

**PLAN D'ACTION RÉGIONAL
2005-2010**

**PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE
LIÉE AU VIEILLISSEMENT**

DÉCEMBRE 2005

*Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux*

Québec 
Gaspésie –
Îles-de-la-Madeleine

1. Contexte régional

La région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine composée d’une péninsule et d’un archipel est située à l’extrême est du Québec. Son vaste territoire s’étend sur une superficie de 20 500 km². Selon le dernier recensement de 2001, la population régionale projetée pour 2005 s’élève à 95 496 habitants. La population régionale, qui représente 1,3 % de celle du Québec, est répartie dans 43 municipalités et 2 réserves indiennes, qui se sont principalement développées sur son littoral. La région compte 5 réseaux locaux constitués autour des centres de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs, du Rocher-Percé, de La Côte-de-Gaspé, de La Haute-Gaspésie et des Îles, ainsi que deux établissements à vocation régionale, soit le Centre de réadaptation de la Gaspésie et le Centre jeunesse.

La population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine est en forte décroissance depuis le début des années 80. Deux phénomènes viennent contribuer à cet état de fait : la natalité qui est passée de 1 802 naissances en 1980 à 675 en 2003, soit une baisse de 63 %, alors qu’au Québec, la baisse est plutôt de 24 %, ainsi que le départ massif de jeunes gaspésiens et madelinots; en effet, 9 000 jeunes ont quitté la région entre 1991 et 2001, ce qui représente 40 % de cette population. Un autre facteur celui-là extrinsèque, à savoir le très faible taux d’immigration, qui, normalement, atténue la baisse de natalité; en effet, en 2001, notre région affiche un taux d’immigration de 0,7 % alors qu’il était pour la même époque de 9,8 % pour l’ensemble du Québec. Ce taux d’immigration est le plus bas du Québec, mais il se rapproche des taux d’immigration des autres régions éloignées.

Ce contexte fait de la population de notre région la plus vieillissante de la province et de grands défis se posent à l’ensemble des acteurs socioéconomiques de notre région, plus particulièrement pour la clientèle en perte d’autonomie liée au vieillissement.

1.1 Le portrait de la clientèle ciblée

Nous travaillons avec des projections démographiques annuelles s’étendant sur la période 2005-2010. Afin de nous donner une perspective long terme, nous avons ajouté la projection de l’année 2026; tout en étant prudents sur l’utilisation de cette projection, cela nous permet d’anticiper le vieillissement de notre population et, par le fait même, l’impact qu’il aura sur l’organisation des services.

Les 65 ans et plus par rapport aux autres tranches d’âge de la population

En 2005, la tranche d’âge des 0-17 représente 17,8 % de la population totale alors que celle des 65 et plus représente 17,3 %. Dès 2006, nous observons une bascule au profit des 65 ans et plus, dont l’écart ne cessera d’augmenter dans les prochaines décennies. En effet, en 2006, les 65 ans et plus représentent 17,9 % alors que les 0-17 représentent 17,3 % pour atteindre respectivement en 2010 20,4 % chez les 65 ans et plus et 15 % chez les 0-17 ans. À titre indicatif en 2026 ce taux sera de 36,3 % pour les 65 ans et plus et de 12,2 % pour les 0-17ans.

Il importe également de connaître la représentation des 18-64 ans, puisque c’est cette tranche d’âge qui, en tant que population active, assume le rôle de proche-aidant auprès des personnes âgées en perte d’autonomie. L’aide offerte par les proches-aidants joue un rôle crucial dans le maintien des personnes âgées à domicile, puisqu’ils dispensent de 70 % à 80 % des soins requis. On observe aussi de plus en plus un soutien intragénérationnel se substituant progressivement à la relation intergénérationnelle enfant/parents âgés. Dans les 6 prochaines années, la proportion des 18-64 ans fluctue très peu; en effet, elle passe de 64,9 % en 2005 à 64,6 % en 2010. Voici un extrait des projections démographiques pour notre région :

Année	0-17 ans		18-64 ans		65 ans et plus		Population totale
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
2005	17,8 %	16 995	64,9 %	61 947	17,3 %	16 554	95 496
2010	15,0 %	13 752	64,6 %	59 057	20,4 %	18 632	91 441
2026	12,2 %	9 867	51,5 %	41 485	36,3 %	29 269	80 621

Les 65 ans et plus par tranche d’âge

De façon plus spécifique, nous vous présentons les projections démographiques des personnes âgées de 65 ans et plus en 3 grandes tranches d’âge : les 65-74 ans, les 75-84 ans et les 85 ans et plus. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent les principaux usagers de services du *Programme perte d’autonomie liée au vieillissement*.

Le vieillissement de la population de notre territoire est plus important que pour celui de l’ensemble du Québec. En effet, les données démographiques de 2005 indiquent un taux plus élevé pour chacune des tranches d’âge. En comparaison avec l’ensemble du Québec, cela représente 25 % de plus pour les 65-74 ans, 25 % de plus pour les 75-84 ans et 33 % de plus pour les 85 ans et plus. Cette tendance s’accroîtra au cours des prochaines années pour se situer en 2010 à 29 % pour les 65-74 ans, 31 % pour les 75-84 ans et 37 % pour les 85 ans et plus. À titre indicatif, en 2026, ces écarts seront de 43 % de plus pour les 65-74 ans, 33,2 % de plus pour les 75-84 ans et 62 % de plus pour les 85 ans et plus.

Les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle (*faits saillants*)

Mise en contexte : Les données sur les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de vie et l'état de santé présentée ici concernent l'ensemble des personnes de 65 ans et plus habitant la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; les données provinciales correspondantes sont aussi présentées lorsqu'elles sont facilement disponibles. Les personnes âgées ne forment pas un groupe monolithique. Le lecteur doit garder à l'esprit que des différences (non indiquées ici) peuvent subsister selon le sexe, l'âge (65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans et plus) ou le territoire de CSSS.

Les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle (*faits saillants*) : **Les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine connaissent une situation économique précaire**. En 2005, 68 % reçoivent le Supplément de revenu garanti [SRG]; 9 % obtiennent le montant maximal prévu par le programme (Développement social Canada, 2005)¹. Seulement 20 %*² des aînés de la région disposent d'une assurance personnelle pour couvrir leurs frais de séjour à l'hôpital; cette proportion est de 36 % au Québec (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC] 2003). En 1998, 40 % des personnes âgées de la région se perçoivent comme étant pauvres ou très pauvres comparativement à 48 % qui considèrent leurs revenus suffisants et 12 % qui se disent à l'aise financièrement; les proportions correspondantes pour le Québec s'élèvent respectivement à 23 %, 62 % et 15 % (Enquête sociale et de santé 1998).

Les personnes âgées de la région sont **peu scolarisées** : 81 % n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires; à l'inverse, seulement 9 % ont un certificat d'études postsecondaires (Statistique Canada, recensement de 2001). Le **français** est par ailleurs la **langue la plus souvent parlée à la maison** par les aînés gaspésiens et madelinots qui ont déclaré utiliser une seule langue (88% comparativement à 11% qui parlent anglais et 1 % qui parlent d'autres langues (Statistique Canada, recensement de 2001).

Lorsque l'on examine les données spécifiques au milieu de vie, on constate que la grande **majorité des aînés de la région habitent un ménage privé** (91 % c. 90 % au Québec) (Statistique Canada, recensement de 2001). **Une majorité d'aînés ont un conjoint** : 53 % d'entre elles sont mariées et 2 % sont partenaires en union libre comparativement aux personnes veuves (33 %), célibataires (8 %), séparées (1 %) ou divorcées (3 %) (Statistique Canada, recensement 2001). Seulement **22 % des aînés de la région vivent seuls** (31 % au Québec) (Dubé et Parent, 2004 tiré de Statistique Canada, recensement de 2001).

Les autres données régionales les plus récentes sur le réseau social proviennent de l'*Enquête sociale et de santé 1998* : elles montrent qu'une **très forte proportion d'aînés (97 %) se disent satisfaits de leur vie sociale**, 92 % passent la majorité de leurs temps libres avec d'autres personnes, 80 % ont deux confidents ou plus et 93 % ont au moins deux personnes pour les aider en cas de besoin. Seulement 6 %** se classent au niveau faible à l'indice de soutien social. Les aînés se classent plus favorablement que les autres groupes plus jeunes pour ces indicateurs en 1998. Par ailleurs, près du quart (23 %) de la population de 15 ans et plus de la Gaspésie et des Îles prodigue sans rémunération des soins aux personnes âgées (18 % au Québec) (Dubé et Parent, 2004 tiré de Statistique Canada, recensement 2001).

Les habitudes de vie et l'état de santé de la clientèle (*faits saillants*)

Habitudes de vie : **Les personnes de 65 ans et plus de la région ont en majorité de bonnes habitudes de vie**. Les données régionales de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003*, mentionnée précédemment, montrent que **63 % des aînés font de l'activité physique** (occasionnellement : 17 % ou régulièrement : 47 %³); cette proportion est de 67 % au Québec. Au niveau de l'alimentation, **57 % consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour** (50 % au Québec) et une faible proportion d'aînés (7 %**) vit une situation d'insécurité alimentaire en raison de manque d'argent (8 % au Québec). **Seulement 11 %* fument régulièrement la cigarette** (13 % au Québec) mais près du quart (24 %*) sont régulièrement en présence de fumeurs (eux-mêmes ou d'autres fumeurs) à la maison (21 % au Québec)⁴. Toujours en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 2 aînés sur 3 (66 %) consomment de l'alcool. Par ailleurs, 38 % des femmes de 70 ans et plus de la région ont passé une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête 2003 (comparativement à 44 % et 19 % pour les catégories *2 ans ou plus* et *jamais*; les pourcentages québécois se situent respectivement à 36 %, 42 % et 22 %); cela étant dit, le *Programme québécois de dépistage de sein* ne cible pas la clientèle des femmes de 70 ans et plus pour un dépistage systématique aux 2 ans.

¹ : Nous disposons aussi de données régionales et provinciales sur le Supplément de revenu garanti (SRG) pour 2003 : cette année-là, 73 % des aînés de la région recevaient le SRG; 12 % recevaient le montant maximum prévu au programme; les données correspondantes pour le Québec étaient les suivantes : 49 % et 5 %. En 2003, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est la région du Québec où l'on enregistre la plus forte proportion d'aînés recevant le SRG après celle de la Baie-James (Éco-santé Québec, 2004).

² : Une seule étoile indique un coefficient de variation se situant entre 17 % et 33 % (pour l'ESCC 2003) ou entre 15 % et 25 % (pour l'ESS 1998); interpréter avec prudence. Deux étoiles (**) indiquent un coefficient de variation supérieur à 33 % (pour l'ESCC) ou 25 % (pour l'ESS 1998) : dans ce dernier cas, les données sont fournies à titre indicatif seulement -.

³ : Une pratique « régulière » correspond à 12 séances ou plus d'activité physique de loisir (d'une durée minimum de 15 minutes chaque fois) depuis 1 mois. Une pratique « occasionnelle » correspond à 4 à 11 séances au cours de la même période.

⁴ Toujours selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003*, 14 % * des **aînés non fumeurs** de la région sont régulièrement en présence de fumeurs à la maison (10 % au Québec).

Certaines données fondamentales de l'ESCC 2003 sur les habitudes de vie des personnes âgées sont disponibles uniquement à l'échelle provinciale. Elles indiquent que 91 % des aînés du Québec consomment au moins 1 médicament sur une période de 2 jours et que **57 % prennent 3 médicaments ou plus** au cours de la même période. En ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, 13 % des personnes âgées du Québec ont « consommé 5 verres et plus en une même occasion » au moins 1 fois depuis 12 mois.

De façon générale, on peut affirmer que les aînés de la région et du Québec se distinguent avantageusement des groupes d'âge plus jeunes au chapitre des habitudes de vie.

Prévalence des problèmes de santé : La prévalence des problèmes de santé est documentée à partir de plusieurs sources. Les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) spécifiques à l'état de santé montrent que 90 % ont au moins un problème de santé de longue durée (88 % au Québec)⁵. **Trois aînés sur quatre ont une perception positive de leur état de santé** (perception bonne : 40 %, très bonne : 23 %* ou excellente : 12 %*) comparativement à 26 %* qui perçoivent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise; au Québec, les résultats sont les suivants : perception bonne : 42 %, très bonne : 22 %, excellente : 12 % c. moyenne ou mauvaise : 25 %).

L'ESCC 2003 permet de connaître la prévalence de certains problèmes de santé spécifiques. En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, 45 % des aînés souffrent d'hypertension artérielle (42 % au Québec), 42 % d'arthrite ou de rhumatisme (41 % au Québec) et 16 %* de maux de dos (autres que ceux dus à la fibromyalgie) (17 % au Québec). En outre, 6 %** ont subi une blessure (non due à des mouvements répétitifs) (7 % au Québec). Deux aînés sur cinq (40 %) affichent un poids normal (comparativement à 5 %** qui ont un poids insuffisant, 41 % font de l'embonpoint et 13 %* qui sont obèses)⁶. Lorsque l'on considère les données uniquement disponibles pour les aînés du Québec, la prévalence de certains problèmes se présente comme suit : cataractes : 20 %, maladies cardiaques : 19 %, bronchite : 6 %, glaucome : 6 %, emphysème : 4 % et troubles intestinaux : 3 %.

Hospitalisations : les données du fichier Med-Écho montrent que les aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine sont le plus souvent hospitalisés en raison de maladies de l'appareil circulatoire (32 % des hospitalisations recensées de 1999-2000 à 2003-2004), de maladies de l'appareil respiratoire (14 %), de maladies de l'appareil digestif et de tumeurs (9 % pour ces deux dernières causes). Les maladies responsables des durées moyennes de séjour d'hospitalisation les plus longues chez les aînés sont les troubles mentaux (19,5 jours), les tumeurs (13,2 jours) et les lésions traumatiques et empoisonnements (12,8 jours) (tableau en annexe A).

Conséquences des problèmes de santé et recours aux services : L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003* indique que 30 % des aînés de la région (37 % de ceux du Québec) sont limités dans leurs activités; 11 % présentent des incapacités (13 % au Québec)⁷. Plus du tiers (35 %) ont besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne (38 % au Québec). Enfin, 83 % ont consulté un médecin généraliste ou spécialiste depuis 12 mois (87 % au Québec).

Espérance de vie et mortalité : Dans la région, l'espérance de vie à 65 ans est de 16,5 ans chez les hommes et de 20,9 ans chez les femmes; l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est de 12,3 ans chez les hommes et 14,8 ans chez les femmes. Les aînés meurent le plus souvent des maladies de l'appareil circulatoire (35 % des décès observés de 1998 à 2002), des tumeurs (31 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (9 %) (tableau ... en annexe).

Données sur les problèmes de santé particuliers : Le document de référence *Les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité* identifie certains problèmes de santé particuliers aux personnes âgées dont, entre autres, les chutes accidentelles, l'hypertension artérielle, l'abus et la maltraitance (MSSS, 2005, p. 26-27). Un état de situation régionale sur la prévention des **chutes** nous apprend que 30 % des

⁵ : Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* montrent que, cette année-là, 84 % des aînés de la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeline avaient au moins un problème de santé (un seul problème : 19 %*, plus d'un problème : 65 %). Les données correspondantes chez les aînés québécois étaient les suivantes : au moins un problème : 86 %, (un seul problème : 15 %, plus d'un problème : 72 %). Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne sont pas comparables avec ceux de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003.

⁶ : Les données correspondantes chez les aînés du Québec sont les suivantes : hypertension artérielle : 42 % arthrite ou rhumatisme : 41 % ; maux de dos : 17 %; blessure non due à des mouvements répétitifs : 7 %, poids normal : 43 % (comparativement à poids insuffisant : 4 %, embonpoint : 38 % et obésité : 15 %). Les résultats provinciaux sont fournis à titre indicatif seulement. Aucun test statistique n'a été effectué pour vérifier la présence ou l'absence de différence significative entre les deux territoires (région, province).

⁷ : La limitation d'activité fait référence à la réduction des activités en raison d'un état de santé physique ou mentale ou d'un problème de santé. L'incapacité fait référence au fait de garder le lit ou de passer une nuit à l'hôpital en raison d'un problème de santé.

ânés font une chute au moins 1 fois chaque année, 15 % sont victimes de chutes répétées et 5 % font des chutes suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux ou une limitation d'activité; 7 personnes âgées décèdent et 244 sont hospitalisées en moyenne chaque année dans la région suite à une chute. La chute est la principale cause de décès et d'hospitalisation par traumatisme (Lemieux, 2005, p. 42). Pour ce qui est de l'**hypertension artérielle**, rappelons les données mentionnées précédemment à savoir que près de la moitié (45 %) des aînés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine souffrent de ce problème. Les données quantitatives sur l'**abus et la maltraitance** sont inexistantes pour la région; aussi nous reportons-nous aux travaux de Podniecks (1990, cité par Archambault, 2002) qui indiquent que : « 40 personnes âgées pour 1000 (soit 4 % des aînés) qui habitent une résidence privée ont vécu récemment des types sérieux de mauvais traitements infligés par un partenaire, un parent ou une autre connaissance proche. (...). L'abus matériel regroupe plus de la moitié des mauvais traitements tandis que l'agression verbale chronique en regroupait environ un tiers ». Cela étant dit, l'ampleur de l'abus et de la maltraitance reste difficile à mesurer.

1.2 Le portrait de l'organisation des services :

La configuration de l'organisation des services

L'organisation des services repose sur 5 réseaux locaux issus de la fusion de CLSC-CH-CHSLD en une entité appelée Centre de santé et de services sociaux et de deux établissements à vocation régionale : le Centre de réadaptation de la Gaspésie et le Centre jeunesse. Nous serons également desservis par un RUIS rattaché à l'Université Laval.

De façon plus spécifique, au *Programme perte d'autonomie liée au vieillissement*, une démarche d'implantation de réseau intégré de services s'est amorcée en 2002 dans chacun des territoires.

De même, une démarche est en cours dans le secteur du soutien à domicile afin d'actualiser la *Politique régionale*. Ces travaux ont pour objectif d'uniformiser les pratiques en soutien à domicile tant dans l'offre que dans l'accessibilité sur tous les territoires de réseaux locaux. L'ensemble des services sont présents sur le territoire, mais ceux-ci doivent être adaptés aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'offre actuelle des services

En soutien à domicile

Les services des centres de santé et de services sociaux

Nous avons amorcé l'actualisation de la *Politique de soutien à domicile* en ce qui concerne l'harmonisation des services d'aide à domicile et de soutien aux proches offerts par le CSSS. L'offre de service dans les secteurs du soutien aux proches et de la réadaptation n'est pas à son optimum et sera considérée prioritaire tel qu'inscrit dans la *Politique régionale de soutien à domicile*.

Les entreprises d'économie sociale

Nous bénéficions d'une excellente couverture de services d'aide domestique assurée par 6 entreprises d'économie sociale déployées sur l'ensemble du territoire. Ces dernières ont procédé à l'harmonisation et à l'adaptation de leurs services afin de mieux répondre aux besoins particuliers des personnes âgées en perte d'autonomie référées par les CSSS (19 % des heures de services, soit 140 277 heures ont été livrées à des personnes référées formellement par les CSSS en 2004-2005).

Les centres d'action bénévole

Neuf centres d'action bénévole sont déployés sur l'ensemble du territoire et offrent des services particuliers aux personnes âgées en perte d'autonomie, tels que la popote roulante, l'accompagnement-transport pour les rendez-vous médicaux, les visites amicales et le soutien social. L'Agence a procédé à un rehaussement budgétaire au cours des 2 dernières années afin de rendre accessibles les services d'accompagnement-transport aux personnes âgées vivant dans des résidences privées, en conformité avec la *Politique de soutien à domicile*.

La Société Alzheimer

La Société Alzheimer s'est déployée sur l'ensemble du territoire grâce à des ententes de services avec les centres d'action bénévole. L'organisme offre surtout de l'information, mais également des groupes de soutien pour les proches-aidants, de l'écoute téléphonique et de la formation aux aidants naturels et aux proches. La première phase de développement des services a été complétée et la Société Alzheimer fait face actuellement à une augmentation sensible de la demande.

Le centre de jour

Un cadre de référence sur les services en centre de jour a été élaboré et adopté par l'Agence en décembre 2004. Son actualisation a été amorcée par l'ensemble des centres de santé et de services sociaux mais les services de réadaptation et les services psychosociaux qu'on y retrouve demeurent toujours insuffisants pour répondre aux besoins de la clientèle. Un premier bilan formel devra être réalisé et l'actualisation devra être complétée.

En hébergement

CHSLD

Nous comptons actuellement 616 places en CHSLD, correspondant à un taux d'hébergement de 3,72 %. Dans certains territoires de réseaux locaux, nous constatons une concentration des places d'hébergement dans une même municipalité, obligeant ainsi le déracinement des aînés. La région a atteint la cible 2010 au niveau des indicateurs signifiés par le MSSS sur le nombre moyen d'heures travaillées /année/jour-présence en soins infirmiers et d'assistance, mais les services professionnels autres que soins infirmiers sont à consolider. Enfin, plusieurs de nos installations d'hébergement en longue durée sont à implanter l'approche milieu de vie. Quelques projets d'immobilisations sont en cours d'élaboration.

Ressource intermédiaire

Nous visons un taux d'hébergement de 1 % correspondant à 173 places, alors qu'actuellement, nous en avons 101. Il existe une situation d'inégalité dans l'offre de service entre les réseaux locaux et au regard du financement. Nous sommes en phase exploratoire de développement de ressources spécialisées pour les personnes atteintes de déficit cognitif afin de retarder leur admission en CHSLD.

Hébergement alternatif

Dans le cadre des projets novateurs, nous avons une ressource qui héberge 6 personnes correspondant à un profil de longue durée; cela a permis à ces personnes de demeurer dans leur milieu d'origine.

En services spécialisés

Nous sommes en processus d'élaboration d'un plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour notre région, puisque que nous sommes actuellement desservis par l'URFI de Mont-Joli. Chaque CSSS est doté d'une unité de courte durée gériatrique, mais les services de consultation interne sont développés de façon inégale. Il y a lieu de développer un service de gériatrie bien intégré aux autres services en milieu hospitalier, soit une approche gériatrique qui repose sur les concepts d'urgence, de globalité et de continuité.

Une poste de gériatre est autorisé au PREM en spécialités et nous poursuivrons les travaux pour mettre en place une équipe de gériatrie, qui regrouperait des services de gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation.

L'utilisation des services par la clientèle (*faits saillants*)

En soutien à domicile

Les services des centres de santé et de services sociaux.

Nous avons atteint, pour l'ensemble de la région, les cibles de 2010 au niveau des indicateurs signifiés par le MSSS soit : le taux de pénétration et l'intensité des services.

En hébergement

Pour l'année 2004-2005, le taux d'occupation régional en CHSLD était de 94,13 %, le délai d'attente de 137 jours et le nombre de personnes en attente de 51. En RI, au 30 septembre 2005, le délai d'attente est de 13 jours et le nombre de personnes en attente est de 14.

1.3 Les particularités régionales

Le vieillissement de la population est plus important que pour l'ensemble du Québec. L'étendue du territoire conditionne l'organisation des services et demeure un défi quant à son accessibilité, surtout en ce qui concerne les services de deuxième et de troisième ligne.

La région a vécu plusieurs événements qui l'a fragilisée tant du point de vue de l'économie que du point de vue social. Le domaine des pêches et celui de la foresterie sont en déclin, 3 usines ont fermé au cours des dernières années. La région assiste à un exode des jeunes et des ménages actifs, ce qui réduit le nombre potentiel des proches-aidants.

Les proches-aidants sont eux-mêmes âgés; en plus des besoins de soutien reliés à ce rôle, ils sont également des utilisateurs de services. Rappelons que près de 75 % des personnes âgées reçoivent le Supplément de revenu garanti; leur capacité financière de se payer des services est donc réduite. Ainsi, la dénatalité, l'exode des jeunes, le départ de ménages actifs et la réalité socioéconomique régionale ne facilitent pas l'adaptation des réseaux d'entraide et de services aux demandes pressantes et diversifiées d'une population de plus en plus âgée.

Près de 20 % de la population est anglophone; nous devons augmenter l'accessibilité aux services dans leur langue maternelle.

ORIENTATION : TOUS LES CHOIX STRATÉGIQUES ET TOUTES LES MESURES STRUCTURANTES ASSOCIÉES SONT BASÉS D'ABORD ET AVANT TOUT SUR UNE GRANDE PRÉMISSE « LE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ » DES AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE.

LES OBJECTIFS VISÉS PAR LE PLAN D'ACTION :

- ❖ **PROCÉDER À L'ADAPTATION DES SERVICES POUR FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT ACCÉLÉRÉ DE NOTRE POPULATION**
- ❖ **PRIVILÉGIER LE MAINTIEN DES PERSONNES ÂGÉES DANS SON MILIEU DE VIE ET RECHERCHER DES ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL**
- ❖ **OFFRIR UNE GAMME DE SERVICES BIEN ADAPTÉS AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ET À CEUX DE LEURS PROCHES-AIDANTS**
- ❖ **OFFRIR DES SERVICES DE QUALITÉ QUI TIENNENT COMPTE DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES, DES INTERVENTIONS ET DES MILIEUX**
- ❖ **FAIRE APPEL AUX SERVICES LES PLUS PERTINENTS, LES PLUS EFFICACES ET EFFICIENTS**

2. CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
1) Le partenariat au cœur des décisions	1.1) Favoriser une organisation de services en collaboration avec l'ensemble des partenaires	1.1.1) Mettre sur pied un comité de coordination et de concertation régionale pour le <i>Programme perte d'autonomie liée au vieillissement</i>	1	Aucun comité régional	Le comité régional est en place et opérationnel
		1.1.2) S'assurer de la mise en place d'un comité de coordination et de concertation local pour le <i>Programme perte d'autonomie liée au vieillissement</i>	1	4 CSSS ont un comité local	Tous les CSSS ont un comité local opérationnel
2) L'intégration des services	2.1) Mettre en place un continuum de services qui répond à des standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience	2.1.1) Poursuivre le déploiement des réseaux de services intégrés sur chacun des territoires de CSSS	1	Un territoire fonctionne en réseau de services intégrés	Tous les territoires fonctionnent en réseau de services intégrés
3) Les CSSS procèdent à la mise en œuvre sur leur territoire de l'organisation des services en regard de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services, en collaboration avec ses partenaires	3.1) Mettre en place le projet clinique	3.1.1) Assurer le soutien de l'Agence à la démarche d'élaboration et de mise en place du projet clinique ainsi qu'aux ententes de collaboration avec l'ensemble des partenaires touchés par les services	1	Informations non regroupées sur le portrait de santé et de bien-être de la population des CSSS Balises régionales au regard des services non fournis L'Agence travaille à l'élaboration de modèle d'entente	L'Agence a fourni au CSSS le portrait de santé et de bien-être de sa population et l'offre de service Les ententes de collaboration sont signées avec l'ensemble des partenaires
		3.1.2) Élaborer le projet clinique en lien avec les orientations nationales et régionales	1	Tous les CSSS ont amorcé l'élaboration du projet clinique	Tous les CSSS ont complété leur plan d'action du programme PPALV
		3.1.3) S'assurer que les services soient accessibles à la population anglophone dans sa langue maternelle	2	Disparité intrarégionale quant à l'accessibilité des services en langue anglaise	Tous les services sont accessibles en langue anglaise

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
1.1.1) Rencontres afin de se donner des orientations régionales dans le programme	Réalisé	Agence	CSSS, entreprises d'économie sociale, centres d'action bénévole, Société Alzheimer table des aînés, proche-aidant	Planification annuelle et rapport annuel déposés au Comité régional PDG–DG
1.1.2) Rencontres afin d'appliquer et d'adapter les orientations régionales aux réalités locales dans le programme	Hiver 2006	CSSS	Partenaires du réseau local	État de situation annuelle présenté au Comité de coordination et concertation régionale PPALV
2.1.1) Le comité local met en place les composantes du réseau de services intégrés : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Le guichet unique ❖ L'intervenant de liaison ❖ Les gestionnaires de cas ❖ Utilisation uniformisée OÉMC, de l'outil de repérage Prisma et d'outils de dépistage ❖ PSI ❖ Système d'information continu 	Printemps 2006 Printemps 2006 Automne 2008 2006-2007 En continu Hiver 2007	CSSS	Agence, les partenaires du comité local	Nombre de personnes inscrites au guichet unique Identification de l'intervenant de liaison Nombre de personnes suivies par un gestionnaire de cas Nombre de personnes repérées, dépistées et évaluées Nombre de personnes ayant un PSI
3.1.1) Faire le portrait de santé et de bien-être de la population de chaque territoire local et déterminer l'offre de service	Hiver 2006	Agence Comité PPALV		Tous les CSSS ont le portrait de santé et de bien-être de la population de leur territoire et l'offre de service
Diffusion d'un modèle d'entente de collaboration et soutien à l'élaboration des ententes locales	Printemps 2008	CSSS	Partenaires du réseau local	Nombre d'ententes de collaboration avec l'ensemble des partenaires
3.1.2) Comité de travail sur l'élaboration du projet clinique	2006	CSSS	Agence et les partenaires des réseaux locaux	L'élaboration du plan d'action local du programme PPALV est complétée
3.1.3) Élaboration d'un plan d'action régional concernant l'accès aux services pour la clientèle anglophone	2006	Agence		Le plan d'action est produit et actualisé

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
<p>4) Priorité au maintien dans la communauté</p> <p><i>En lien avec la Politique nationale, actualiser la Politique régionale en soutien à domicile qui met l'accent sur le recentrage des services autour des clientèles en perte d'autonomie modérée à sévère</i></p>	<p>4.1) La Direction de santé publique privilégie le recours aux mesures de prévention reconnues efficaces pour les domaines identifiés dans le plan d'action</p> <p><i>Un défi de solidarité.</i></p>	<p>4.1.1) Planter des services multifactoriels en prévention des chutes</p> <p>4.1.2) Poursuivre le Programme <i>Viactive</i></p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>Les services de prévention sont adéquats sur plusieurs territoires de CSSS (ex. : interventions efficaces, approche multifactorielle, viser groupes vulnérables). Toutefois, le nombre de personnes rejointes est insuffisant; l'offre est inégale d'un CSSS à l'autre; le financement et la formation sont à bonifier.</p> <p>En 2003, une majorité (63 %) d'aînés de la région pratiquent une activité physique sur une base occasionnelle ou régulière. La région compte 40 clubs <i>Viactive</i> opérationnels.</p>	<p>Des services de prévention des chutes adaptés à la condition (niveau de risque) de chaque aîné doivent être implantés ou en cours d'implantation sur chaque territoire de CSSS.</p> <p>Augmenter de 5 % la proportion d'aînés faisant de l'activité physique sur une base régulière.</p>

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
4.1.1) Implanter des services multifactoriels en prévention des chutes :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser un projet pilote de type multifactoriel non personnalisé (PIED) sur 1 ou 2 territoires de CSSS de la région; 	2006	Agence (DSP)	CSSS Organismes communautaires	Évaluation du projet pilote (2007)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser un projet pilote de type multifactoriel personnalisé (ex. : PAPA) et/ou de type médical préventif (ex. : MARCHE) sur 1 ou 2 territoires de CSSS de la région; 	2008	Agence (DSP)	CSSS	Évaluation du projet pilote (vers 2009)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implanter des activités de prévention de type multifactoriel non personnalisé (PIED) sur tous les territoires de CSSS; 	2008 – 2010	Agence (DSP)	CSSS Organismes communautaires	Nombre de territoires où les activités de prévention des chutes sont implantées
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supporter les intervenants locaux (formation, information, conseils) 	Continu	Agence (DSP)	MSSS INSPQ	Ne s'applique pas
4.1.2) Poursuivre le programme <i>Viactive</i> :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation de formations <i>Viactive</i>; 	Chaque automne	Agence (DSP)	Conseiller <i>Viactive</i>	Nombre de personnes formées
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise de contenu sur la promotion de l'activité physique auprès des aînés; 	Au besoin	Agence (DSP)	Kino-Québec	Ne s'applique pas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation à des activités sportives régionales : <i>Jeux des 50 ans et plus</i>; 	En juin de chaque année	Agence (DSP)	Animateurs locaux Comités locaux	Nombre de compétiteurs Nombre de municipalités participantes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion d'avis scientifiques 	Au besoin	Agence (DSP)	Kino-Québec	Ne s'applique pas

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
	4.3) Mettre en place des mesures permettant d'intervenir de façon précoce afin de favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées et réduire l'incidence de certaines problématiques	4.3.1) Systématiser l'utilisation de l'outil de repérage <i>PRISMA</i> auprès des médecins (urgence, UMF, GMF, cliniques privées) des professionnels et des entreprises d'économie sociale	1	L'outil de repérage PRISMA a été diffusé dans l'ensemble des établissements, mais son utilisation demeure limitée	Utilisation généralisée dans le cadre des pratiques médicale et professionnelle, et auprès de la clientèle régulière des EESAD
		4.3.2) Assurer une plus grande accessibilité du suivi médical régulier en établissant une priorité pour les clientèles plus vulnérables, en lien avec le projet médical régional	3	Les effectifs médicaux limités ne permettent pas d'assurer l'accessibilité d'un suivi médical régulier à l'ensemble des usagers	Prioriser et assurer un suivi médical régulier aux personnes présentant un profil de vulnérabilité réelle ou potentielle.
		4.3.3) S'assurer de la mise en place de tables locales en matière d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière	3	Un territoire de CSSS seulement possède une table locale réunissant un ensemble de partenaires	Existence d'une table locale dans tous les territoires de CSSS
		4.3.4) Assurer une meilleure accessibilité aux personnes âgées pour les aides techniques et les petits équipements en soutien à domicile	3	Les programmes existants créent une disparité favorisant les personnes handicapées	Traitement équitable entre les clientèles du soutien à domicile
		4.3.5) Réduire la liste d'attente pour l'adaptation du domicile en se donnant une stratégie régionale pour assurer l'expertise nécessaire à l'évaluation des demandes	2	Le manque d'ergothérapeutes occasionne des retards significatifs dans le traitement des demandes. Attente jusqu'à deux ans	Réduction importante du délai d'attente pour l'évaluation des besoins d'adaptation du domicile. Ramener le délai à moins d'un an

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
4.3.1) Diffuser l'outil PRISMA et habiliter les personnes concernées par son utilisation. Référence des clients repérés vers le guichet unique	Automne 2007	CSSS	Agence Médecins et professionnels EESAD	Nombre de personnes ayant fait l'objet d'un repérage
4.3.2) Identification des personnes vulnérables. Repérage des clientèles à risque. Mise en place du projet médical régional en lien avec le DRMG.	2006	Agence	CSSS DRMG GMF – UMF-Cabinet privé	Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qui ont accès à un médecin de famille
4.3.3) Préalablement, l'Agence doit faire l'exploration permettant de déterminer les rôles et responsabilités du réseau à cet égard Soutien logistique aux partenaires locaux (information, formation, ...)	Printemps 2007	MSSS RQCAA	Agence CSSS Partenaires	Nombre de tables mises en place
4.3.4) Révision nationale des mesures actuelles Investissement budgétaire progressif permettant de rehausser le parc d'équipements	2006-2007 2010	MSSS MSSS	Agence Agence/CSSS	Accessibilité à toutes les clientèles Inventaire régional et suivi budgétaire Nombre de personnes âgées desservies
4.3.5) Élaboration et application d'une stratégie régionale concertée (ex. : recrutement d'ergothérapeutes, ...). Tenir compte de la loi 90 sur le code des professions quant au partage des responsabilités. Consolidation du <i>Programme d'adaptation du domicile</i>	2007 À définir	Agence/CSSS MSSS/SHQ	Commission multidisciplinaire régionale Agence	Nombre de personnes en attente et délais d'attente Nombre de logements adaptés

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
	4.4) Poursuivre l'application des mesures régionales quant à l'harmonisation des services d'aide à domicile, incluant les services effectués dans les résidences privées	<p>4.4.1) Consolider et harmoniser les services communautaires offerts par les centres d'action bénévole (accompagnement/transport, popote roulante, etc.)</p> <p>4.4.2) Soutenir l'élaboration des ententes de collaboration CSSS/EESAD en lien avec les règles d'harmonisation et assurer le soutien financier pour l'adaptation des services d'aide domestique</p> <p>4.4.3) S'assurer de l'application des normes régionales régissant l'intensité des services d'aide à domicile et de soutien aux proches offerts par les CSSS</p> <p>4.4.4) Établir une pratique équitable quant à l'utilisation de l'allocation directe dans le respect des principes de la <i>Politique de soutien à domicile</i></p> <p>4.4.5) Intensifier les services de soins palliatifs à domicile</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Ces services communautaires sont accessibles de façon variable d'un territoire à l'autre. Application partielle des mesures d'harmonisation. Les CAB ont commencé à desservir la clientèle dans les résidences privées</p> <p>Entente transitoire entre l'Agence et les EESAD en 2005-2006, incluant les règles d'harmonisation et l'adaptation des services aux clientèles référées par les CSSS</p> <p>Consensus régional sur l'application de normes régissant l'intensité des services dans les CSSS</p> <p>L'allocation directe demeure une mesure majoritairement offerte à la clientèle des personnes handicapées. Pas de contribution financière exigée pour les personnes handicapées</p> <p>Demande croissante des usagers pour les soins palliatifs à domicile. <i>Politique régionale de soins palliatifs en cancer</i> adoptée</p>	<p>Pleine accessibilité des services. Contribution de la clientèle harmonisée dans tous les CAB</p> <p>Transfert des responsabilités de l'Agence vers les CSSS en 2006-2007 concernant les ententes de collaboration et ajustement des modalités de référence</p> <p>Application des normes régionales par l'ensemble des CSSS</p> <p>Libre choix de la mesure pour l'ensemble des clientèles nécessitant une intensité de services</p> <p><i>Politique régionale</i> élargie à l'ensemble des clientèles. Consolidation financière conséquente</p>

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
4.4.1) Rencontre annuelle afin de procéder à la détermination des besoins et l'évaluation des besoins financiers. Suivi de l'application des mesures d'harmonisation. Rencontre régionale sur l'harmonisation des services communautaires. Consolidation financière conséquente	2006-2010	Agence	Centres d'action bénévole	Rapports d'activité et financier adoptés Nombre de personnes desservies Nombre de personnes en résidence privée desservies
4.4.2) Rencontre conjointe sur le protocole d'entente type. Élaboration des ententes CSSS/EESAD. Suivi sur l'application des mesures d'harmonisation et d'adaptation des services. Financement par l'Agence des mesures d'adaptation. Rencontre régionale sur l'harmonisation des services d'aide à domicile	2006	Agence/CSSS	EESAD	Nombre d'ententes de collaboration signées
	2006-2010	Agence		Rapports d'activité et financier produits par les EESAD. Nombre de personnes référées par les CSSS
4.4.3) Formalisation des normes régionales régissant l'intensité des services d'aide à domicile Suivi sur l'application des normes régionales. Consolidation financière conséquente. Rencontre régionale sur l'actualisation de la <i>Politique SAD</i>	2006	Agence	CSSS	Suivi régional sur l'application de la <i>Politique régionale</i> telle qu'adoptée
	2006-2010			
4.4.4) Rehaussement du budget relatif à l'allocation directe permettant d'intégrer l'ensemble des clientèles exigeant une intensité significative de services. Rencontre régionale sur l'actualisation de la <i>Politique SAD</i>	2006	Agence /CSSS		Suivi budgétaire annuel Nombre de personnes âgées bénéficiant de l'allocation directe
4.4.5) Détermination des besoins et rehaussement budgétaire Rencontre régionale sur l'actualisation de la <i>Politique SAD</i>	2006	Agence /CSSS	Organismes communautaires EESAD	Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs à domicile

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
	4.5) Amorcer les travaux permettant d'actualiser les deux priorités régionales en soutien à domicile, soit les services de soutien aux proches et les services de réadaptation	4.5.1) Élaborer un cadre de référence sur le soutien aux proches et procéder à l'intensification des services	1	L'offre de service ne répond que partiellement aux besoins exprimés par les proches et aux personnes requérant des services de réadaptation	Cadre de référence sur le soutien aux proches adopté. Investissement budgétaire conséquent
		4.5.2) Consolider les services de réadaptation en soutien à domicile	2	Services de réadaptation en SAD insuffisants. Personnes âgées en attente de services de physiothérapie et d'ergothérapie	Intensification des services de réadaptation à domicile et diminution significative des listes d'attente
		4.5.3) Actualiser le cadre de référence sur les services de centre de jour (réadaptation) et définir le requis financier nécessaire	1	Services de réadaptation et services psychosociaux en centre de jour ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de la clientèle	Cadre de référence actualisé dans une perspective de déconcentration des services pour une meilleure accessibilité Équipe de base déterminée Requis financier déterminé
	4.6) Travailler étroitement avec les partenaires du logement social afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie	4.6.1) Coordonner l'application régionale du Cadre de gestion sur le logement social avec soutien communautaire	2	Rôle de soutien de l'Agence dans le cadre de certains projets AccèsLogis. Cadre de gestion national en élaboration	Cadre de gestion appliqué par l'ensemble des CSSS
		4.6.2) Assurer la collaboration des CSSS quant au développement de logements sociaux avec soutien communautaire et dans le cadre des projets novateurs, en favorisant la déconcentration des ressources dans chacun des territoires	2	Avis de pertinence sur les projets de logement social s'adressant à la clientèle du réseau sont assumés par l'Agence. Amorce de soutien financier	Implication des CSSS avec leurs partenaires dans la détermination des besoins en logement social avec soutien communautaire Implication financière conséquente

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
4.5.1) Mise en place d'un comité de travail pour l'élaboration du cadre de référence sur le soutien aux proches Diffusion et application du cadre de référence. Consolidation financière Rencontre régionale sur l'actualisation de la <i>Politique SAD</i>	Printemps 2006 2007-2010	Agence Agence/CSSS	CSSS Organismes communautaires	Adoption du cadre de référence au CA de l'Agence et actualisation Nombre de personnes desservies en soutien aux proches
4.5.2) Déterminer le requis pour les services de réadaptation en soutien à domicile Intensification progressive des services. Rencontre régionale sur l'actualisation de la <i>Politique SAD</i>	2007 2007-2010	Agence	CSSS	Services disponibles Nombre de personnes desservies et délais d'attente. Nombre de personnes en attente
4.5.3) Détermination du requis financier et mise en place des services sur l'ensemble du territoire (modèle déconcentré) Rencontre régionale sur l'actualisation de la <i>Politique SAD</i>	2006 2007-2010	Agence Agence/CSSS	CSSS Organismes communautaires	Actualisation du cadre de référence et déconcentration des services Nombre de personnes desservies en centre de jour
4.6.1) Diffusion du cadre de gestion auprès des CSSS et des partenaires	2007	Agence	CSSS GRLC-GIM	Soutien régional pour l'actualisation du cadre de gestion
4.6.2) Intégration des représentants du logement social dans le cadre des travaux menés par les comités locaux pour le programme PALV et participation, lorsque requis, au comité de coordination régional	En continu	Agence/CSSS	Organismes promoteurs GRLC-GIM	Nombre de projets et d'unités de logement social bénéficiant du soutien communautaire

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
<p>5) La reconfiguration de l'hébergement</p> <p><i>Tout nouveau développement de places de niveau CHSLD devra tenir compte d'une volonté de décroissement afin de maintenir les personnes âgées le plus près possible dans leur communauté en priorisant les projets novateurs</i></p>	<p>5.1) Revoir l'ensemble de l'hébergement institutionnel et non institutionnel afin de les adapter aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie</p>	<p>5.1.1) Profiter des opportunités pour relocaliser les places d'hébergement situées dans les unités de longue durée des centres hospitaliers</p>	2	90 personnes sont actuellement hébergées dans ces unités	Diminution majeure du nombre de places dans les unités de longue durée des centres hospitaliers
		<p>5.1.2) Réduire le nombre de places en CHSLD à 519 correspondant à un taux d'hébergement de 2,78 % en 2010</p>	1	616 places	519 places
		<p>5.1.3) Explorer la faisabilité d'offrir des soins de fin de vie en CHSLD aux personnes de la communauté qui, de par le caractère exceptionnel de leur situation, ne peuvent les recevoir à domicile</p>	3	Services rendus exceptionnellement à défaut de ressources appropriées	Détermination de la pertinence d'offrir ce service
		<p>5.1.4) Évaluer la pertinence d'offrir des soins posthospitaliers en CHSLD aux gens de la communauté dont les besoins dépassent les capacités des services réguliers de soutien à domicile</p>	3	Services rendus exceptionnellement à défaut de ressources appropriées	Détermination de la pertinence d'offrir ce service
		<p>5.1.5) Viser un taux d'hébergement de 1 % en RI en 2007</p>	1	109 places RI	173 places en RI
		<p>5.1.6) Rehausser les critères d'accès à l'hébergement (CHSLD, RI, RTF)</p>	1	Critères d'accès en : CHSLD 1,375 h/soins/jour RI 1 h/soins/jour RTF moins de 1 h/soins/jour	Critères d'accès en : CHSLD : 3 h/soins/jour RI : 1,375 h/soins/jour RTF : moins de 1,375 h/soins/jour
		<p>5.1.7) Revoir le financement en RI</p>	1	Financement pour une clientèle plus légère	Financement pour une clientèle correspondant au critère d'accès
		<p>5.1.8) Définir les principaux paramètres de financement et déterminer le requis financier en CHSLD</p>	1	Les paramètres actuels datent de 1995	Le requis financier pour l'hébergement en CHSLD est établi

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
5.1.1) À chaque départ de personnes hébergées, fermer les places et relocaliser celles qui acceptent d'être hébergées ailleurs Adapter les projets d'immobilisation de façon conséquente à l'objectif visé	2006-2010	Agence/CSSS	Personnes hébergées, leurs familles, le comité des résidents	Nombre de places d'hébergement de longue durée en CH en 2010
5.1.2) À chaque départ de personnes hébergées, fermer les places et relocaliser celles qui acceptent d'être hébergées ailleurs. Développer de l'hébergement alternatif. Évaluer la pertinence d'un budget transitoire pour certains territoires	2006-2010	Agence/CSSS	Personnes hébergées et leurs familles, le milieu de l'hébergement alternatif, municipalités	519 places en CHSLD en 2010 Nombre de nouvelles places en hébergement alternatif Suivi du budget transitoire
5.1.3) Comité de travail sur l'hébergement	2007	Agence/CSSS		Décision sur l'organisation de ce service en CHSLD
5.1.4) Comité de travail sur l'hébergement	2007	Agence/CSSS	CSSS	Décision sur l'organisation de ce service en CHSLD
5.1.5) Développement de places RI correspondant à un taux d'hébergement de 1 % de la population de 2007	2006-2010	Agence		Nombre de places en RI par territoire
5.1.6) Procéder au rehaussement des critères d'accès d'hébergement	2006-2007	Agence/CSSS		Suivi du profil des personnes hébergées (IMAGE)
5.1.7) Déterminer un coût moyen de la catégorisation correspondant au rehaussement des critères d'accès	2006-2007	Agence	CSSS	Budget alloué aux établissements
5.1.8) Déterminer la composition d'équipe Déterminer le taux d'encadrement requis Déterminer le taux de réponse en fonction des heures/soins requises Déterminer le taux d'occupation en regard du nombre de places prévues Déterminer les services professionnels requis, incluant la réadaptation	2006-2007	Agence	CSSS	Les paramètres financiers sont déterminés

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
		5.1.9) Diversifier la réponse institutionnelle	1	Un projet novateur avec 6 places de niveau CHSLD	Mise en place de projets novateurs dans chacun des territoires
		5.1.10) Diversifier l'hébergement pour des clientèles particulières	1	Aucune ressource spécialisée pour des clientèles particulières	Mise en place de ressources spécialisées pour des clientèles particulières
6) L'accessibilité aux services spécialisés	6.1) Offrir un plus grand accès au plan régional à des services de gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation fonctionnelle intensive	6.1.1) Développer une équipe régionale de gériatrie	3	Aucune équipe de gériatrie régionale n'est en place	L'équipe de gériatrie régionale est en place
		6.1.2) Actualiser l'approche gériatrique en courte durée	1	Amorce de l'implantation de l'approche gériatrique	Approche gériatrique appliquée dans tous les centres hospitaliers de courte durée
		6.1.3) Faire le bilan des unités de gériatrie active	1	Portrait incomplet du fonctionnement des unités de gériatrie active	Connaissance du fonctionnement de toutes les unités de gériatrie active
		6.1.4) Offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive	1	Services inexistant sur le territoire mais accessible dans la région du Bas-St-Laurent	Développement des services de réadaptation fonctionnelle intensive dans la région
		6.1.5) Consolider les services de réadaptation en CHSLD	1	Offre de service incomplète et inégale d'une installation à l'autre	Offre de service en réadaptation en CHSLD est uniforme
7) L'importance de la qualité et l'évolution des pratiques	7.1) Acquérir de nouvelles connaissances et améliorer les compétences eu égard au vieillissement par de la formation continue auprès des intervenants et des gestionnaires	7.1.1) Poursuivre les visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie	1	Trois installations CHSLD visitées, quatre RI visitées	10 % des installations CHSLD visitées par année
		7.1.2) S'assurer de l'élaboration d'un plan d'intervention pour chaque usager	1	La présence d'un plan d'intervention est inégale selon les services dispensés et selon les territoires	Nombre d'utilisateurs ayant un plan d'intervention

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
5.9.1) Développer des projets novateurs en alternative à l'hébergement institutionnel	2006-2010	CSSS	Agence et les partenaires locaux	Nombre de places créées dans le cadre des projets novateurs par territoire
5.10.1) Développer des RI spécialisées pour les personnes avec déficit cognitif	2006	CSSS	Société Alzheimer/Agence	Nombre de RI spécialisées et nombre de places
Développer des RI spécialisées pour les personnes avec déficience physique	2006	CSSS	CR/Agence	Nombre de RI spécialisées et nombre de places
6.1.1) Statuer sur la composition de l'équipe, sur son rôle et sur sa localisation dans une perspective de desserte régionale	2008	Agence/CSSS		L'équipe régionale de gériatrie est en place
6.1.2) Définition de l'approche gériatrique : en assurer la diffusion et la mise en application	2007-2008	Agence/CSSS		Nombre d'établissements qui appliquent l'approche gériatrique en courte durée
6.1.3) Élaboration d'un bilan fonctionnel des unités de gériatrie active en relation avec l'implantation de l'approche gériatrique en courte durée et en externe	2007-2008	Agence/CSSS		Décision sur le maintien des unités de gériatrie active ou de leur mise à niveau
6.1.4) Choix du modèle et de la localisation pour rendre les services de réadaptation fonctionnelle intensive en collaboration avec le programme déficience physique	2006-2007	Agence	Centre de réadaptation CSSS	Les services de réadaptation fonctionnelle intensive sont implantés dans la région
6.5) Déterminer le requis de service	2007	Agence/CSSS		Nombre de personnes et nombre d'interventions moyen par personne
7.1.1) Visite par l'équipe du MSSS des CHSLD, RI et RTF et production d'un plan d'action par les établissements	En continu	MSSS/Agence	CSSS	Nombre de visites effectuées Suivi des plans d'action
7.1.2) Production d'un plan d'intervention pour tous les usagers	En continu	CSSS	Usagers et leurs familles	Nombre d'usagers ayant un plan d'intervention

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
		7.1.3) Implanter l'approche milieu de vie en CHSLD, RI et RTF	1	La majorité des installations ont implanté des concepts reliés à l'approche milieu de vie	100 % des installations fonctionnent avec l'approche milieu de vie
		7.1.4) Soutenir le comité des usagers et des résidents dans ses rôles et fonctions dans le cadre du projet de loi 83	2	Certains comités d'usagers ont une connaissance limitée de leur rôle et responsabilités	Tous les comités des usagers sont en mesure de jouer pleinement leurs rôles
		7.1.5) Se doter d'un plan de formation régional incluant l'approche milieu de vie et l'utilisation des mesures de contrôle	1	Aucune démarche régionale sur les besoins en formation	Plan de formation régional répondant aux besoins des intervenants et des gestionnaires en incluant les nouvelles pratiques
		7.1.6) S'assurer de l'application du protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle physique et isolement	1	Tous les établissements ont produit le protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle physique et isolement	L'utilisation des mesures de contrôle physique et isolement est conforme au protocole
		7.1.7) Soutenir les établissements dans l'élaboration du protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle chimique, selon le cadre de référence du MSSS	3	En attente du cadre de référence du MSSS	Élaboration du protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle chimique
		7.1.8) Actualiser les mesures de contrôle de la qualité des services dans les résidences privées selon les dispositions légales du projet de loi 83	2	En attente des dispositions de la loi 83 qui doit être sanctionnée	Les résidences privées sont conformes aux règles régissant la qualité des services.
8) La priorisation au niveau des immobilisations	8.1) Intégrer la gestion des bâtiments dans la restructuration des services	8.1.1) Prioriser la séquence des investissements en regard de la vétusté et de la fonctionnalité de l'approche milieu de vie	1	Portrait régional de l'immobilisation	Les établissements répondent à des concepts de l'approche milieu de vie. Les problèmes importants de vétusté de certains établissements sont réglés

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
7.1.3) Plan d'action et de mise en œuvre de l'approche milieu de vie	2007	CSSS	Agence/Expert	Nombre de plans d'action et d'actualisation
7.1.4) Rencontre d'information et de formation avec les comités des usagers et des résidents sur leur rôle et leur fournir les facilités leur permettant d'assumer leurs responsabilités	En continu	Agence/CSSS	Expert	Tous les comités des usagers connaissent leur rôle; nombre de comités de résidents opérationnels Identification des facilités de fonctionnement offertes par les CSSS
7.1.5) Évaluer les besoins en formation des intervenants du réseau et des partenaires afin d'élaborer un plan quinquennal de formation	2006	Comité de coordination PPALV		Plan de formation adopté
7.1.6) Dépôt à l'Agence du rapport annuel sur l'utilisation des mesures de contrôle	Annuellement	CSSS	Agence	Nombre d'utilisation des mesures de contrôle et leur justification
7.1.7) Dépôt à l'Agence du protocole sur les contentions chimiques et dépôt du rapport annuel sur l'utilisation des mesures de contrôle chimique	Annuellement	CSSS	Agence	Tous les établissements ont produit le protocole sur la contention chimique Nombre d'utilisation des mesures de contrôle et leur justification
7.1.8) Mettre en place un processus de certification en conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées	En continu	Agence	CSSS et résidences privées	Nombre de résidences privées certifiées
8.1.1) Réalisation d'un plan d'intervention global immobilier	2006-2010	MSSS/Agence	CSSS	Nombre de travaux d'immobilisation effectués

CHOIX STRATÉGIQUES ET MESURES STRUCTURANTES (SUITE)

CHOIX STRATÉGIQUES	STRATÉGIES	MESURES STRUCTURANTES	PRIORITÉ *	POINT DE DÉPART	POINT D'ARRIVÉE
9) La gestion efficiente des ressources financières	9.1) Réaliser le contour financier de l'offre de service pour les personnes âgées en perte d'autonomie	9.1.1) Déterminer le coût de la gamme de services	1	Le requis financier actuel date de 1995	Le contour financier de la gamme de services est déterminé
		9.1.2) Rétablir les budgets entre les réseaux locaux	1	Financement inégal entre les réseaux locaux	Financement équitable entre les réseaux locaux

* 1 : Incontournable 2 : Très important 3 : Important

MISE EN ŒUVRE DES MESURES STRUCTURANTES CITÉES À LA PAGE PRÉCÉDENTE

MOYENS	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLES	COLLABORATEURS	MODALITÉS DE SUIVI
9.1.1) et 9.1.2) Définition de critères permettant de déterminer le coût de la gamme de services	2006-2008	Agence	CSSS, organismes communautaires et EESAD	Le coût de la gamme de services est déterminé, le budget accordé à chaque CSSS est équitable

ANNEXE A

Nombre total et répartition des décès, nombre total et répartition des hospitalisations, durée moyenne de séjour d'hospitalisation – DMSH – (en nombre de jours)
selon la cause, personnes âgées de 65 ans et plus, région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 1999 à 2002 (pour les décès), 1999-2000 à 2003-2004 (pour les hospitalisations)

Regr.	Diagnostic	Décès 1998 à 2002					Hospitalisations 1999-2000 à 2003-2004						
		Femmes nombre	Hommes nombre	Sexes réunis			Femmes nombre	Hommes nombre	Sexes réunis				
				Nombre	%	rang			Nombre	%	rang	DMSH nombre de jours	Rang DMSH
1	Maladies infectieuses et parasitaires	17	18	35	1,06	10e	191	134	325	1,15	14e	8,8	11e
2	Tumeurs	414	619	1 033	31,28	2e	1 052	1 490	2 542	8,98	4e	13,2	2 ^e
3	Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	81	66	147	4,45	4e	318	251	569	2,01	11e	8,0	13e
4	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	14	5	19	0,58	13e	207	179	386	1,36	13e	8,2	12e
5	Troubles mentaux	78	52	130	3,94	5 ^e	541	352	893	3,16	10 ^e	19,5	1 ^{er}
6	Maladies du système nerveux et des organes des sens	80	45	125	3,79	6e	291	218	509	1,80	12e	11,2	7e
7	Maladies de l'appareil circulatoire	583	576	1 159	35,10	1er	4 357	4 597	8 954	31,64	1er	9,3	10e
8	Maladies de l'appareil respiratoire	110	201	311	9,42	3e	1 566	2 257	3 823	13,51	2e	7,9	14e
9	Maladies de l'appareil digestif	61	56	117	3,54	7e	1 312	1 231	2 543	8,98	3e	7,4	15e
10	Maladies des organes génito-urinaires	41	40	81	2,45	9e	604	573	1 177	4,16	8e	6,9	16e
11	Complications : grossesse, accouchement, ...	0	0	0	0,00	---	0	0	0	0,00	---	0,0	18 ^e
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	3	3	6	0,18	14e	124	95	219	0,77	15e	12,3	4e
13	Maladies du système ostéo-artic., muscles et tissu conj.	13	11	24	0,73	11e	762	491	1 253	4,43	7e	11,4	6e
14	Anomalies congénitales	2	1	3	0,09	15 ^e	7	7	14	0,05	16 ^e	9,5	9 ^e
15	Certaines affections périnatales	0	0	0	0,00	---	0	1	1	0,00	17 ^e	2,0	17 ^e
16	Symptômes, signes et états morbides mal définis	8	13	21	0,64	12e	1 256	1 150	2 406	8,50	5e	10,0	8e
17	Lésions traumatiques et empoisonnements	34	57	91	2,76	8e	939	571	1 510	5,34	6e	12,8	3e
18	Classification supplémentaire	0	0	0	0,00	---	594	583	1 177	4,16	8 ^e	11,5	5 ^e
1 à 18	Ensemble des causes	1 539	1 763	3 302	100,0	---	14 121	14 180	28 301	100,0	---	10,0	---

Note : La trame ombragée indique que la catégorie vient au premier rang des causes de décès, d'hospitalisation et/ou de durée moyenne de séjour d'hospitalisation (DMSH).

Sources : Registre de la population (Bureau de l'état civil) pour les décès, fichier Med-Écho (MSSS) pour les hospitalisations et la durée moyenne de séjour