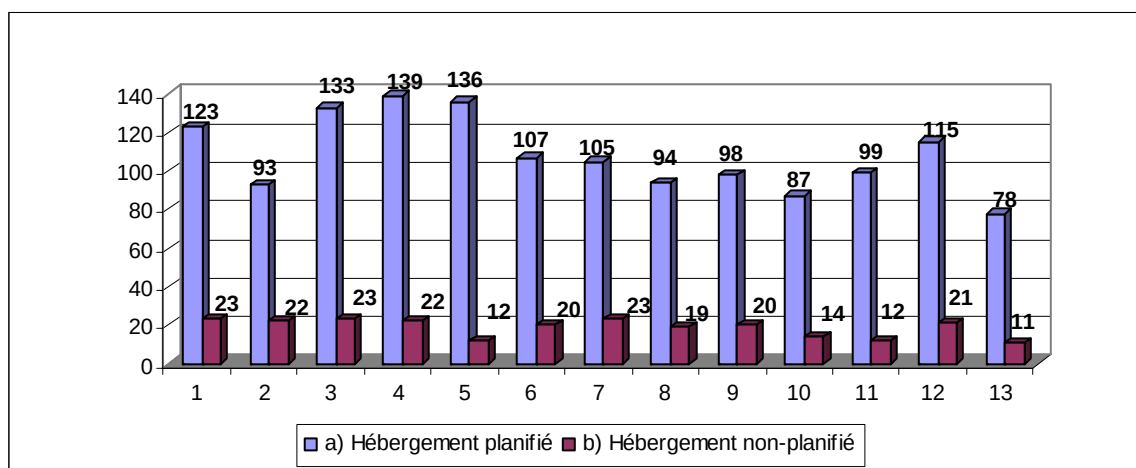
- Au cours de la période considérée, il y a eu 1 649 admissions⁶ dont :
85,3% en hébergement planifié (1 407 admissions),
14,7% en hébergement non planifié (242 admissions).

La répartition des admissions par établissement en hébergement planifié et non planifié est présentée en annexe.

- Ces admissions ont rejoint 1 292 usagers différents. Les services qui sont utilisés plus d'une fois se retrouvent presque entièrement en hébergement planifié pour le motif Répit.
- La répartition des admissions par période, présentée dans le tableau suivant, indique les moments forts en hébergement planifié qui correspondent à la période estivale et au mois de février. La présentation en annexe de ces mêmes informations par motif d'hébergement montre que ces variations proviennent principalement du motif *Répit* pour lequel les admissions augmentent durant ces périodes.

Le nombre d'admissions en hébergement non planifié reste sensiblement le même tout au long de l'année.

Tableau 1 : Nombres d'admissions par période



⁵ Les données détaillées sur ces aspects sont présentées dans les tableaux 3.1 à 3.4. de l'annexe 3.

⁶ La lecture des données du Système d'information régional a été faite en date du 8 avril 2002 et les corrections apportées ultérieurement n'ont donc pu être prises en compte. Ainsi, ces données peuvent être incomplètes et ce, particulièrement pour la dernière période de l'année considérée.

➤ **Les motifs d'hébergement**

- Du tableau 2, il ressort que les principaux motifs d'hébergement planifié sont le *Répit* (72,1%) et la *Convalescence* (19,2%). En hébergement non planifié, le principal motif est *Dépannage* (61,2%), suivi de la *Convalescence* (25,6%) et de la *Protection sociale* (12,4%).

Tableau 2 : Répartition des admissions selon les motifs d'hébergement

Lits d'hébergement	Répit		Dépannage		Convalescence		Protection sociale		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Planifié	1015	72,1%	117	8,3%	270	19,2%	5	0,4%	1407	100,0%
Non planifié	2	0,8%	148	61,2%	62	25,6%	30	12,4%	242	100,0%
Total	1017	61,7%	265	16,1%	332	20,1%	35	2,1%	1649	100,0%

➤ **Les établissements référents**

- Pour l'ensemble du programme, les deux principaux référents sont les CLSC (75, 2%) et les CHSGS (23%).
- La répartition selon le type d'hébergement requis montre que les admissions en hébergement planifié proviennent à 80,2% des CLSC et à 18,2% des CHSGS. En hébergement non planifié, les pourcentages sont de 51,2% pour les CHSGS et de 45,9% pour les CLSC.

Tableau 3 : Répartition selon le type d'établissements référents

Lits d'hébergement	CLSC		CHSGS		CHSLD		AUTRES ⁽¹⁾		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Planifié	1129	80,2%	256	18,2%	12	0,9%	10	0,7%	1407	100,0%
Non planifié	111	45,9%	124	51,2%	4	1,7%	3	1,2%	242	100,0%
Total	1240	75,2%	380	23,0%	16	1,0%	13	0,8%	1649	100,0%

⁽¹⁾ La catégorie "Autres" regroupe principalement des centres hospitaliers de réadaptation et des centres hospitaliers à vocation psychiatrique.

➤ **Le moment de l'admission**

- Les données compilées sur cet aspect indiquent que les admissions ont lieu durant les heures régulières de travail. En effet, les admissions faites la semaine entre 8 h 30 et 17 h représentent 98,7% des admissions en hébergement planifié et 97,1% en non planifié.

3.2 Données sur les clientèles admises⁷

➤ **Les caractéristiques**

Pour l'ensemble de la clientèle admise, on retient que :

- 60,6% sont des femmes;
- 73,1% ont, comme langue maternelle, le français, 15,8% l'anglais et 5,9% l'italien. Plusieurs autres langues composent le pourcentage restant soit 5,2%;
- le groupe d'âge le plus représenté est le groupe des 75 à 84 ans avec 37% des admissions, puis les 85 ans et plus avec 29,7% et enfin, les 65 à 74 ans avec 20,1%. Le groupe des 18 à 54 ans représente 6,9% des admissions. La répartition par groupes d'âge est équivalente entre l'hébergement planifié et non planifié.

➤ **La provenance**

- La clientèle provient à 97,9 % de la région de Montréal-Centre;
- la répartition de la clientèle originaire de Montréal-Centre, par sous-région, sur la base des sept anciens territoires de DSC, indique que la clientèle origine en grand nombre du territoire de Maisonneuve-Rosemont (31,6%). Elle provient dans une proportion équivalente de quatre autres territoires soit : Sacré-Cœur, Lakeshore, St-Luc et Verdun (entre 11,1% et 19,6%). Les deux autres territoires, Ste-Justine et Général de Montréal représentent respectivement 5,8% et 6,3% de la clientèle admise.

⁷ Données présentées dans les tableaux 3.5 à 3.8 de l'ANNEXE 3.

Tableau 4 : Répartition selon les sous-régions de Montréal-Centre

Sous-régions de Montréal-Centre	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Maisonneuve-Rosemont	420	30,5%	91	38,1%	511	31,6%
Sacré-Coeur	272	19,8%	44	18,4%	316	19,6%
Lakeshore	196	14,2%	25	10,5%	221	13,7%
Verdun	161	11,7%	19	7,9%	180	11,1%
St-Luc	149	10,8%	42	17,6%	191	11,8%
Ste-Justine	93	6,8%	9	3,8%	102	6,3%
Général de Montréal	85	6,2%	9	3,8%	94	5,8%
Total Montréal-Centre	1376	100,0%	239	100,0%	1615	100,0%

➤ **La destination au moment du congé**

- Pour l'ensemble de la clientèle dont l'hébergement est complété, on retient que 82,9% retourne à domicile suite à l'hébergement et que 12,5% subit un transfert interétablissement en raison d'un hébergement permanent;
- les proportions sont cependant différentes entre l'hébergement planifié et non planifié. En hébergement planifié, la clientèle retourne à domicile dans une proportion de 86,2% et a un transfert interétablissement pour l'hébergement permanent dans 9,4% des cas. En hébergement non planifié, la clientèle qui retourne à domicile représente 63,6% des admissions et les transferts interétablissement, 30,3%;
- 0,8 % de la clientèle en hébergement temporaire requiert une hospitalisation pendant son séjour.

Tableau 5 : Destination au moment du congé

Motifs de départ	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
Retour en domicile privé incluant résidences, chambres et pension, HLM	86,2%		63,6%		82,9%	
Transfert interétablissement, permanent	9,4%		30,3%		12,5%	
Transfert interprogramme ou installation (même établissement)	1,6%		3,0%		1,8%	
Décès	1,5%		1,7%		1,5%	
Hospitalisation, sans retour	0,7%		1,3%		0,8%	
Autres	0,6%		0,0%		0,5%	
Total : nombre et %	1344	100,0%	231	100,0%	1575	100,0%

3.3 Les services offerts⁸

➤ Les durées moyennes de séjour

- Pour l'ensemble des séjours complétés, la durée moyenne de séjour (DMS) est de 21,9 jours. Le calcul par type d'hébergement montre que la DMS est de 20,9 jours en hébergement planifié et de 28 jours en hébergement non planifié.
- Le calcul par motif d'hébergement indique que la DMS la plus longue est en *Protection sociale* soit 33,3 jours, suivi de *Dépannage* et *Convalescence* (environ 25 jours). La DMS en *Répit* est de 19,7 jours.

Tableau 6 : Durée moyenne de séjour par motif et type d'hébergement

Motifs d'hébergement	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS
Répit	988	19,7	2	29,5	990	19,7
Convalescence	242	24,7	60	29,7	302	25,7
Dépannage	110	22,7	141	26,1	251	24,6
Protection sociale	4	27,5	28	34,1	32	33,3
Total	1344	20,9	231	28,0	1575	21,9

- En comparant ces résultats portant sur une année (13 périodes) aux résultats des rapports d'étape réalisés sur 6 et 10 périodes, il ressort que les durées de séjours ont augmenté en cours d'année et ce, pour les différents motifs d'hébergement. Les augmentations les plus importantes ont eu lieu en *Protection sociale* puis en *Dépannage* et *Convalescence*.⁹
- Les durées moyennes de séjour varient selon les établissements receveurs et l'information sur ces données se retrouvent en annexe.

⁸ Données détaillées présentées dans les tableaux 3.9 et 3.10 de l'ANNEXE 3

⁹ Selon les rapports d'étape du 8 octobre 2001 et du 8 février 2002, la DMS était en protection sociale de 21,1 jours après 6 périodes et de 27,2 jours après 10 périodes. En dépannage, la DMS était respectivement de 19,9 jours et de 23 jours et en convalescence de 21,7 jours et de 22,7 jours.

➤ **Portrait des séjours réels en fonction des durées de séjour prévues lors de l'admission**

- Pour les 1 575 dont l'admission est complétée, 51,7% ont eu une durée de séjour qui correspond à la durée annoncée lors de l'admission. Les séjours qui nécessitent une prolongation représentent globalement 16,9% des admissions et ceux qui requièrent un séjour plus court, 31,4%. Comme l'indique le tableau 7, ces pourcentages varient selon le motif d'hébergement.

Tableau 7 : Portrait des séjours en fonction de la durée de séjour prévue lors de l'admission

Prolongation	Répît	Convalescence	Dépannage	Protection sociale	Total
Durée de séjour prévue	65,1%	27,2%	30,3%	37,5%	51,7%
Séjour plus court que prévu	23,8%	46,0%	43,4%	31,3%	31,4%
1 à 7 jours	6,7%	11,9%	11,2%	12,5%	8,5%
8 à 14 jours	1,7%	5,0%	6,4%	3,1%	3,1%
15 jours et plus	2,7%	9,9%	8,8%	15,6%	5,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total admission	990	302	251	32	1,575

➤ **Les taux d'occupation**

- Le taux d'occupation global¹⁰ est de 71,1 % en hébergement planifié et de 82,6% en hébergement non planifié;
- le calcul des taux d'occupation par période indique des variations allant de 65,2% à 79,4% en hébergement planifié et des variations allant de 73,3% à 87,9% en hébergement non planifié;
- le calcul des taux d'occupation par établissement pour l'année considérée montre que les taux varient entre les établissements entre 53% et 90,3% en hébergement planifié et entre 72,9% et 100,5% en hébergement non planifié.

¹⁰ Pour le calcul du taux d'occupation, nous n'avons retenu que les établissements qui offrent des services sur une base permanente. Ces taux ont été calculés pour 12 périodes.

Tableau 8 : Taux d'occupation par établissement

Hébergement planifié	Nombre de lits	Taux occupation
<i>Établissements:</i>		
CA Dante	3	74,9%
CA Lasalle	4	74,6%
Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	9	78,3%
Centre d'hébergement St-Georges	14	63,7%
Centre de Soins Prolongés de Montréal	15	74,0%
Centre Le Cardinal	4	62,9%
Centre Triest	1	36,7%
CH de Lachine	4	90,3%
CH Jacques-Viger	15	74,8%
CH Notre-Dame de la Merci	15	78,3%
Foyer Dorval	15	53,0%
Hôp. St-Charles-Borromée	7	72,8%
Manoir Cartierville	2	81,8%
Manoir l'Âge d'Or	6	71,0%
Résidence Jean-de-la Lande	2	82,9%
Total	116	71,1% *

Hébergement non planifié	Nombre de lits	Taux occupation
<i>Établissements:</i>		
Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	6	72,9%
CH de Lachine	5	100,5%
CH Notre-Dame de la Merci	4	77,2%
Hôp. St-Charles-Borromée	2	82,1%
Manoir l'Age d'Or	2	73,3%
Résidence Jean-de-la Lande	6	85,9%
Total	25	82,6%

Le calcul du taux en hébergement planifié inclut les lits ouverts temporairement l'été au centre d'hébergement St-Georges (10 lits) et au CHSLD Manoir de l'Âge d'Or (2 lits). Le CHSLD Le Cardinal n'a pas offert des services durant toute la période couverte.

2^{ème} PARTIE : Appréciation par les partenaires de l'organisation mise en place et des services offerts

L'objectif étant de faire le point sur le fonctionnement du programme *Hébergement temporaire*, des questions concernant les clientèles rejointes, les modalités organisationnelles et les services offerts ont été abordées avec les représentants des établissements.

Pour les fins de cette étude, les répondants rencontrés¹¹ proviennent :

- des principaux référents : les CLSC et les CHSGS;
- des établissements receveurs : les CHSLD.

Afin de faire valoir le point de vue de chacun, les commentaires recueillis sont présentés sur la base de ces deux groupes d'acteurs.

1. Les référents

Les principaux éléments mentionnés concernent :

1.1. L'admissibilité des clientèles

Les référents considèrent que la clientèle répondant aux critères généraux du programme en terme de problématique et d'âge obtient facilement les services d'hébergement temporaire requis. L'accès apparaît plus limité pour certaines clientèles dont :

- La clientèle ayant des problèmes particuliers telles les personnes ayant des troubles de comportement; les personnes ayant des antécédents psychiatriques ou provenant de la psychiatrie mais étant stables au moment de la référence; les personnes ayant des problèmes cognitifs.
- La clientèle des communautés culturelles. Il est souligné que la clientèle anglophone est moins bien desservie qu'avant puisque les ressources appropriées sont moins nombreuses et localisées dans un territoire différent de leur lieu de résidence. La difficulté d'accéder à des ressources spécifiques pour la clientèle italienne, juive et chinoise a également été soulevée.
- La clientèle plus jeune mais ayant des handicaps qui font qu'elle bénéficierait de tels services et la clientèle itinérante qui a besoin de convalescence.

¹¹ La liste des personnes et des établissements qui ont participé aux rencontres individuelles ou de groupe est présentée à l'ANNEXE 4.

1.2. Le motif d'hébergement *Convalescence* et les services qui y sont rattachés

Les commentaires proviennent des CHSGS et portent sur :

- La définition même du motif d'hébergement *Convalescence*. Les CHSGS s'interrogent sur la clientèle visée par ce motif puisque les ressources ne semblent pas appropriées pour recevoir une partie de la clientèle qu'ils pensaient y diriger. En effet, ceux-ci croyaient pouvoir y référer des personnes âgées qui requièrent un minimum de soins et/ou un peu de réadaptation alors que la prise en charge de cette clientèle semble poser des problèmes aux établissements receveurs. Ils soulignent également la confusion qui existe dans la définition des clientèles visées par les lits de soins subaigus et les lits de *Convalescence*¹². Une clarification de ces notions et des services qui s'y rattachent ainsi qu'un meilleur arrimage entre les deux types de ressources devraient, selon eux, être faits afin d'assurer la prise en charge de l'ensemble des clientèles concernées. À ce titre, l'importance de prévoir des lieux d'hébergement en convalescence pour la clientèle âgée de 40 à 50 ans ainsi que celle atteinte de maladies comme la sclérose en plaques a été mentionnée.
- Les services de réadaptation offerts en hébergement temporaire. Dans la lignée des observations précédentes, les CHSGS souhaitent également une clarification des services de réadaptation que s'engagent à fournir les CHSLD. Une partie de la clientèle référée a besoin d'un minimum de services de réadaptation qu'ils définissent comme étant des services de maintien, de mobilisation. Leur perception de la situation est que ces services sont peu offerts, ce qui a des conséquences sur la capacité de récupération des personnes âgées et sur leur retour à domicile. Ils souhaitent que les services soient précisés afin de savoir qui peut être dirigé vers l'hébergement temporaire.

1.3. Les modalités d'accès au programme

Différents aspects ont fait l'objet de commentaires :

- **Les horaires fixés pour les demandes d'accès**

L'appréciation varie selon le motif d'hébergement requis. Pour le motif *Répît*, les horaires prévus pour les demandes d'accès sont jugés appropriés. Quelques commentaires ont cependant été faits sur les horaires d'admissions qui obligent les familles à se rendre disponibles durant les heures ouvrables, ce qui représente une difficulté pour plusieurs.

¹² Ils mentionnent d'ailleurs effectuer des demandes dans les deux programmes pour leur clientèle et recourir à la ressource qui offre la première disponibilité.

L'accès pour les motifs *Dépannage* et *Protection sociale* est considéré comme plus difficile le soir et les fins de semaine mais une amélioration de l'accessibilité a été notée en cours d'année.

La plus grande difficulté concerne l'accès aux services en dehors des heures régulières de travail pour le motif *Convalescence*. Durant la fin de semaine et les jours fériés, les référents peuvent accéder aux ressources gérées par le CLSC Rosemont soit, les 25 lits d'hébergement non planifié et 12 lits d'hébergement planifié. Lorsque ces lits sont tous occupés, ils doivent attendre afin d'adresser leurs demandes au Service régional d'admission accessible durant les heures régulières de travail. Cette organisation de l'accès constitue une limite importante pour les services d'urgence des centres hospitaliers. Plusieurs exemples ont été donnés, telles les personnes âgées qui ont une fracture qui rend impossible leur retour à domicile et pour lesquelles il faut attendre au lundi avant d'obtenir une réponse à leur demande. Ces personnes séjournent toute la fin de semaine dans les services d'urgence alors que leur situation ne le requiert pas¹³. Un accès à un plus grand nombre de lits la fin de semaine et les jours fériés pour le motif *Convalescence* est souhaité.

• **Formulaires de référence requis¹⁴**

Des nombreux commentaires faits sur les exigences d'information, il ressort que la procédure est considérée trop lourde et que les référents trouvent difficile d'y répondre pour diverses raisons dont le manque d'information, la non-disponibilité des médecins, la réticence de la clientèle. La répétition des informations requises est également soulignée¹⁵.

Plus précisément, on retient que :

- Le formulaire interétablissement est peu adapté aux besoins de l'hébergement temporaire et devrait être revu pour laisser plus de place à la description de la situation de la personne.
- Le niveau d'intervention médicale. Les intervenants des services d'urgence soulignent les difficultés qu'ils éprouvent pour répondre à cette demande d'information puisqu'ils ne connaissent la clientèle que depuis quelques heures.

¹³ Il a également été question des effets néfastes de ces séjours prolongés dans les services d'urgence sur des personnes fragiles.

¹⁴ Rappelons que selon la procédure établie, les établissements doivent fournir les documents suivants : la référence interétablissement, la liaison médicale, le niveau d'intervention médicale, la réanimation cardio-respiratoire, l'autorisation de la personne et l'engagement au retour à domicile.

¹⁵ À titre d'exemple, les intervenants des centres hospitaliers mentionnent que le respect de l'ensemble des demandes signifie que le médecin des services d'urgence aura à répéter 4 fois la liste des médicaments prescrits.

- La réanimation cardio-vasculaire. Répondre à cette exigence pose des difficultés autant aux CLSC qu'aux CHSGS car les réactions sont souvent vives de la part des personnes et de leur famille.
- Les commentaires sur le formulaire de liaison médicale ne concernent pas tant le contenu demandé que les difficultés rencontrées pour le faire remplir par les médecins. Ces difficultés varient selon les motifs d'hébergement. Obtenir cette information ne pose pas trop de problème pour le motif *Répît* puisque les dossiers sont préparés à l'avance. Mais pour les autres motifs qui s'inscrivent dans un contexte d'urgence soit, le *Dépannage*, la *Protection sociale* et une partie de la *Convalescence*, l'obtention rapide de l'information est problématique.

Les CLSC mentionnent que l'absence de médecins traitants, la non-disponibilité ou la réticence à collaborer de certains lorsqu'ils n'ont pas vu leur client récemment font qu'il leur est difficile d'obtenir l'évaluation médicale requise. Les conséquences sont multiples : délais d'admission et, dans quelques cas, non-accès aux lits de *Dépannage* puisque la partie médicale n'a pu être complétée ou bien référence vers les services d'urgence d'un CHSGS.

Les intervenants des services d'urgence des CHSGS mentionnent également les difficultés vécues pour faire compléter la partie médicale par le médecin responsable. Les conséquences de ces diverses exigences peuvent être ainsi résumées pour les centres hospitaliers : hospitalisations, utilisation des lits de soins subaigus, transfert en gériatrie, retour à domicile dans un contexte risqué ou, lorsque possible pour les personnes, orientation vers des services privés. Plusieurs mentionnent utiliser ce programme et y recourir qu'en dernière alternative.

Les partenaires souhaitent une simplification de la procédure ainsi que l'introduction d'une plus grande souplesse face à l'exigence fixée d'obtenir le formulaire d'évaluation médicale comme prérequis à l'admission dans les situations urgentes. À cet effet, diverses suggestions ont été avancées. Les CLSC ont mis de l'avant la possibilité d'utiliser une fiche médicale antérieure (datant de six mois ou un an) au lieu de refaire une nouvelle fiche, de faire parvenir des photocopies de dossier médical ou d'utiliser des documents déjà disponibles tel le profil évolutif, le questionnaire AVQ. Il a également été proposé que certains formulaires dont le formulaire de réanimation cardio-vasculaire soient remplis par l'établissement receveur. L'importance de sensibiliser les médecins afin de favoriser une plus grande disponibilité pour la préparation des dossiers a été mentionnée par les différents référents.

- **Les délais prévus pour l'obtention des informations par les CHSLD avant l'admission des personnes**

Le délai prévu de 48 heures avant l'admission des personnes pour les motifs *Répît* et une partie de la *Convalescence* est considéré comme étant approprié par les référents. L'évaluation est cependant différente pour les demandes de *Convalescence* en provenance des services d'urgence des centres hospitaliers. Ce délai, ajouté au fait qu'il n'y a pas toujours de lits disponibles les fins de semaine, les oblige à garder des personnes âgées dans un milieu peu bénéfique à leur rétablissement. Il est rappelé que les personnes âgées avec ou sans troubles cognitifs sont très perturbées par le climat qui règne dans une salle d'urgence et qu'il est arrivé, à plus d'une reprise, que ces délais aient contribué à une détérioration de leur situation et à l'annulation du transfert parce que la personne était devenue agitée. Les conséquences sont diverses: augmentation des jours d'occupation d'une civière dans les services d'urgence ou d'un lit sur un étage et, lorsque le congé a été accordé par le médecin, l'obligation de trouver une solution qui est occasionnellement un retour à domicile dans des conditions limites¹⁶. Les CHSGS souhaitent pouvoir accéder aux services pour le motif *Convalescence* en 24 heures lorsque requis.

Pour les motifs de *Protection sociale* et *Dépannage*, les CLSC soulignent que certaines situations nécessitent aussi un hébergement dans un délai de 24 heures. Ils mentionnent d'ailleurs que des placements urgents se font déjà dans les 24 heures avec la collaboration des CHSLD et ils souhaitent que cette pratique soit élargie.

- **Mode de fonctionnement**

Des commentaires ont été faits sur les problèmes que pose occasionnellement la répartition en deux sites du traitement des demandes et ce, lorsque les lits gérés par le CLSC Rosemont sont complets et que les référents doivent s'adresser au Service régional d'admission. Cette situation est amplifiée par le fait que les services de ce dernier ne sont pas accessibles en dehors des heures régulières de travail.¹⁷ L'amélioration de l'accès téléphonique et du suivi pour les motifs *Dépannage* et *Protection sociale* depuis le début de l'implantation est signalée.

¹⁶ Il est intéressant de mentionner que les CLSC nous ont fait part de situation de convalescence où des CHSGS leur semblaient avoir retourné à domicile des personnes qui ne pouvaient y demeurer et pour lesquelles ils devaient intervenir en recourant aux services de *Dépannage*. Ils rappelaient qu'il serait certainement mieux pour les personnes que ces démarches soient faites par les centres hospitaliers puisque des délais seraient ainsi évités.

¹⁷ Cet aspect a été peu approfondi avec les référents puisque la décision de centraliser le traitement des demandes est prise et que son application est prévue pour bientôt.

Le principal aspect souligné par plusieurs participants concerne les variations dans les exigences et la souplesse différente manifestée dans le traitement des demandes pour l'admission. Les échanges entre les intervenants lors des groupes de discussion ont fait ressortir différents modes de fonctionnement en ce qui concerne, par exemple, les exigences requises pour réserver une place (par téléphone ou sur réception de toute l'information), le moment de l'obtention de l'information sur la disponibilité d'une place, les informations requises ou l'acceptation de documents équivalents. Il est suggéré de s'entendre sur les exigences et procédures dans la perspective de retenir celles qui permettent une souplesse et d'en assurer une diffusion et une application équivalente.

1.4 L'organisation des services d'hébergement temporaire

- **La répartition des sites d'hébergement**

La nouvelle répartition des sites, et la fermeture de lits qui en a résulté, a entraîné différents problèmes reliés à la situation géographique des ressources et aux aspects culturels. En effet, tous les référents ont soulevé les difficultés reliées au fait que les ressources sont maintenant souvent situées trop loin du lieu de résidence des personnes. Ils rappellent qu'il s'agit d'une clientèle âgée et que l'éloignement géographique représente une difficulté d'accès pour la personne et la famille. Certaines personnes refusent l'hébergement temporaire parce que la ressource se trouve, par exemple, à Lachine, Dorval ou au Centre-Ville et que la distance à parcourir est trop grande. Le fait également de ne pas savoir, lors de la demande, dans quel site d'hébergement elles vont se retrouver, ajouté au fait qu'elles peuvent être hébergées dans n'importe quel secteur de Montréal-Centre, suscite de l'anxiété chez les personnes et leur famille. Plusieurs ont remarqué que les changements apportés dans la distribution des lits ont amené une diminution dans les demandes de *Répit*.

Le problème est d'autant plus important pour les établissements de l'ouest de Montréal situés dans les anciens territoires du DSC Ste-Justine et Général de Montréal. La fermeture des lits disponibles dans leurs secteurs, en plus de créer comme pour les autres les problèmes reliés à la distance, a impliqué une perte de ressources reliées aux communautés culturelles et ce, principalement dans ces secteurs pour les communautés anglophone et juive. Les mêmes commentaires sur la localisation physique et les problèmes culturels ont également été faits pour d'autres communautés, telle la communauté italienne.

Les référents souhaitent un fonctionnement par sous-région pour l'assignation des lits d'hébergement. Ce qui implique que des ressources soient disponibles dans chacun des sous-territoires.

· L'organisation interne

Les référents ont fait part des problèmes posés par le recours à des chambres multiples pour l'hébergement temporaire. Un de ceux-ci concerne la cohabitation de clientèle ayant des niveaux de soins différents. Les référents mentionnent que plusieurs usagers admis se sont plaints d'être hébergés dans des chambres en compagnie de personnes en très grande perte d'autonomie. Cette situation difficile amènerait des personnes hébergées, notamment pour du *Répit*, à écourter leur séjour. Dans d'autres cas, les familles refusent l'hébergement parce les ressources sont jugées inadéquates (chambre de 4 lits et même de 7lits) alors que le placement était vu par les intervenants comme étant bénéfique à la fois pour la personne et les aidants.

Un autre effet des chambres multiples fait que certains lits sont assignés selon le sexe et que certains n'ont pu avoir accès aux services voulus puisqu'il n'y avait pas de disponibilité en fonction de la demande.

Les référents suggèrent que les CHSLD prévoient le recours à des chambres privées ou semi-privées ainsi que le regroupement des personnes en fonction du niveau de soins requis.

1.5. Le désistement des clientèles¹⁸

Selon les référents, les principales raisons invoquées par la personne ou sa famille pour annuler une demande de placement temporaire couvrent deux aspects :

- l'organisation des services, soit le site proposé qui est situé trop loin du lieu de résidence et le type de chambres. Le coût est également considéré comme élevé pour certaines personnes.
- la situation personnelle des personnes, soit un changement dans leur condition qui peut être une amélioration et l'hébergement n'est plus nécessaire (par exemple, des cas de convalescence) ou au contraire, une détérioration et une hospitalisation est alors requise. L'ambivalence de la personne ou des aidants face à l'hébergement peut les amener à trouver d'autres solutions ou à refuser le placement le moment venu.

Compte tenu de la clientèle visée, il est mentionné qu'un pourcentage d'annulations est inévitable mais que certaines interventions concernant l'organisation des services pourraient cependant favoriser le maintien d'une partie des demandes.

¹⁸ Le taux d'abandon indiqué dans les rapports produits en cours d'année pour suivre l'implantation du programme a incité les membres du comité du suivi à accorder une attention particulière à cet aspect.

1.6 Le rôle des différents partenaires dans le suivi psychosocial des clientèles

L'importance du suivi psychosocial est soulignée par les différents partenaires. À ce titre, le suivi offert par les intervenants du CLSC Rosemont pour les motifs *Dépannage* et *Protection sociale* est apprécié notamment pour ce qui est de l'organisation des services requis.

Le suivi des clientèles référées en *Convalescence* par les services d'urgence des centres hospitaliers et qui ne sont pas connues des CLSC est problématique. Les centres hospitaliers mentionnent faire la demande pour des services de réadaptation après l'hébergement temporaire lorsqu'ils les jugent nécessaires. Cette responsabilité ne leur pose pas de difficulté pour les situations dont le besoin est prévisible. Il y a cependant les autres situations où les CHSLD communiquent avec eux vers la fin de l'hébergement temporaire parce que la personne ne leur semble pas en mesure de retourner à domicile et que les services de réadaptation n'ont pas été prévus. Les CHSGS disent ne pouvoir assurer ce suivi à long terme dans les services d'urgence.

Les CHSGS rappellent que, dans le fonctionnement antérieur, ce travail de suivi était assumé par les intervenants de l'ancien programme d'Urgences sociales. Cette présence dans les milieux d'hébergement temporaire permettait une continuité de services pour la clientèle et ils souhaiteraient obtenir un service équivalent. Un meilleur arrimage est à faire entre les CLSC et les centres hospitaliers afin qu'un suivi soit assuré aux personnes qui nécessitent d'autres services. Le partage des responsabilités de chacun à cet égard est à rappeler.

1.7 Les besoins d'information

Deux besoins d'information sont identifiés :

- d'une part, sur le programme lui-même puisque les rencontres avec les référents ont fait ressortir des interprétations différentes du programme et des procédures requises. Il est suggéré de prévoir un suivi de la mise en place du programme qui consisterait à de l'information régulière sur les changements apportés et à des échanges entre les intervenants impliqués dans son application.

- d'autre part, des données sur la gestion même du programme. Les référents ont manifesté leur intérêt à obtenir des informations sur les disponibilités de lits ainsi que sur les ajouts de sites durant certaines périodes afin de mieux suivre les ressources auxquelles ils peuvent recourir.

2. Les CHSLD

2.1 Les clientèles admises

Les principaux commentaires peuvent être ainsi résumés :

- En considérant l'ensemble des usagers admis, les répondants constatent qu'il n'y a pas un type de clientèle hébergée mais plusieurs selon le motif d'hébergement requis. La majorité de la clientèle correspond à la définition des motifs d'hébergement et aux critères d'admission prévus pour ce qui est de la stabilité de la condition médicale et des besoins de soins et services. Il arrive que certaines personnes doivent retourner dans l'établissement référent mais afin d'éviter des déplacements, les CHSLD assument leur prise en charge ce qui exige un investissement important en soins. Une attention soutenue dans la sélection des demandes d'hébergement est souhaitée.
- La situation est cependant différente et plus problématique pour la clientèle référée pour le motif *Convalescence* par les centres hospitaliers. En effet, les CHSLD mentionnent qu'une partie des usagers sont dans une condition instable, requièrent des soins aigus ou nécessitent une réadaptation active. Ils indiquent ne pas être en mesure de répondre aux besoins de cette clientèle qui relève plus, pour certains, de milieux de soins subaigus et pour d'autres, de milieux pouvant offrir des services de réadaptation. Pour ces derniers, leur compréhension de leur rôle est d'assurer des services de convalescence avant la prise en charge par le milieu de réadaptation en interne ou en externe. Certains usagers arrivent d'ailleurs en convalescence avec des dates prévues pour leur entrée dans les services de réadaptation.

La clarification de la clientèle visée par le motif *Convalescence* en hébergement temporaire est primordiale pour les CHSLD. En ce moment, les CHSGS leur semblent avoir des attentes, notamment par rapport à la réadaptation, auxquelles les CHSLD ne peuvent répondre. Les CHSLD ont l'impression qu'il y a une confusion entre les lits de convalescence et les lits subaigus et qu'il faudrait préciser le mandat de chacun sur la base des besoins de la clientèle. À ce titre, ils se demandent si les CHSLD constitue la bonne ressource pour les personnes âgées ayant besoin de convalescence suite à une fracture. Ils remarquent recevoir également pour

convalescence, des personnes plus jeunes qui sont sur le marché du travail ainsi que des personnes itinérantes et ils se posent la même question de pertinence de ressource.

- Certains ont souligné la difficulté qu'ils éprouvent à remplir leur mandat concernant des clientèles spécifiques puisque les lits sont souvent occupés par des usagers n'ayant pas besoin de ces services adaptés. Un exemple est apporté par l'établissement mandaté pour desservir la clientèle sourde. Celui-ci mentionne devoir refuser des demandes parce que les lits sont déjà réservés pour des usagers qui pourraient être desservis ailleurs. Afin d'assurer l'accès à la clientèle ciblée, il est suggéré de pouvoir disposer d'une certaine latitude pour prioriser ces personnes et ainsi diriger les demandes concernant les clientèles régulières vers d'autres établissements.

2.2 Les modalités d'accès

- **Formulaires de référence requis**

On retient principalement que :

- **L'état des informations fournies varie selon les motifs d'hébergement.**

Pour le motif *Répit*, les informations sont généralement complètes puisque celles-ci ont été préalablement obtenues et ont pu faire l'objet d'échanges entre les intervenants. Dans plusieurs situations, l'utilisateur est déjà connu du CHSLD. L'importance de fournir l'information appropriée lorsque les personnes ont des problèmes de comportement est cependant rappelée.

Pour les autres motifs, l'obtention de l'information requise est plus problématique. L'évaluation médicale est souvent incomplète et ce, particulièrement pour les personnes référées en *Convalescence* par les services d'urgence des centres hospitaliers. Les données sur le niveau de soins requis sont souvent inappropriées pour ce groupe de référents. Le formulaire de réanimation cardio-vasculaire est souvent absent et ce, pour les différents motifs. Les formulaires interétablissements ne permettent pas de recueillir toute l'information pertinente pour bien saisir la situation de la personne; en ajoutant à cela que les dossiers sont souvent illisibles lorsque envoyés par télécopieur, les CHSLD ont l'impression de ne pas être en mesure de prendre connaissance de la situation et d'évaluer s'il s'agit de la bonne ressource. Les répondants rappellent qu'ils ne peuvent consacrer de temps à la recherche d'information et qu'il est important que celle-ci soit fournie par le référent. Il s'agit pour eux d'un préalable à la prise en charge.

➤ **Deux aspects sont particulièrement problématiques**

En ce qui concerne l'évaluation médicale, les informations incomplètes ou contradictoires posent des problèmes dans plusieurs dossiers, surtout dans les cas de *Convalescence*. Les CHSLD mentionnent qu'ils leur arrivent d'apprendre les détails à l'arrivée du patient avec sa famille. La pertinence d'obtenir une bonne évaluation médicale incluant la raison de l'hospitalisation, les interventions faites et la médication afin d'assurer une prise en charge rapide et appropriée est rappelée.

En ce qui concerne les médicaments, les CHSLD mentionnent que l'information fournie est souvent confuse, incomplète ou inappropriée. Des exemples sont donnés de situation où la médication du patient ne correspond pas au dossier médical; où les patients ont consulté plusieurs médecins et ont plusieurs ordonnances qui demandent une vérification afin de s'assurer de la bonne médication; où les usagers arrivent avec leurs médicaments et des produits naturels qui ne sont pas fournis dans les CHSLD. La clarification de toutes ces situations¹⁹ requiert beaucoup de temps de la part du personnel médical et professionnel ce qui a un impact sur la gestion interne. Les CHSLD soulignent également que l'exigence de fournir en hébergement non planifié la médication pour les premières 48 heures n'est pas toujours respectée.

Sachant que le personnel des CLSC pour les demandes de *Protection sociale* et *Dépannage* et celui des services d'urgence pour la *Convalescence* disposent de peu de temps pour répondre aux exigences, les CHSLD sont d'accord pour chercher à simplifier la démarche tout en maintenant l'accès à une information suffisante.

· **Les horaires d'admission**

Deux aspects sont à retenir :

- Les admissions en dehors des heures régulières de travail, soit le soir et les fins de semaine demeurent exceptionnelles et ce, même pour les motifs *Dépannage* et *Protection sociale*. La situation a donc été moins difficile que prévue à gérer pour les établissements.
- Les CHSLD sont conscients que les délais prévus d'admission (en deçà de 48 heures) occasionnent des problèmes pour les situations d'urgence. Certains mentionnent qu'il leur arrive de faire une admission dans les 24 heures et même occasionnellement,

¹⁹ Un CHSLD a calculé que les personnes qui arrivent pour un hébergement permanent ont en moyenne six médicaments et celles pour un hébergement temporaire, onze. Ce nombre monte fréquemment à 18.

dans un délai de deux heures. L'allongement des délais est souvent relié au fait qu'ils ne peuvent obtenir le dossier des personnes. Comme ces demandes exigent un fonctionnement rapide, les CHSLD suggèrent de chercher à raccourcir le délai prévu à 24 heures en allégeant la procédure tout en leur assurant, encore une fois, l'accès à une information suffisante.

2.3 Les services offerts en CHSLD

De leur pratique découle les observations suivantes :

- **Le niveau de soins et la charge de travail**

- Le temps consacré à la clientèle au niveau médical et nursing est important en raison du roulement de la clientèle. Jusqu'à maintenant, le choix de la plupart des établissements a été de disperser les lits d'hébergement temporaire afin de répartir la charge de travail entre le personnel. Certains ont regroupé leurs lits et d'autres pensent à le faire, ce qui aura un impact direct sur le personnel²⁰.

Les niveaux de soins requis varient selon le motif d'hébergement et les exigences les plus simples concernent les demandes de *Répit*. La clientèle de *Convalescence* qui est instable au plan médical cause des problèmes parce qu'elle nécessite beaucoup d'heures soins. Ces cas lourds créent une surcharge de travail et engendrent une forte pression sur les ressources insuffisantes des CHSLD²¹. Ce programme ne vise pas, selon eux, la prise en charge de cas aussi lourds.

- Les CHSLD sont peu équipés pour fournir certains services dans le cadre de l'hébergement temporaire. Ainsi en est-il des clientèles qui requièrent des services de nutrition ou l'utilisation d'équipements qu'ils ne possèdent pas toujours (par exemple, pompe à gavage). Les CHSLD mentionnent également que les rendez-vous médicaux extérieurs prévus pour une partie de la clientèle représentent une charge de travail supplémentaire pour leur personnel. Les visites de pré-admission qui leur sont demandées par les référents impliquent également un investissement qu'ils ne peuvent pas toujours assumer.

- **Les services de réadaptation**

Comme déjà indiqué, la clientèle en *Convalescence* a souvent besoin de réadaptation active et les CHSLD mentionnent ne pas avoir les ressources pour y répondre. Le personnel de réadaptation dont ils disposent ne suffit pas à couvrir les besoins en

²⁰ Les coûts tant en ressources humaines qu'en médicaments font l'objet d'une autre étude.

²¹ Un exemple de patients très lourds nécessitant 4h/soins durant 8 semaines a été apporté.

hébergement permanent et il n'est pas question pour eux de réduire les services qu'ils leur offrent afin de répondre à cette nouvelle demande. Le programme fait mention, selon eux, d'un peu de réadaptation qui vise le maintien de la condition et non une réadaptation active. Certains suggèrent d'ailleurs d'enlever toute référence à des services de réadaptation dans la définition du programme puisqu'ils ne peuvent les assumer.

2.4 Les durées de séjour et les taux d'occupation

- Les durées de séjour sont plus longues que celles annoncées dans le programme-cadre. Des ajustements ont eu lieu en cours d'année et les durées prévues correspondent maintenant plus aux besoins réels de la clientèle. Des prolongations s'avèrent encore nécessaires en *Convalescence*. Comme celles-ci désorganisent les services, les CHSLD souhaitent que des efforts soient faits afin de faire la bonne évaluation. Des exemples sont donnés de personnes ayant des fractures qui nécessitent souvent six semaines d'hébergement et pour lesquelles des prolongations doivent être faites alors que la durée réelle pouvait être prévue dès l'admission.

Les établissements s'interrogent également sur la procédure suivie pour faire les prolongations. Il arrive que des demandes de prolongation leur soient formulées par les familles ou au contraire, que les familles leur annoncent la prolongation alors qu'ils n'ont pas été informés de celle-ci et qu'ils doivent communiquer avec le Service régional d'admission pour en avoir la confirmation.

- Les taux d'occupation. Les établissements mentionnent différents facteurs qui jouent sur le taux d'occupation, tel : les annulations qui se produisent le matin même de l'admission et qui engendrent des délais dans l'occupation des lits, le fait qu'un lit libéré le vendredi ne soit pas comblé avant le lundi suivant. Les CHSLD soulignent également qu'il faut compter deux jours, ce qui est présenté comme la norme, pour nettoyer lors du changement de clientèle. Ces éléments ont d'autant plus un impact que le nombre de lits est limité dans chaque établissement.

Les CHSLD remarquent qu'il y a beaucoup de désistement en *Répît* pour diverses raisons : changement dans les projets des familles, désintérêt dû à la localisation quand la distance est trop longue à parcourir pour la famille qui demeure très présente lors de l'hébergement, conditions d'hébergement qui ne conviennent pas. Ils mentionnent aussi qu'un pourcentage de personnes autonomes quitte avant la date prévue parce qu'elles n'aiment pas côtoyer la clientèle lourde et ce, même si elles occupent une chambre privée.

2.5 Le suivi des clientèles

Le suivi psychosocial offert par les intervenants du CLSC Rosemont est apprécié pour les motifs *Dépannage* et *Protection sociale*, notamment pour ce qui est du support donné et du travail de liaison fait pour l'organisation des services requis. Les CHSLD voudraient d'ailleurs que les personnes qui ne sont pas référées par le CLSC Rosemont puissent également bénéficier des mêmes services puisque leurs propres travailleurs sociaux ne sont pas en mesure d'assumer ces interventions et qu'une partie du suivi de la clientèle est présentement inadéquat.

Il réfère ici aux personnes en *Convalescence* provenant des services d'urgence des centres hospitaliers et qui ne sont pas connues des CLSC. Pour une partie de la clientèle, les démarches ont été faites et la réadaptation ou les autres services requis sont prévus. Par contre, les CHSLD constatent que pour une autre partie de la clientèle, le suivi n'est pas fait durant l'hébergement alors qu'il faudrait planifier les services requis après l'hébergement. Les CHSLD ont l'impression qu'ils doivent faire les démarches ou les différentes demandes et que ceci ne relève pas de leur responsabilité. Ainsi donnent-ils comme exemple les situations où les personnes ayant une fracture ne requièrent pas de réadaptation à l'interne après l'hébergement mais ont besoin de services dans leur milieu de vie. Le CLSC doit les prendre en charge mais les démarches doivent avoir été faites par le centre hospitalier. Les CHSLD mentionnent qu'il leur arrive de prolonger des séjours parce que la famille n'est pas prête à recevoir les personnes âgées qui retournent à la maison et qu'il est de leur responsabilité de s'assurer qu'elles auront les soins nécessaires. Dans ce contexte, il leur apparaît important de clarifier le partage des responsabilités en ce qui concerne le suivi de ces clientèles.

2.6 L'information

Les besoins d'information visent :

- La gestion du programme. Les CHSLD voudraient avoir accès à leur liste d'attente en hébergement planifié pour connaître le nombre de personnes prévues ainsi que leur état de santé afin de pouvoir répartir la clientèle selon la lourdeur des cas.

- Le programme lui-même. Les CHSLD constatent qu'il y a une méconnaissance du programme et des services chez les référents car les informations transmises aux personnes et à leur famille diffèrent. Certains s'attendent à des services qu'ils ne peuvent leur offrir. Ils rappellent également que les services peuvent varier entre les CHSLD car ils ne disposent pas tous des mêmes ressources et qu'il faudrait en informer les référents. Ainsi est-il mentionné que les services de base sont les mêmes mais que des divergences existent dans, par exemple, les services nutritionnels, l'équipement, les services de réadaptation.

3^{ème} PARTIE : Principaux constats et pistes d'actions suggérées

L'analyse des données statistiques et l'appréciation du programme d'*Hébergement temporaire* par les principaux acteurs impliqués dans son expérimentation fait ressortir certains enjeux à prendre en compte afin d'améliorer l'accessibilité et le fonctionnement de ces services. Ces éléments ont été regroupés sous cinq thèmes.

1. La définition du programme d'hébergement temporaire

- **Les clientèles visées par les motifs d'hébergement *Répit*, *Dépannage* et *Protection sociale* sont globalement définies de la même façon par l'ensemble des partenaires et la prise en charge de celles-ci se fait sans trop de problème. Il n'en est pas de même pour la clientèle de *Convalescence* puisque les différences d'interprétation qui existent entre les acteurs concernant la clientèle visée et les services à lui offrir suscitent des problèmes de référence et de prise en charge.**

Les deux groupes d'acteurs, soit les centres hospitaliers référents et les CHSLD receveurs ne donnent pas la même interprétation à la notion de *Convalescence* en hébergement temporaire ainsi qu'aux services de réadaptation annoncés dans le programme-cadre. Cette situation suscite énormément d'insatisfaction de part et d'autre.

Pour une partie de la clientèle qu'ils réfèrent, les CHSGS s'attendaient à un certain type de prise en charge qui est peu fait. De leur côté, les CHSLD prévoyaient héberger une clientèle ayant besoin d'une convalescence à caractère social et ils réalisent recevoir des personnes nécessitant beaucoup de soins ou requérant de la réadaptation active. Ne disposant pas des ressources pour assumer cette clientèle et étant conscient de leurs besoins, une énorme pression s'exerce sur le personnel. Selon les CHSLD, une partie de la clientèle qui leur est référée relèverait plus de soins subaigus. Les CHSGS mentionnent d'ailleurs y faire parallèlement des demandes de services.

Les différents problèmes qui existent après un an d'expérimentation mettent en évidence la nécessité de préciser la clientèle visée par le motif *Convalescence* ainsi que celle visée par les services de soins subaigus.

Pistes d'action

Dans ce contexte, il serait pertinent de :

- Redéfinir, en collaboration avec les acteurs impliqués, la notion de *Convalescence* du programme d'*Hébergement temporaire* ainsi que les services, particulièrement de réadaptation, qui s'y rattachent.
- **L'expérimentation montre que les délais prévus pour l'obtention de l'information par les CHSLD avant l'admission sont réalistes pour une bonne partie de la clientèle visée par le programme d'hébergement temporaire mais trop longs pour des situations d'urgence.**

Selon les modalités d'accès au programme, les données sur la clientèle doivent parvenir aux établissements receveurs dans un délai de 48 heures avant l'admission de la personne pour ce qui est de l'hébergement planifié et en deçà de 48 heures, lorsque requis dans les autres situations. Ces délais sont considérés trop longs pour une partie de la clientèle qui exige un hébergement dans les 24 heures.

Ces clientèles peuvent provenir des CLSC pour les motifs *Dépannage* et *Protection sociale* ou des services d'urgence des centres hospitaliers pour le motif *Convalescence*. L'expérimentation démontre que des hébergements se font déjà, sur une base exceptionnelle, dans des délais de 24 heures et moins. Cette pratique est cependant encore trop limitée et ne permet pas de répondre à toutes les situations auxquelles les intervenants doivent pallier en effectuant un placement rapide.

Un problème supplémentaire se pose pour les services d'urgence des centres hospitaliers qui souhaitent obtenir, les fins de semaine et les jours fériés, un hébergement dans un délai de 24 heures pour leur clientèle en *Convalescence*. Le nombre limité de lits accessibles durant cette période vient ajouter des délais d'admission²².

Pistes d'action

Afin d'assurer l'accès aux services d'hébergement temporaire dans des délais qui tiennent compte des besoins de la clientèle, il est suggéré :

- De revoir les délais prévus pour l'admission afin d'augmenter le nombre d'admissions pouvant être fait dans les 24 heures;

²² Rappelons que, durant cette période, les intervenants du service d'admission ont accès aux 25 lits en hébergement non planifié et à 12 lits en hébergement planifié.

➤ D'augmenter le nombre de lits accessibles pour le motif *Convalescence* durant les fins de semaine et les jours fériés;

- **Les informations requises pour les admissions sont considérées comme problématiques tant par les référents, qui n'arrivent pas à se conformer aux exigences requises, que par les établissements receveurs qui jugent ne pas obtenir toutes les données appropriées.**

D'une part, les référents soulignent les problèmes qu'ils ont à recueillir l'information requise. Ces difficultés concernent particulièrement l'obtention de l'évaluation médicale pour les situations de *Dépannage* et *Protection sociale* dans les CLSC et pour les demandes de *Convalescence* en provenance des services d'urgence des centres hospitaliers. La non-disponibilité des médecins pour remplir ce formulaire représente un obstacle majeur qui entraîne des délais. D'autres formulaires, telle la réanimation cardio-vasculaire sont considérés comme difficiles à faire compléter dans les situations où les intervenants connaissent peu la personne ou sa famille.

Des problèmes existent dans les services d'urgence des CHSGS pour préciser le niveau de soins requis par la personne puisque celle-ci est connue depuis peu de temps. Une partie de l'information du formulaire de référence interétablissement est jugée répétitive et non pertinente pour un hébergement temporaire. La lourdeur qu'implique la conformité aux exigences a des conséquences tels des délais d'admission, des orientations vers d'autres ressources ou des retours à domicile dans des conditions difficiles.

D'autre part, les établissements receveurs insistent sur les difficultés et les impacts résultant de la réception de dossiers incomplets ou confus. En effet, ces situations leur demandent un investissement important en ressources professionnelles et médicales afin, soit d'obtenir l'information requise ou de clarifier celle indiquée. L'accès à toute l'information appropriée est rappelé comme étant une condition essentielle leur permettant d'offrir les services appréciés.

Pistes d'action

Afin d'améliorer le processus d'accès aux services d'hébergement temporaire tout en permettant aux établissements receveurs d'obtenir l'information qu'il juge pertinente, il est recommandé de :

➤ Revoir, en collaboration avec les différents groupes d'acteurs, les informations requises dans la perspective de les alléger.

- Sensibiliser les médecins à l'importance de leur implication dans la préparation de l'évaluation médicale afin que la clientèle puisse bénéficier des services dans les délais requis;
- Diffuser les orientations prises sur ces questions à l'ensemble des partenaires afin de s'assurer d'une compréhension et d'une application commune.

2. Les clientèles

- **La clientèle ayant des particularités a plus de difficultés d'accès au programme.**

L'accès aux services d'hébergement pour les clientèles des communautés culturelles ainsi que celles ayant des problèmes particuliers semble être plus difficile. Dans le cas des clientèles des communautés culturelles, les modifications apportées dans la répartition des sites ont eu comme effet de réduire le nombre de lits dans leurs secteurs d'origine où les ressources étaient adaptées à leurs besoins.

Pour les autres clientèles, telles celles ayant des troubles de comportement, des antécédents psychiatriques tout en étant stables, des problèmes cognitifs ou un handicap particulier, des lits ont été assignés mais les référents trouvent que l'accès y est difficile. Il n'est pas possible de déterminer à cette étape-ci si cette situation découle d'une insuffisance de lits assignés ou d'une interprétation différente de la lourdeur de la clientèle visée.

Pistes d'action

Afin d'assurer l'accessibilité à l'ensemble de la clientèle âgée visée par ce programme, il s'avérerait nécessaire de :

- Réviser la distribution des sites sur le territoire en tenant compte des dimensions socioculturelles rattachées à certains centres d'hébergement;
- Réévaluer, en concertation avec les établissements référents et receveurs, la définition des clientèles ayant des problèmes particuliers ainsi que le nombre de ressources disponibles.

- **Le suivi psychosocial des clientèles admises est considéré comme un complément essentiel afin d’assurer une qualité et un continuum de services. Pour une partie de la clientèle référée en *Convalescence*, ce suivi psychosocial n’est pas toujours assuré, ce qui résulte en des problèmes pour les référents et les receveurs.**

Pour la majorité des clientèles hébergées, le suivi psychosocial est assumé de manière satisfaisante. Ainsi, le suivi assumé par les CLSC référents pour le motif *Répît* est apprécié. Il en est de même du suivi psychosocial assumé par le CLSC Rosemont pour les motifs *Protection sociale*, *Dépannage* et occasionnellement pour le motif *Convalescence*. On déplore d’ailleurs que l’ensemble de cette clientèle qui aurait besoin d’un tel soutien ne puisse y accéder puisque des problèmes se posent pour une partie de ces personnes.

Selon la procédure établie pour ces situations, le centre hospitalier fait la demande d’hébergement et doit parallèlement référer la personne au CLSC de son territoire afin que celui-ci assume le suivi psychosocial. Ce fonctionnement ne semble pas donner les résultats escomptés surtout pour la clientèle qui n’est pas connue du CLSC. En effet, les centres hospitaliers mentionnent ne pas être en mesure de répondre aux relances qui leur sont faites par les CHSLD vers la fin du séjour de la personne afin de connaître ce qui est prévu. Ceux-ci font cette relance lorsqu’il leur apparaît évident qu’un retour à domicile sans service n’est pas approprié et qu’une évaluation est nécessaire. Les CHSLD soulignent qu’il n’est pas de leur responsabilité d’avoir à assumer ce suivi et qu’il relève du CLSC et du centre hospitalier référent. Les CLSC ont mentionné être conscients de leur responsabilité dans ce secteur mais les ressources dont ils disposent font qu’il y a des délais importants de prise en charge.

Piste d’action

Compte tenu de l’importance d’assurer un suivi psychosocial des personnes hébergées pour le motif de *Convalescence*, il serait nécessaire de:

- Clarifier les responsabilités en matière de suivi psychosocial sur la base des mandats déjà définis pour chaque type d’établissements;
- Évaluer la possibilité que les intervenants sociaux du CLSC, responsables du volet psychosocial, puissent assumer le suivi des personnes en *Convalescence* référées par les services d’urgence des centres hospitaliers et ce, jusqu’à la prise en charge par le CLSC du territoire concerné.

3. Les services d'hébergement

- **La répartition actuelle des sites d'hébergement temporaire sur le territoire de Montréal-Centre et le fait que l'assignation d'une ressource ne soit pas nécessairement reliée au lieu de résidence de la personne sont considérés comme deux facteurs ayant un impact négatif sur l'accessibilité et la qualité des services.**

Les établissements participant actuellement au programme d'hébergement temporaire sont répartis de telle façon dans la région de Montréal-Centre que leur distribution sur la base des sept anciens sous-territoires utilisés²³ indique que deux territoires sont peu desservis : il s'agit des sous-territoires de l'hôpital Ste-Justine et de l'hôpital Général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill. Les effets de cette situation sont amplifiés par le fait que ces territoires regroupent une partie des communautés culturelles. Cette organisation des sites représente une perte de ressources pour les référents de ces territoires.

Le fait que le lieu de résidence de la personne ne constitue pas un critère d'assignation d'une ressource et qu'ainsi, elle puisse être hébergée dans un autre secteur constitue un handicap important de ce programme. Tous les référents ont insisté sur les réticences manifestées par les personnes et leur famille à utiliser une ressource à l'extérieur de leur milieu de vie. Ceci résulte en des annulations ou en des refus dès l'annonce de cette possibilité alors que la pertinence de l'hébergement est indéniable pour les intervenants. Ce mode de fonctionnement signifie aussi un alourdissement des démarches pour obtenir un hébergement puisque lors des premiers échanges avec les personnes et leur famille, les intervenants ne sont pas en mesure d'annoncer le ou les lieux d'hébergement possibles.

Ces aspects constituent des éléments importants dans la prise de décision par la personne ou sa famille. Compte tenu des caractéristiques de la clientèle visée, les partenaires trouvent que l'assignation de ressources par sous-territoire est une dimension importante à ajouter au programme. Ce regroupement aurait, selon eux, un impact positif sur le fonctionnement des services puisqu'il faciliterait les échanges entre les intervenants d'un même secteur et favoriserait le développement d'une meilleure continuité de services.

Pistes de réflexion

Afin de favoriser une meilleure accessibilité et continuité de services en hébergement temporaire, il est suggéré de :

²³ Il s'agit ici des 7 territoires de Département de santé communautaire.

- Favoriser une meilleure répartition des sites afin que tous les sous-territoires de Montréal-Centre soient couverts en fonction de la clientèle potentielle à desservir;
 - Donner la priorité à un fonctionnement sous-régional afin de s'adapter aux caractéristiques de la clientèle visée et de favoriser le développement de continuum de services entre les établissements référents et receveurs.
- **Les conditions d'hébergement offertes par les CHSLD ont un impact sur l'utilisation des ressources et la qualité des services offerts.**

Pour faciliter la mise en place de ce programme et limiter son impact sur leurs ressources, la plupart des CHSLD ont choisi de répartir la clientèle d'hébergement temporaire parmi la clientèle hébergée sur une base permanente. Comme la plupart recourt également à des chambres multiples (double, quadruple et plus), ceci signifie que des clientèles ayant besoin de niveaux de soins différents sont regroupées.

Cette situation pose des problèmes pour une partie de la clientèle référée et ce, particulièrement pour le motif *Répît*. Les conséquences ont été mises de l'avant par les référents, à savoir : insatisfaction face au milieu de vie offert, refus ou annulation de la part des personnes ou des familles, séjours plus courts.

Pistes d'actions

Afin d'assurer une meilleure qualité de services, il serait pertinent :

- D'encourager le recours à des chambres individuelles ou sinon de retenir comme critères d'assignation le regroupement de clientèle ayant le même niveau de besoins;
 - D'évaluer l'impact de ces regroupements de services sur les ressources des établissements et de prévoir le soutien en conséquence.
- **Les durées de séjour réelles sont souvent plus longues que prévues et ces prolongations ont un impact sur la gestion des services d'hébergement**

Les durées de séjour annoncées dans le Programme-cadre ne correspondent pas à la réalité des besoins d'hébergement temporaire pour trois des motifs d'hébergement : la *Protection sociale*, le *Dépannage* et la *Convalescence*. Des ajustements ont eu lieu en cours d'expérimentation et celles-ci reflètent maintenant plus les besoins.

Un certain nombre d'hébergement requiert encore des prolongations qu'il serait possible de prévoir dès le moment de la référence. Ces prolongations impliquent que les nouvelles personnes devant être hébergées ne le seront pas et que l'investissement fait dans la préparation de leur arrivée s'avère inutile et devra être répété dans un autre établissement. Il est souhaité que l'on cherche à réduire le nombre de ces situations.

Pistes d'action

Afin de faciliter l'organisation des services en hébergement temporaire, il est suggéré de :

- Insister sur l'importance d'évaluer le plus possible la durée réelle de séjour même si elle ne correspond pas aux normes prévues et ce, dès le moment de la référence.

4. L'efficience visée par ce programme

- **Les résultats obtenus pour ce qui est des taux d'occupation et d'abandon se situent en deçà des objectifs fixés dans le *Plan d'amélioration des services* mais ils constituent, dans le premier cas, une amélioration de la situation antérieure. Le taux de fermeture avant admission des demandes acceptées demeure élevé.**

Trois données sont principalement à retenir de cette première année de fonctionnement, suite aux modifications apportées au programme *d'Hébergement temporaire*.

D'une part, les taux d'occupation obtenus représentent une amélioration et ce, même si l'objectif fixé au départ n'a pas été atteint. Rappelons en effet que les modifications apportées au programme *d'Hébergement temporaire* visaient entre autre l'amélioration du taux d'occupation et l'objectif visé était de 90%²⁴. Pour définir cet objectif, le *Plan 1998-2002* s'appuyait sur les données de l'année 1996-1997 où le taux d'occupation annuelle était de 65% en hébergement planifié et de 72% pour l'urgence sociale, en hébergement planifié. Les résultats pour l'année 2001-2002 indiquent un taux d'occupation de 71,1% en hébergement planifié et de 82,6%, en hébergement non planifié.

D'autre part, l'objectif de réduire le taux d'abandon n'est pas atteint puisque celui-ci est plus élevé que celui indiqué dans le *Plan 1998-2002*. En calculant le taux avec la même méthodologie, soit le nombre de désistement provenant des personnes ou de leur famille

²⁴ Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, p.51.

sur le nombre total de demandes, les résultats étaient pour 1996-1997 de 17,5% et pour 2001-2002, de 19 %.

En dernier lieu, lorsque l'on considère l'ensemble des dossiers acceptés mais qui sont fermés avant l'admission, le pourcentage est de 33% pour l'ensemble de l'hébergement temporaire. Il est de 29,6% en hébergement planifié et de 47,6% en hébergement planifié non planifié. Ce qui représente des pourcentages élevés alors qu'un des objectifs était de réduire le pourcentage d'annulation. Le désistement des personnes et de leur famille constitue le principal motif de fermeture (68,1% de toutes les fermetures) mais d'autres facteurs sont également à prendre en compte : l'hospitalisation du bénéficiaire (11,7%), la référence vers une autre ressource (6%) et l'admission permanente (5%) .

De ces données, on retient que le taux d'occupation peut certainement être amélioré même si l'objectif de 90% indiqué dans le *Plan 1998-2002* apparaît irréaliste pour les partenaires. Tout en sachant qu'une partie des désistements est reliée au type de clientèle visée, il ressort qu'une des façons d'améliorer le taux d'occupation serait de réduire les fermetures avant l'admission. L'expérimentation met en évidence certaines pistes à explorer notamment, une meilleure sélection des clientèles afin de réduire les fermetures dues à l'hospitalisation, l'admission permanente et la référence vers une autre ressource. En ce qui concerne le désistement des personnes et de leur famille, diverses raisons invoquées par celles-ci pour refuser l'hébergement pourraient être prises en considération, soit la localisation des sites et les conditions d'hébergement.

Pistes d'action

Afin d'améliorer l'efficience de ce programme, il est suggéré de :

- Chercher à améliorer les taux d'occupation et à réduire le taux d'abandon en agissant sur les facteurs de désistement identifiés par les différents acteurs.

5. Les besoins d'information

- **De l'information régulière sur le programme et sur la gestion de celui-ci serait appréciée par les partenaires et en faciliterait l'utilisation**

L'information donnée lors de la mise en place du nouveau programme n'a pas été suffisante puisque les rencontres avec les partenaires ont permis de constater les perceptions différentes qui existent concernant la définition et les procédures. Les ajustements qui ont eu lieu au cours de la première année de fonctionnement ne sont

également pas connus de l'ensemble des partenaires. Une mise à jour régulière de celle-ci s'avère particulièrement nécessaire en période d'implantation puisqu'elle permet de clarifier les interprétations différentes qui se posent en cours d'expérimentation et d'informer le nouveau personnel. Des partenaires ont d'ailleurs suggéré qu'une brochure explicative portant sur la définition des motifs d'hébergement et sur la procédure à suivre soit mise à la disposition des divers établissements.

Un autre besoin d'information soulevé par les partenaires concerne les données sur la gestion du programme. D'une part, les CHSLD apprécieraient recevoir régulièrement de l'information sur les admissions prévues dans leur établissement et ce, afin de pouvoir mieux planifier l'utilisation de leurs ressources. Le taux élevé d'annulations des demandes d'hébergement amène cependant à questionner la pertinence de diffuser cette information. D'autre part, les établissements référents aimeraient être informés des disponibilités et des ajouts de lits durant certaines périodes, particulièrement celles de leur territoire, afin d'en favoriser l'utilisation et ce, surtout pour le motif *Répît*.

Pistes d'action

Pour assurer une meilleure connaissance et suivi du programme, il est suggéré de :

- Prévoir diffuser régulièrement de l'information aux partenaires sur le contenu du programme et les procédures, sous forme de documents ou de rencontres;
- Explorer la possibilité de fournir aux établissements des données sur les admissions et les disponibilités de ressources.

Conclusion

Le mandat du Service des études et de l'évaluation consistait à faire une évaluation du programme d'*Hébergement temporaire* suite aux modifications apportées dans l'accessibilité aux services et les modalités de fonctionnement.

Un des constats à retenir est que ce programme est apprécié par les partenaires parce qu'il joue un rôle important dans le maintien à domicile d'une clientèle âgée. L'expérimentation fait cependant ressortir un certain nombre d'éléments à améliorer. Les actions à entreprendre peuvent être ainsi résumées :

- Clarifier les éléments problématiques du programme, soit les clientèles et les services couverts par le motif *Convalescence*;
- Adapter le programme afin d'alléger les procédures d'admission, de favoriser un fonctionnement sous-régional, de réduire les délais d'admission pour une partie de la clientèle et d'augmenter le nombre de ressources en hébergement non planifié;
- Informer régulièrement les partenaires sur le programme et sur le suivi de gestion.

ANNEXE 1

RÉPARTITION DES SITES D'HÉBERGEMENT ET DESCRIPTION DES PARTICULARITÉS DE CHACUN

Sites désignés	Hébergement temporaire planifié ¹	Hébergement temporaire non planifié ²	Particularités ³
Sous-région Est			
Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	9	6	Clientèle italophone Anglophone et francophone Unité spécifique
Centre d'accueil Dante	3		
Centre Le Cardinal	4		
Centre de soins prolongés	15		
Centre Triest	1		
Sous-région Ouest			
Foyer Dorval	15		Clientèle de moins de 2.5 hres/soins
Pavillon Camille-Lefebvre (de l'Hôpital de Lachine)	4	5	
C.A. Lasalle	4		Clientèle de moins de 3.0 hres/soins
Sous-région Sud			
CH Jacques Viger	15		Adultes de moins de 65 ans ou ayant des troubles légers de comportement (3 lits) Clientèle juive (2 lits)
Les CHSLD Centre-Ville de Mtl: Rés. St-Charles-Borromée	7	2	
Manoir l'Âge d'Or	6	2	
CHSLD du Plateau Mont-Royal:			
Centre Jean-de-la-Lande	2	6	
CHSLD St-Georges ⁴	14		
Sous-région Nord			
CH Notre-Dame de Merci	15	4	Adultes de moins de 65 ans ou ayant des troubles légers de comportement (3 lits) Clientèle ethnoculturelle, sourde et malentendante
Manoir Cartierville	2		
Sous-total	116	25	
Grand total	141 lits ⁵		

¹ Répit, convalescence.

² Dépannage, protection sociale.

³ Particularités: lits intégrés dans le nombre de lits d'hébergement temporaire planifié.

⁴ Ces lits sont disponibles durant la période de rénovations en cours au Centre Jean-de-la-Lande.

⁵ À ces lits ouverts à l'année s'ajoutent des lits ouverts durant certaines périodes. Ainsi, des lits en hébergement planifié sont disponibles entre le 1^{er} juin et le 15 septembre au CHSLD Le Bourget (2 lits), au CHSLD Jeanne Le Ber (2 lits), au CH Gériatrique Maimonides (2 lits).

ANNEXE 2 : DONNÉES SUR LES DEMANDES REÇUES ET ACCEPTÉES

TABLEAU 2.1 : DEMANDES REÇUES

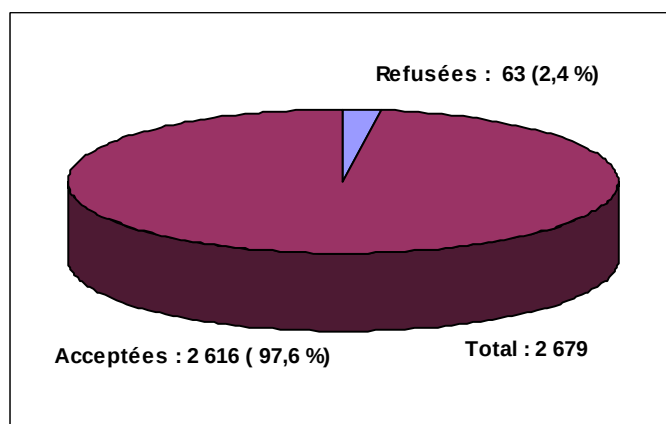


TABLEAU 2.2 : RÉPARTITION DES DEMANDES ACCEPTÉES PAR PÉRIODE

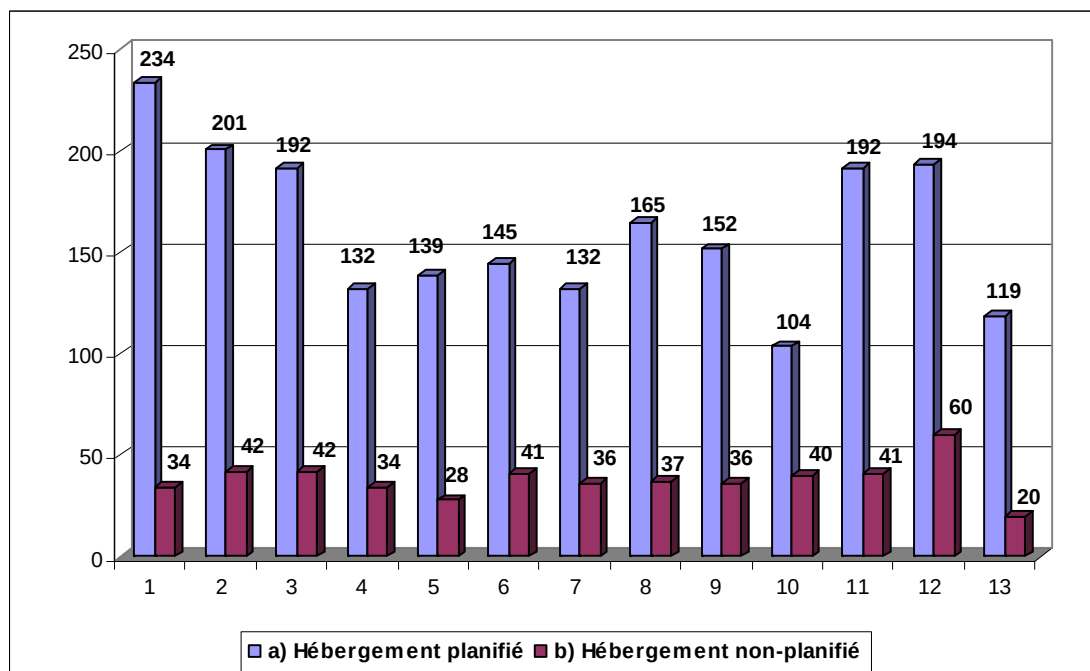


TABLEAU 2.3 : RÉPARTITION DES DEMANDES ACCEPTÉES PAR MOTIFS

Lits d'hébergement	Hébergement planifié		Hébergement non-planifié		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Répit	1509	71,1%	3	0,6%	1512	57,8%
Convalescence	427	20,1%	172	34,8%	599	22,9%
Dépannage	177	8,3%	262	53,0%	439	16,8%
Protection sociale	9	0,4%	57	11,5%	66	2,5%
Total	2122	100,0%	494	100,0%	2616	100,0%

TABLEAU 2.4 : ÉTAT AU 8 AVRIL 2002 DES DEMANDES ACCEPTÉES ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2001 ET LE 31 MARS 2002

État du dossier	Lits d'hébergement planifié		Lits d'hébergement non-planifié		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Attente d'admission	240	11,3%	17	3,4%	257	9,8%
Admission en cours ou complétée	1253	59,0%	242	49,0%	1495	57,1%
Fermés avant admission	629	29,6%	235	47,6%	864	33,0%
Total	2122	100,0%	494	100,0%	2616	100,0%

TABLEAU 2.5 : RÉPARTITION DES DOSSIERS FERMÉS AVANT ADMISSION SELON LES MOTIFS DE FERMETURE

Motifs de fermeture	Hébergement planifié		Hébergement non-planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Désistement	403	64,1%	185	78,7%	588	68,1%
Admission en USLD	3	0,5%		0,0%	3	0,3%
Admission permanente avant le temporaire	42	6,7%	1	0,4%	43	5,0%
Chambre privée non-disponible	6	1,0%	5	2,1%	11	1,3%
Décès	22	3,5%	1	0,4%	23	2,7%
Hospitalisation du bénéficiaire	89	14,1%	12	5,1%	101	11,7%
Non disponibilité de lits au CHSLD demandé	6	1,0%	2	0,9%	8	0,9%
Non disponibilité de lits dans la sous-région	8	1,3%	3	1,3%	11	1,3%
Non-disponibilité de lits dans la région 06	2	0,3%	2	0,9%	4	0,5%
Particularités socio-culturelles	3	0,5%	1	0,4%	4	0,5%
Placement hors-région		0,0%	1	0,4%	1	0,1%
Référence vers une autre ressource	38	6,0%	14	6,0%	52	6,0%
Refus de l'installation recevante	4	0,6%	4	1,7%	8	0,9%
Autre	3	0,5%	4	1,7%	7	0,8%
Total	629	100,0%	235	100,0%	864	100,0%

TABLEAU 2.6 : RÉPARTITION SELON LE MOMENT DE LA DEMANDE

Moment de l'admission	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Dossiers refusés		Total	
SEMAINE:	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
8h30 - 17h	2119	99,9%	471	95,3%	61	96,8%	2651	99,0%
17h - 22h	2	0,1%	6	1,2%		0,0%	8	0,3%
Total semaine	2121	100,0%	477	96,6%	61	96,8%	2659	99,3%
FIN DE SEMAINE:								
8h30 - 17h	1	0,0%	17	3,4%	2	3,2%	20	0,7%
Total fin de semaine	1	0,0%	17	3,4%	2	3,2%	20	0,7%
GRAND TOTAL	2122	100,0%	494	100,0%	63	100,0%	2679	100,0%

TABLEAU 2.7 : RÉPARTITION DES DEMANDES SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENTS RÉFÉRENTS ET LE MOTIF D'HÉBERGEMENT

Établissements référents	Répit		Convalescence		Dépannage		Protection sociale		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CHSGS	54	3,6%	440	73,5%	125	28,5%	25	37,9%	644	24,6%
CHSLD	15	1,0%	10	1,7%	5	1,1%	1	1,5%	31	1,2%
CLSC	1427	94,4%	136	22,7%	296	67,4%	40	60,6%	1899	72,6%
INCONNUS	3	0,2%	5	0,8%	7	1,6%		0,0%	15	0,6%
AUTRES ⁽¹⁾	13	0,9%	8	1,3%	6	1,4%		0,0%	27	1,0%
TOTAL	1512	100,0%	599	100,0%	439	100,0%	66	100,0%	2616	100,0%

⁽¹⁾ La catégorie "autres" regroupe principalement les centres hospitaliers psychiatriques et les centres hospitaliers de réadaptation.

ANNEXE 3

DONNÉES SUR LES ADMISSIONS

TABLEAU 3.1 : NOMBRE D'ADMISSIONS

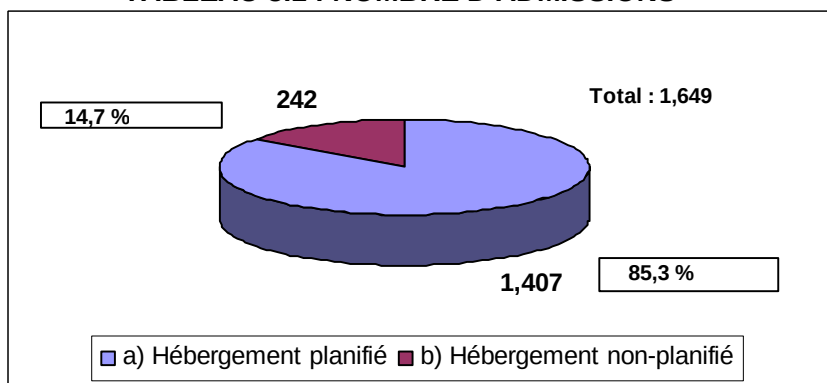


TABLEAU 3.2 : NOMBRE D'ADMISSIONS PAR ÉTABLISSEMENT

Hébergement planifié	Nombre d'admission	Nbre de lits ouverts à l'année
CA Dante	35	3
CA Lasalle	52	4
Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	138	9
Centre d'hébergement St-Georges	139	14
Centre de Soins Prolongés de Montréal	153	15
Centre Le Cardinal	37	4
Centre Triest	3	1
CH de Lachine	62	4
CH Gériatrique Maimonides	7	
CH Jacques-Viger	158	15
CH Notre-Dame de la Merci	196	15
CHSLD Bourget	11	
CHSLD Ste-Rita (Vigi Santé)	9	
Foyer Dorval	149	15
Hôp. St-Charles-Borromée	89	7
Les Floralties Verdun (M.des Roseraies)	6	
Manoir Cartierville	29	2
Manoir l'Âge d'Or	84	6
Pavillon Jeanne Leber	15	
Résidence Jean-de-la Lande	35	2
Total	1407	116

Hébergement non planifié	Nombre d'admission	Nbre de lits ouverts à l'année
Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin	64	6
CH de Lachine	42	5
CH Notre-Dame de la Merci	36	4
Hôp. St-Charles-Borromée	21	2
Manoir l'Âge d'Or	20	2
Résidence Jean-de-la Lande	59	6
Total	242	25

(1) Il s'agit de l'ensemble des admissions incluant celles faites dans les établissements qui offrent des services d'hébergement sur une base temporaire.

TABLEAU 3.3 : NOMBRE D'ADMISSIONS PAR MOTIF D'HÉBERGEMENT ET PÉRIODE POUR L'HÉBERGEMENT PLANIFIÉ ET POUR L'HÉBERGEMENT NON PLANIFIÉ

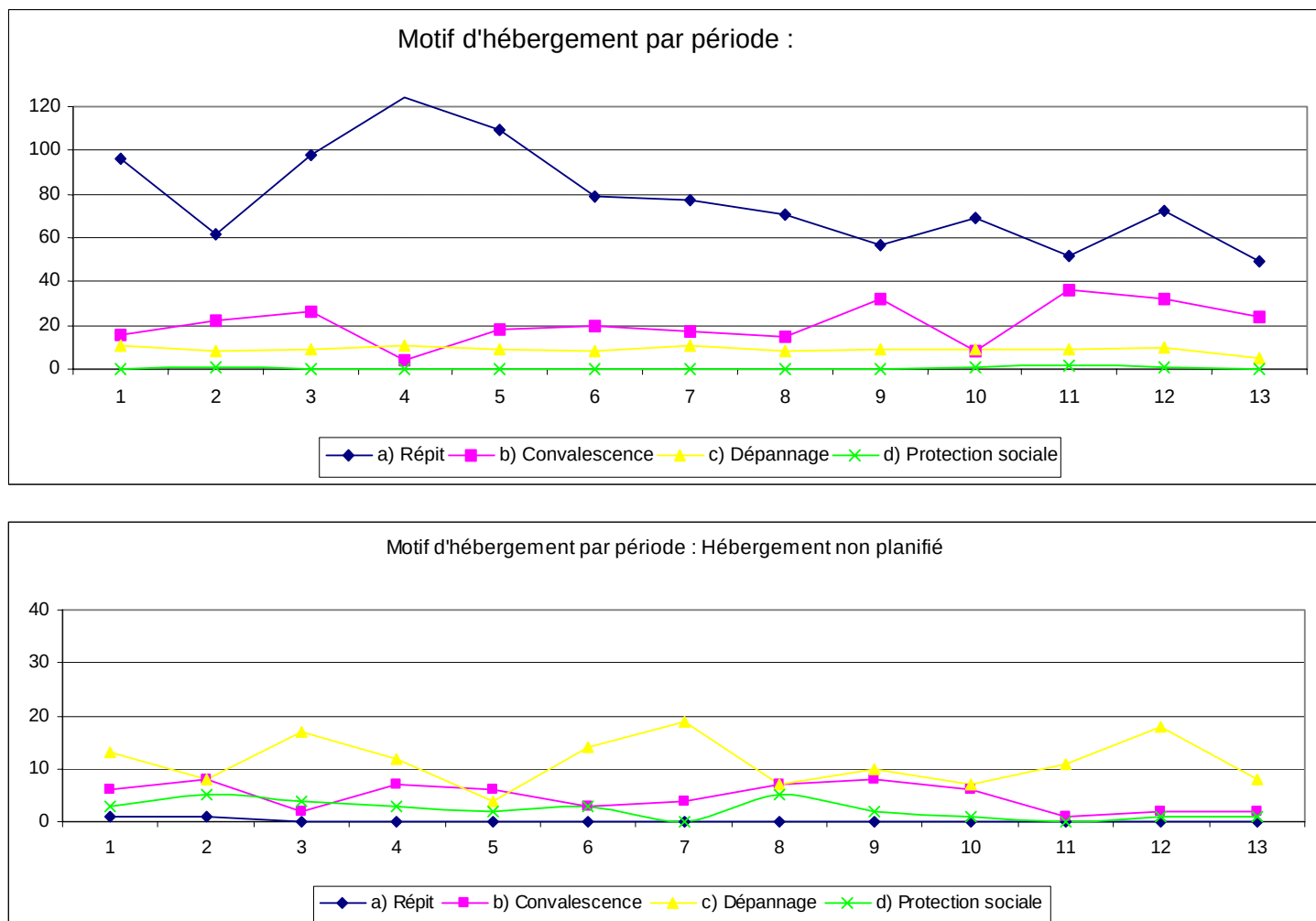


TABLEAU 3.4 : RÉPARTITION SELON LE MOMENT DE L'ADMISSION

Moment de l'admission	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
SEMAINE:						
8h30 - 17h	1389	98,7%	212	87,6%	1601	97,1%
17h - 22h	12	0,9%	11	4,5%	23	1,4%
Total semaine	1401	99,6%	223	92,1%	1624	98,5%
FIN DE SEMAINE:						
8h30 - 17h	6	0,4%	18	7,4%	24	1,5%
17h - 22h		0,0%	1	0,4%	1	0,1%
Total fin de semaine	6	0,4%	19	7,9%	25	1,5%
GRAND TOTAL	1407	100,0%	242	100,0%	1649	100,0%

TABLEAU 3.5 : RÉPARTITION SELON LE SEXE

Sexe	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Femme	846	60,1%	154	63,6%	1000	60,6%
Homme	561	39,9%	88	36,4%	649	39,4%
Total	1407	100,0%	242	100,0%	1649	100,0%

TABLEAU 3.6 : RÉPARTITION SELON LA LANGUE MATERNELLE

Langue	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Allemand	3	0,2%	1	0,4%	4	0,2%
Anglais	226	16,1%	34	14,0%	260	15,8%
Arabe	4	0,3%	2	0,8%	6	0,4%
Arménien	3	0,2%		0,0%	3	0,2%
Chinois	2	0,1%	1	0,4%	3	0,2%
Espagnol	13	0,9%		0,0%	13	0,8%
Français	1011	71,9%	195	80,6%	1206	73,1%
Grec	4	0,3%		0,0%	4	0,2%
Haïtienne créole	7	0,5%	1	0,4%	8	0,5%
Italien	92	6,5%	6	2,5%	98	5,9%
Polonais	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
Portugais	8	0,6%	1	0,4%	9	0,5%
Russe	5	0,4%		0,0%	5	0,3%
Autres	7	0,5%	1	0,4%	8	0,5%
Non-disponible	20	1,4%		0,0%	20	1,2%
Yiddish	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
Total	1407	100,0%	242	100,0%	1649	100,0%

TABLEAU 3.7 : RÉPARTITION SELON LES GROUPES D'ÂGE

Groupe d'âge	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
18 à 54 ans	93	6,6%	20	8,3%	113	6,9%
55 à 64 ans	91	6,5%	14	5,8%	105	6,4%
65 à 74 ans	276	19,6%	56	23,1%	332	20,1%
75 à 84 ans	522	37,1%	88	36,4%	610	37,0%
85 ans et plus	425	30,2%	64	26,4%	489	29,7%
Total	1407	100,0%	242	100,0%	1649	100,0%

TABLEAU 3.8 : RÉPARTITION SELON LA RÉGION DE PROVENANCE DES BÉNÉFICIAIRES

Provenance	Hébergement planifié		Hébergement non planifié		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
ABITIBI-TEMISCAMINGUE	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
BAS-ST-LAURENT		0,0%	1	0,4%	1	0,1%
LANAUDIERE	3	0,2%		0,0%	3	0,2%
LAURENTIDES	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
LAVAL	16	1,1%	1	0,4%	17	1,0%
MONTEREGIE	9	0,6%	1	0,4%	10	0,6%
MONTREAL-CENTRE	1376	97,8%	239	98,8%	1615	97,9%
QUEBEC	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
Total	1407	100,0%	242	100,0%	1649	100,0%

TABLEAU 3.9 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR MOTIF D'HÉBERGEMENT ET ÉTABLISSEMENT POUR L'ANNÉE 2001-2002

Hébergement planifié	Répit		Convalescence		Dépannage		Protection sociale		Total	
	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS
CA Dante	35	22,3							35	22,3
CA Lasalle	49	17,9			2	21,0			51	18,0
C.d'héberg.Ch-Marie-Victorin	116	17,1	10	16,4	8	18,3			134	17,2
Centre d'hébergement St-Georges	59	23,4	57	26,9	14	31,6			130	25,8
Centre Soins Prolongés de Mtl	99	23,0	32	30,4	12	36,3			143	25,8
Centre Le Cardinal	27	15,1	7	23,3	2	23,5			36	17,1
Centre Triest	2	53,5			1	16,0			3	41,0
CH de Lachine	46	19,9	7	17,7	7	18,6			60	19,5
CH Gériatrique Maimonides	6	22,2	1	14,0					7	21,0
CH Jacques-Viger	90	22,9	39	25,8	19	23,8	1	29	149	23,8
CH Notre-Dame de la Merci	143	18,7	28	25,6	18	18,4	1	48	190	19,9
CHSLD Bourget	6	21,2	4	20,5			1	25	11	21,3
CHSLD Ste-Rita (Vigi Santé)	1	11,0	5	19,8					6	18,3
Foyer Dorval	101	17,1	25	22,7	14	17,4			140	18,2
Hôp. St-Charles-Borromée	69	20,1	8	25,9	7	18,0			84	20,4
Les Florales Verdun (M.Roseaies)	3	18,0	1	6,0					4	15,0
Manoir Cartierville	25	19,3	1	15,0	2	16,0	1	8	29	18,6
Manoir l'Age d'Or	65	19,7	14	18,7	3	16,3			82	19,4
Pavillon Jeanne Leber	12	18,7	2	16,5	1	5,0			15	17,5
Résidence Jean-de-la Lande	34	16,0	1	16,0					35	16,0
Total	988	19,7	242	24,7	110	22,7	4	27,5	1344	20,9

Hébergement non planifié	Répit		Convalescence		Dépannage		Protection sociale		Total	
	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS	Admission	DMS
C.d'héberg.Ch-Marie-Victorin			14	27,4	40	23,2	6	18,8	60	23,7
CH de Lachine			13	29,3	20	31,8	9	49,0	42	34,7
CH Notre-Dame de la Merci			6	37,5	22	28,3	7	26,4	35	29,5
Hôp. St-Charles-Borromée			8	28,8	11	22,7			19	25,3
Manoir l'Age d'Or	2	29,5	2	42,0	13	21,8	2	34,0	19	26,1
Résidence Jean-de-la Lande			17	28,2	35	27,3	4	37,0	56	28,3
Total	2	29,5	60	29,7	141	26,1	28	34,1	231	28,0

**TABLEAU 3.10 : CALCUL PAR PÉRIODE DU TAUX D'OCCUPATION EN HÉBERGEMENT PLANIFIÉ
ET EN HÉBERGEMENT NON PLANIFIÉ**

Taux d'occupation		
Périodes	Hébergement planifié	Hébergement non-planifié
1	65,2%	73,3%
2	65,8%	79,7%
3	66,9%	83,4%
4	73,7%	74,3%
5	79,4%	78,1%
6	72,8%	79,3%
7	68,1%	84,9%
8	72,0%	87,9%
9	70,4%	80,3%
10	69,8%	82,3%
11	74,2%	85,3%
12	75,2%	80,4%
Total	71,1%	82,6%

ANNEXE 4

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES EN PROVENANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

1. POUR LES CLSC:

▸ □ LES PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION¹:

Jacynthe Laurendeau, CLSC St-Michel
Myriam Proulx, CLSC Côte-des-Neiges
Lucie Delwaide, CLSC des Faubourgs
Michèle Nadeau, CLSC Plateau Mont-Royal
Chantale Guillemette, CLSC Mercier-Est/Anjou
Chantal Beaudoin, CLSC du Vieux Lachine
Lise Soulière, CLSC Rivière-des-Prairies
Jean Lachance, CLSC Métro
Luisa Zacchia, CLSC NDG-Mtl-Ouest
Esther Letendre, CLSC Pierrefonds
Irène Mattiocco, CLSC René-Cassin
Francine Boyer, CLSC Rosemont
Joanne Bellemare, CLSC St-Louis du Parc.

▸ □ Rencontre complémentaire:

Mmes Marcelle Lajoie, Noëlla Robert, Gyslaine Samson-Saulnier et Vermette, CLSC Rosemont.

2. POUR LES CHSGS

▸ □ LES PARTICIPANTS À UNE RENCONTRE DU REGROUPEMENT DES INTERVENANTS SOCIAUX EN SALLE D'URGENCE DE MONTRÉAL:

Julie Berger, Hôpital Angrignon
Nathalie Gauthier, Hôpital Lasalle
Sonia Waite, CHUM (Notre-Dame)
Marie-France Tessier Bécotte, CHUM (St-Luc)
Isabelle Maillé, Hôpital Fleury
Johanna Salvanos, Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis
Marie-Carmélite Millien, Hôpital Lachine
Myriam Jochems, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Sandra Guillemette, Hôpital du Sacré-Cœur
Andrée Sirois, Hôpital du Sacré-Cœur
Hélène Lecavalier, Hôpital Santa-Cabrini

▸ □ Rencontre complémentaire:

Mmes Claire Beaudin, Sonia Watt et M. Sylvio Rio du CHUM.

¹ L'information sur la consultation organisée sur le Programme d'hébergement temporaire a été transmise à l'ensemble des CLSC de la région de Montréal-Centre.

3. POUR LES CHSLD

▸ □ LES PARTICIPANTS À UN GROUPE DE DISCUSSION:

Diane Varin, C.H. St-Georges
Francine Beaudoin, CHSLD du Plateau Mont-Royal
Claudia Birolini, C.A. Dante
Denyse Saey, C.H. Lachine
Charles G. Gallant, C.H. Lachine
Lise Fréchette, C.A. La Salle
Sylvie Desmarais, CHSLD Manoir Cartierville
Sylvie Guyot, C.H. Jacques Viger
Ginette Senez, Centre Le Cardinal
Renée Veilleux, Foyer Dorval
Hélène Poirier, C.H. Champlain-Marie-Victorin
France Charron, Centre Biermans-Triest
Maurice Ouellet, C.H. Notre-Dame-de-la-Merci
Madeleine Aganier, CHSLD Centre-Ville de Mtl
Céline Girard, Centre de Soins prolongés Grace Dart

▸ □ Rencontres complémentaires:

Dr Denis Bourbeau, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, responsable du comité de travail des médecins des CHSLD;

Mmes Suzanne Darveau et Madeleine Aganier, CHSLD Centre-Ville de Montréal;

Mme Martine Tessier et M. Maurice Ouellet, CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci.