



**Mémoire de l'Association  
québécoise d'établissements  
de santé et de services sociaux  
sur le plan d'action 2005-2010  
du ministère de la Santé et des  
Services sociaux**

**Les services aux aînés en  
perte d'autonomie**

**Un défi de solidarité**

**Mai 2005**

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.



Association des CLSC et des CHSLD du Québec  
1801, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 600  
Montréal (Québec) H3H 1J9  
Téléphone : (514) 931-1448  
Télécopieur : (514) 931-9577

Association des hôpitaux du Québec  
505, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 400  
Montréal (Québec) H3A 3C2  
Téléphone : (514) 842-4861  
Télécopieur : (514) 842-5910

**ISBN : 2-89515-145-8**

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre de 2005  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

## **Table des matières**

Introduction .....	1
1. Les enjeux du vieillissement de la population du Québec.....	4
2. Les principes directeurs comme fondements de l'action .....	6
3. Les deux objectifs du plan d'action .....	8
4. Le scénario d'adaptation des services véhiculé par le plan d'action .....	9
Conclusion .....	16
Sommaire des recommandations .....	17



## Introduction

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, au nom des établissements qu'elle représente, a été invitée à présenter sa position sur le plan d'action proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en regard des services aux aînés en perte d'autonomie intitulé « Les services aux aînés en perte d'autonomie; un défi de solidarité ».

Depuis plusieurs années déjà, l'Association a amorcé une réflexion sur les services aux aînés en perte d'autonomie qui constituent une partie importante de la clientèle desservie par ses établissements membres.

La réflexion associative a pris appui tant sur la tendance démographique qui aura un impact majeur en termes d'organisation sociale que sur la nécessaire transformation du réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux nouveaux besoins de la population, dans des formes et des modalités appelées à se développer.

Forts de la vision développée sur les volets soutien à domicile et hébergement de même que sur les recherches réalisées par les instituts universitaires de gériatrie, nous sommes heureux de livrer nos commentaires sur la proposition de plan d'action ministériel « Les services aux aînés en perte d'autonomie; un défi de solidarité ».

La position que nous exprimons aujourd'hui s'appuie sur des principes largement partagés dans notre réseau en regard des services à offrir aux personnes aînées en perte d'autonomie et qui sont :

- L'équité, l'universalité, la neutralité (pas de désincitatif financier relié au choix de la personne) et la gratuité des services;
- L'accessibilité, la continuité et la qualité des services;
- L'intégration sociale et l'appropriation des services par les aînés et leurs proches en respect de leur autonomie;
- L'utilisation efficiente et efficace des ressources et l'imputabilité.

Dans le cadre de la présente consultation, le MSSS propose d'aborder la proposition de plan d'action en fonction de quatre grands volets. Le présent document est donc conçu selon cette grille d'analyse et abordera tour à tour :

1. Les enjeux du vieillissement de la population du Québec;
2. Les principes directeurs comme fondements de l'action;
3. Les deux objectifs du plan d'action;
4. Le scénario d'adaptation des services véhiculé par le plan d'action.

Avant d'aborder les questions plus spécifiques, nous tenons à émettre quelques commentaires d'ordre plus général.

## **Commentaires généraux**

D'emblée, nous partageons les constats en regard de l'évolution de la clientèle présentée en introduction mais nous avons davantage de réserves quand il est écrit :

« D'une part, considérant le stade de développement qu'ils ont atteint, les services à domicile et les services à la communauté permettent à la grande majorité des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave de demeurer chez elle, avec l'assistance requise pour ces dernières et leurs proches. »

Il faut se rappeler ici que le Québec n'a pas encore réellement investi dans les services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et a consacré davantage de ressources pour les soins aigus à domicile, laissant la clientèle en perte d'autonomie dans les zones de décision binaire (domicile-hébergement) dénoncées dans le même paragraphe que la phrase citée précédemment.

Dans les faits, le Québec se classe maintenant bon dernier dans les provinces canadiennes en matière de soins à domicile avec un per capita de 94 \$ et un écart à la moyenne de 51 \$. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le Québec devrait hausser ses dépenses de 386 M \$ pour rejoindre la moyenne canadienne.

Nonobstant la nécessaire consolidation des services de soutien à domicile, nous partageons entièrement l'avis qu'il faut diversifier les réponses aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Des formules graduées sont en effet à imaginer pour accompagner nos citoyens qui se dirigent vers le grand âge et la fin de vie.

Ils sont les premiers à le réclamer, ils sont prêts à contribuer. Il est clair que la société civile doit faire sa part et que les zones de responsabilité devront être renégociées. La solution ne relève pas que du secteur de la santé et des services sociaux.

## **i. Les enjeux du vieillissement de la population du Québec**

Ce que nous partageons :

- L'analyse et les projections démographiques;
- L'orientation de se rendre au souhait des aînés en perte d'autonomie de rester dans leur milieu et de mettre en place les conditions favorables pour les proches qui acceptent d'exercer le rôle d'aidants. Sur ce dernier point, il serait bon de spécifier, en page 9, ce que le Conseil de la famille et de l'enfance entend par type d'aide apportée par les proches aidants. Il pourrait s'agir de support aux activités de la vie quotidienne, de support aux activités de la vie domestique ou encore, de support financier pour l'achat de services (nuance à apporter sur ce dernier volet à la page 10, 3<sup>e</sup> paragraphe);
- Le partage des responsabilités : nous convenons que le réseau de la santé et des services sociaux se concentre sur les actions propres à la prestation de services de santé et de services sociaux et assume un leadership en regard du soutien dans la communauté;
- La nécessité de mettre en place des mécanismes de collecte et de transfert d'informations pour mieux intervenir et mieux gérer la prestation de services. À cet effet, il faut rappeler que depuis 2002, le réseau a été formé à l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle. Le MSSS s'était engagé à informatiser cet outil pour faciliter le partage d'informations et éviter les doubles saisies et la redondance tant pour les intervenants du réseau que pour la clientèle. Nous attendons toujours cet outil informatisé.

### **Recommandation 1 :**

Que l'informatisation de l'outil d'évaluation multiclientèle soit insérée en priorité dans le plan d'action de même que celle du dossier patient partageable pour favoriser tant la qualité et la continuité des services que leur efficacité et leur efficacité.

Ce qui manque ou ce qui suscite des questionnements:

- L'effet d'une approche préventive sur le scénario d'évolution des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie;
- Le développement d'une approche sociétale éthique pour l'accès à des soins aigus ou des soins palliatifs;
- L'analyse des mouvements migratoires des aînés en perte d'autonomie. Certains indices sont déjà perceptibles. Nous assistons, au Québec, au déplacement des retraités vers les milieux urbains qui permettent un accès facilité aux soins aigus. De même, les appartements pour personnes âgées autonomes se développent près des centres-villes. De plus en plus, les parents âgés quittent les régions pour se rapprocher de leurs enfants. Cette réalité représentera un enjeu important pour le réseau de la santé et des services sociaux qui doit adapter rapidement son offre de services en fonction de l'approche populationnelle.
- Le lien avec les soins aigus et subaigus en support au soutien à domicile.

## 2. Les principes directeurs comme fondements de l'action

Ce que nous partageons :

- Le respect de la liberté de la personne de choisir pour elle-même;
- La volonté ferme de permettre aux aînés en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté;
- La solidarité à l'égard du proche aidant, à titre de client, de partenaire et de citoyen, et la reconnaissance du caractère volontaire de son engagement, qui résulte d'un choix libre et éclairé;

L'information à la population sur le soutien auquel elle est en droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente à ses besoins. Pour ce faire, nous recommandons :

### **Recommandation 2 :**

Qu'une instance gouvernementale prévoit et mette en place les modalités d'accès à l'information pour la population quant au soutien auquel elle est en droit de s'attendre. Cette responsabilité ne peut relever exclusivement du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'agit ici d'une responsabilité gouvernementale à l'endroit des aînés. Cette information devrait être centralisée et accessible selon des modalités qui conviennent aux personnes âgées.

- La réponse fondée sur les besoins, indépendamment du lieu où une personne réside, du type de résidence et du prestataire de services.

Ce qui manque ou ce qui suscite des questionnements :

- En lien avec le dernier libellé, il est spécifié en page 31, au point 3.2.3, que le plan global d'intervention immobilière doit prendre en compte l'élimination des chambres de plus de deux lits. De façon générale, nous partageons cette orientation pour permettre l'intimité des personnes hébergées mais il ne faudrait pas oublier la situation des couples hébergés qui veulent continuer à cohabiter.

### 3. Les deux objectifs du plan d'action

Ce que nous partageons :

- Améliorer l'accès aux services et soutenir le développement de formules diversifiées de logement, en vue d'offrir le plus d'options possibles aux aînés en perte d'autonomie et à leurs proches. Il faudrait cependant qualifier cet accès, soit l'accès géographique, socio-culturel, temporel...
- Offrir des services appuyés sur des standards de qualité. De quels services parle-t-on ici ? Il faudrait spécifier qu'il s'agit autant de ceux reliés à la courte durée, à la longue durée, ceux de première ligne, les services spécialisés, etc.

Ce qui manque ou ce qui suscite des questionnements :

- En page 11, la note de bas de page fait sourciller. Il y est spécifié que la politique de soutien à domicile harmonise les règles, les critères et les procédures, mais que la hauteur des ressources allouées est déterminée au sein de chaque programme-services. Il est étonnant que l'effort d'harmonisation soit contredit par le processus d'attribution des ressources comme si l'offre de services pouvait varier d'un programme-services à l'autre.
- En page 13, au point 3.1.2, on parle de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle en excluant les moyens reliés au positionnement. Or, la loi ne permet pas d'exclure les moyens reliés au positionnement. Il faudrait donc apporter des modifications au document.

#### 4. Le scénario d'adaptation des services véhiculé par le plan d'action

Le scénario d'adaptation devrait plutôt être dénommé un scénario de développement car il ne s'agit pas seulement d'adapter les services à partir des ressources actuelles mais bien de les développer.

##### **Recommandation 3 :**

Que soit reformulée l'appellation « scénario d'adaptation » pour la remplacer par celle de « scénario de développement ».

Avant d'aborder les différentes facettes du scénario, nous aimerions commenter la modalité d'implantation des services qui est proposée à savoir : maintenir le nombre de places d'hébergement en CHSLD à son niveau actuel pour les 65 ans et plus.

Actuellement, le critère d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée est le nombre d'heures soins assorti d'un plafond budgétaire relié aux soins à domicile. Il faudrait, selon nous, réactualiser ce scénario à partir des profils-clientèles (lourdes pertes d'autonomie, déficits cognitifs, sécurité) et des types de services à offrir comme les soins palliatifs et la convalescence.

##### **Recommandation 4 :**

Que le scénario d'adaptation (de développement) proposé sur la base du gel du nombre de places en hébergement et soins de longue durée soit révisé à partir d'un estimé réaliste basé sur les besoins de la clientèle (profils-clientèles tenant compte de l'ensemble des besoins de la clientèle et pas seulement des heures-soins) et des types de services qu'on veut offrir (hébergement pour les personnes en très grande perte d'autonomie, soins palliatifs, répit-dépannage et convalescence). À noter qu'il faudra défalquer de cette prévision, la clientèle des jeunes adultes hébergés.

➤ **Les services de prévention**

Nous sommes étonnés de la restriction des services de prévention aux chutes à domicile. En effet, d'autres problématiques entraînent des incapacités significatives et ne sont pas mentionnées telles la tension artérielle, l'abus, les séquelles d'accidents cardio-vasculaires et les troubles cognitifs. Pourquoi ne pas avoir retenu ces problématiques aux fins d'activités de prévention ? Par ailleurs, la prévention des accidents de la route devrait, selon nous, faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de l'augmentation importante du nombre de personnes très âgées.

En ce qui concerne plus spécifiquement le programme de prévention des chutes pour les aînés, il ne vise que les personnes à domicile. Pourquoi ne pas étendre cette intervention à toutes les personnes âgées mobiles? En outre, ce service de prévention, dans l'application de son volet non personnalisé (programme d'exercices de groupe) devrait idéalement relever de la responsabilité des municipalités.

**Recommandation 5:**

Que des stratégies de prévention et de gestion des risques en regard d'autres problématiques, dont les accidents de la route, soient élaborées et introduites dans le plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie.

➤ **Les services spécialisés**

Le document définit mal les services spécialisés. Pourrait-on mettre à profit les instituts de gériatrie pour former et soutenir les équipes régionales dans une perspective de soins et services hiérarchisés ? Dans la recension des services des autres pays, il aurait été intéressant de prendre connaissance de la façon dont le Danemark, l'Allemagne, les États-Unis et les autres provinces canadiennes ont déployé leurs services gériatriques spécialisés pour soutenir la première ligne et maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie. Enfin, il aurait été pertinent de relever le rôle des instituts de gériatrie et de les mettre à contribution pour définir les services spécialisés en gériatrie, réadaptation, santé mentale et maladies neurodégénératives que doit offrir le réseau. Autrement, la définition de l'offre de services spécialisés demeurera tributaire de leur disponibilité en région.

**Recommandation 6 :**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux tienne compte du rôle des instituts de gériatrie en regard des services spécialisés et identifie, avec eux, les services spécialisés en gériatrie, en réadaptation, en santé mentale et maladies neurodégénératives que doit offrir le réseau.

➤ **Les services de longue durée**

Nous comprenons bien et nous partageons l'orientation générale du plan d'action de développer les services à domicile. Ce faisant, il ne faut pas occulter la situation de l'hébergement et se rappeler que le taux de satisfaction aux besoins de la clientèle hébergée est intimement lié à la qualité des services. Or, ce taux de satisfaction oscille autour de 75 %. Est-ce une norme acceptable ?

**Recommandation 7 :**

Que le taux de satisfaction aux besoins de la clientèle hébergée fasse l'objet d'une recommandation ministérielle et soit vérifié via les différents mécanismes de contrôle de la qualité

Les services de longue durée décrits en page 27 comprennent une catégorie qui ne nous est pas familière, celle des soins post-hospitaliers. Nous aimerions que ce concept soit précisé. Il en est de même pour les services dans la communauté. Nous avons été surpris de constater que les centres de jour et les services de réadaptation soient considérés comme des services dans la communauté. Il faudrait que le concept de services dans la communauté soit harmonisé à celui développé pour le réseau local.

**Recommandation 8 :**

Que le document spécifie le concept des soins post-hospitaliers introduit dans le cadre des services de longue durée et précise celui des services dans la communauté en lien avec la définition proposée pour le réseau local. Si l'orientation ministérielle est de reconnaître les soins subaigus en CHSLD, il faudra consentir un rehaussement significatif des ressources en CHSLD et développer l'accès à un plateau technique.

Le plan d'action propose d'augmenter l'accessibilité et l'intensité des services pour atteindre des cibles de 192 000 personnes à desservir dans la communauté en 2009-2010 à raison d'une moyenne de 24 interventions par personne. Cet objectif nous apparaît un vœu pieux en l'absence d'un scénario de développement basé sur des données réalistes au plan budgétaire.

**Recommandation 9 :**

Que soient retirées du document, les cibles de résultat pour les services à offrir dans la communauté et qu'elles soient introduites dans le scénario de mise en œuvre assorties de moyens budgétaires réalistes.

➤ ***Une allocation pour l'achat de services d'aide***

La modalité d'allocation pour l'achat de services d'aide doit être simplifiée au maximum. Les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches n'ont pas l'énergie de se confronter à des obstacles bureaucratiques et ne sont pas toujours disposés à négocier des ententes contractuelles. Quant aux mesures de rabattement d'impôt, elles sont complexes à comprendre et à appliquer et le remboursement long à obtenir pour des gens dont les revenus sont diminués, ce qui peut mettre un frein à leur utilisation. En outre, il faut prévoir que certaines clientèles auront toujours besoin de support pour les mesures liées à l'achat de services.

**Recommandation 10 :**

Que la responsabilité de la mise en œuvre de l'allocation pour l'achat de services d'aide soit clairement identifiée. Les travaux requis pour harmoniser toutes les mesures existantes font appel à d'autres interlocuteurs que ceux du réseau de la santé et des services sociaux; ces travaux sont substantiels et ne peuvent être laissés à l'improvisation.

➤ ***Appuyer l'entourage : le soutien aux proches aidants***

Le soutien aux proches aidants tient évidemment dans une offre de services qui vient alléger leur tâche. Le soutien aux proches aidants se manifeste aussi par le respect des limites de la personne aidante qui peut manifester son incapacité à maintenir sa présence auprès de la personne aînée en perte d'autonomie. Il faut alors répondre à ce besoin avec autant de diligence et traiter de la nouvelle condition de la personne en perte d'autonomie qui veut malgré tout vivre chez elle. Le désir de l'un devient parfois incompatible avec le désir ou la capacité d'aider de l'autre.

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

Toutes les mesures prônées en regard du développement de logements diversifiés nous apparaissent adéquates. Il faudrait que le document réfère aux différentes modalités possibles : ressources privées, logements sociaux développés par les municipalités ou les organismes sans but lucratif de même que ceux mis de l'avant par la Société d'habitation du Québec.

➤ ***Des services et des milieux de vie qui répondent à de hauts standards de qualité***

L'action précoce et standardisée pour réduire la dépendance lors d'épisodes de soins aigus apparaît comme une nouveauté dans le décor et est tout à fait pertinente. Il serait intéressant de suivre l'implantation de cette mesure dans les centres hospitaliers.

**Recommandation 11 :**

Que des mesures de suivi soient prévues pour l'implantation des protocoles de repérage et des standards de pratique en milieu de soins aigus en ce qui a trait à l'intervention précoce pour réduire la dépendance.

Le plan d'action prévoit plusieurs mesures pour s'assurer de la qualité des services en CHSLD. Le programme d'appréciation de la qualité, au point 3.1.3, de même que les visites en CHSLD, au point 3.2.1, devraient être revus à la lumière des obligations faites aux établissements de se soumettre au processus d'agrément. Il faudrait minimalement harmoniser les différentes mesures d'appréciation de la qualité qui sont proposées.

**Recommandation 12 :**

Que les mesures d'appréciation de la qualité pour les CHSLD (programme d'appréciation de la qualité et visites ministérielles) soient harmonisées et ne dédoublent pas le processus obligatoire de l'agrément.

En ce qui a trait aux résidences privées, la certification de conformité fait présentement l'objet de travaux. Une disposition légale encadrant les critères de qualité de la ressource d'hébergement privée allégerait la tâche des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui pourraient exercer une surveillance pour des cas individuels plutôt que de s'attaquer aux problèmes d'ordre organisationnel.

**Recommandation 13 :**

Que la réflexion sur l'obligation de certification pour les ressources d'hébergement privées se poursuive pour garantir la qualité des services et éviter l'abus des personnes âgées.

➤ **La recherche et l'enseignement**

Les instituts de gériatrie développent un formidable cursus de connaissances mais force est de constater que peu de recherches touchent le bien vieillir et l'hébergement. Il faudrait promouvoir ces deux types de recherche. Parallèlement, plusieurs problèmes se posent en regard de la recherche en milieu d'hébergement dont la signature du formulaire de consentement en l'absence d'un représentant légal et la multiplicité des problèmes de santé de la clientèle qui fait en sorte de l'éliminer du protocole de recherche.

**Recommandation 14 :**

Que des mécanismes de partenariat soient établis entre les instituts de gériatrie et les centres de santé et de services sociaux pour optimiser la recherche sur le bien vieillir et sur l'hébergement.

➤ **Ajout proposé : La formation**

La formation des gestionnaires et des intervenants est un moyen efficace d'orienter les modalités de prestation des soins et services pour la clientèle. En effet, la création d'un milieu de vie dans lequel des services de qualité sont dispensés à partir des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et de leur famille est une orientation devant prévaloir en soins de longue durée. À ce propos, un document publié en octobre 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux intitulé « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » illustre bien les fondements de cette approche globale dans l'organisation des soins et services axés sur le bien-être des personnes. Nous proposons donc :

**Recommandation 15 :**

Que le volet formation soit intégré de façon formelle dans le plan d'action.

## Conclusion

Suite à la publication des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en février 2001, nous nous attendions à ce que le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie précise les responsabilités des différents partenaires, décrive certains mécanismes de coordination et de mise en œuvre et énumère les principales mesures prises et à prendre selon un échéancier d'implantation. L'absence de ces éléments dans le plan d'action est étonnante dans le contexte des débats suscités par la pression des besoins des personnes aînées en perte d'autonomie sur le réseau de la santé et des services sociaux.

Comme mentionné précédemment dans ce document, nous réitérons notre préoccupation à l'effet que les réseaux locaux disposent des moyens nécessaires pour assurer des services de qualité en matière d'accès et de continuité des services aux personnes aînées en perte d'autonomie.

Après analyse de l'ensemble du plan d'action, deux questions persistent pour les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et pour ceux des autres secteurs d'activités et partenaires de la société civile :

- Comment faire converger toutes les actions, sociosanitaires ou autres, à l'adaptation de notre société au phénomène global du vieillissement dans le respect de nos valeurs sociales ?
- Comment contribuer, de façon organisée, à maximiser l'atteinte des deux grands objectifs ciblés par le plan d'action ?

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux continue d'appuyer les orientations ministérielles pour les personnes aînées en perte d'autonomie. Nous espérons que les recommandations formulées dans le cadre de cette consultation viendront enrichir et consolider la démarche collective de réflexion déjà bien amorcée, pour adapter et améliorer la qualité de vie des personnes aînées en perte d'autonomie.

## Sommaire des recommandations

Tous les commentaires du présent document qui apparaissent dans les sections « ce qui manque ou ce qui suscite des questionnements » doivent être considérés comme des recommandations. À cela, s'ajoutent des recommandations spécifiques qui viennent nuancer ou compléter le plan d'action ministériel. La présente section reprend les recommandations spécifiques du document.

Recommandation 1 : Que l'informatisation de l'outil d'évaluation multiclientèle soit insérée en priorité dans le plan d'action de même que celle du dossier patient partageable pour favoriser tant la qualité et la continuité des services que leur efficience et leur efficacité.

Recommandation 2: Qu'une instance gouvernementale prévoit et mette en place les modalités d'accès à l'information pour la population quant au soutien auquel elle est en droit de s'attendre. Cette responsabilité ne peut relever exclusivement du réseau de la santé et des services sociaux. Il s'agit ici d'une responsabilité gouvernementale à l'endroit des aînés. Cette information devrait être centralisée et accessible selon des modalités qui conviennent aux personnes âgées.

Recommandation 3 : Que soit reformulée l'appellation « scénario d'adaptation » pour la remplacer par celle de « scénario de développement ».

Recommandation 4 : Que le scénario d'adaptation (de développement) proposé sur la base du gel du nombre de places en hébergement et soins de longue durée soit révisé à partir d'un estimé réaliste basé sur les besoins de la clientèle (profils-clientèles tenant compte de l'ensemble des besoins de la clientèle et pas seulement des heures-soins) et des types de services qu'on veut offrir (hébergement pour les personnes en très grande perte d'autonomie, soins palliatifs, répit-dépannage et convalescence). À noter qu'il faudra défalquer de cette prévision, la clientèle des jeunes adultes hébergés.

Recommandation 5 : Que des stratégies de prévention et de gestion des risques en regard d'autres problématiques, dont les accidents de la route, soient élaborées et introduites dans le plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie.

Recommandation 6 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux tienne compte du rôle des instituts de gériatrie en regard des services spécialisés et identifie, avec eux, les services spécialisés en gériatrie, en réadaptation, en santé mentale et maladies neurodégénératives que doit offrir le réseau.

Recommandation 7 : Que le taux de satisfaction aux besoins de la clientèle hébergée fasse l'objet d'une recommandation ministérielle et soit vérifié via les différents mécanismes de contrôle de la qualité.

Recommandation 8 : Que le document spécifie le concept des soins post-hospitaliers introduit dans le cadre des services de longue durée et précise celui des services dans la communauté en lien avec la définition proposée pour le réseau local. Si l'orientation ministérielle est de reconnaître les soins subaigus en CHSLD, il faudra consentir un rehaussement significatif des ressources en CHSLD et développer l'accès à un plateau technique.

Recommandation 9 : Que soient retirées du document, les cibles de résultat pour les services à offrir dans la communauté et qu'elles soient introduites dans le scénario de mise en œuvre assorties de moyens budgétaires réalistes.

Recommandation 10 : Que la responsabilité de la mise en œuvre de l'allocation pour l'achat de services d'aide soit clairement identifiée. Les travaux requis pour harmoniser toutes les mesures existantes font appel à d'autres interlocuteurs que ceux du réseau de la santé et des services sociaux; ces travaux sont substantiels et ne peuvent être laissés à l'improvisation.

Recommandation 11 : Que des mesures de suivi soient prévues pour l'implantation des protocoles de repérage et des standards de pratique en milieu de soins aigus en ce qui a trait à l'intervention précoce pour réduire la dépendance.

Recommandation 12 : Que les mesures d'appréciation de la qualité pour les CHSLD (programme d'appréciation de la qualité et visites ministérielles) soient harmonisées et ne dédoublent pas le processus obligatoire de l'agrément.

Recommandation 13 : Que la réflexion sur l'obligation de certification pour les ressources d'hébergement privées se poursuive pour garantir la qualité des services et éviter l'abus des personnes âgées.

Recommandation 14 : Que des mécanismes de partenariat soient établis entre les instituts de gériatrie et les centres de santé et de services sociaux pour optimiser la recherche sur le bien vieillir et sur l'hébergement.

Recommandation 15 : Que le volet formation soit intégré de façon formelle dans le plan d'action.