

**Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010
des services aux personnes âgées**

**Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte
d'autonomie**

Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

**Adopté par le conseil d'administration
Le 13 décembre 2005**

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements 3

1. Contexte régional 4

 1.1 Le portrait de la clientèle ciblée 4

 1.2 Le portrait de l'organisation des services..... 5

 1.3 Les particularités régionales 7

 1.4 Perspectives : Ressources financières et immobilières 8

2. Enjeux et défis à relever 9

3. Choix arrêtés et modalités de réalisation et de suivi de ceux-ci 12

 3.1 Priorités et stratégies d'action retenues 12

 3.2 Modalités de réalisation et de suivi des actions envisagées 16

4. Estimation des impacts du plan 24

 4.1 Impacts sur le système de services 24

 4.2 Impacts sur les ressources du système 29

Annexes

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce plan d'action a été rendue possible grâce à la participation des personnes suivantes composant le groupe de travail issu du Comité régional pour les personnes âgées en perte d'autonomie (CR PPA) :

- Hélène Bissonnette (CSSS de Chicoutimi)
- Michel Côté (Agence – Direction des services sociaux)
- Alberte Déry (Palli aide)
- Aline Gauthier (Agence – Direction de la santé publique)
- Martine Nepton (CSSS Cléophas Claveau)
- Hélène Soucy (Agence – Direction des services sociaux)
- Marie-Andrée Tremblay (CSSS Lac-Saint-Jean-Est)

Ainsi que du Dr. Réal Lajoie, psychiatre conseil à la Direction de la santé publique, qui a animé les deux rencontres des deux *focus groupes* de proches aidantes et aidants. l'un au Lac-Saint-Jean et l'autre au Saguenay, dans le but de connaître leurs besoins.

Également, Isabelle Leblanc et Christine Farrell, de l'Agence de santé à la Direction des services sociaux, qui ont assuré le support technique.

Nos remerciements d'adressent aussi aux instances consultées qui ont généreusement émis leur avis et leurs commentaires sur ce plan d'action :

- Deux *focus groupes* de proches aidants et aidantes
- Comité régional pour les personnes en perte d'autonomie (CR PPA)
- Forum régional de concertation du réseau de la santé et des services sociaux
- Comité des gestionnaires de l'Agence
- Conseil d'administration d'information
- Comité régional des projets cliniques
- Commission multidisciplinaire régionale (CMUR)
- Dr Élisabeth Gagnon (gériatre)
- Commission infirmière régionale (CIR)
- Commission médicale régionale (CMR)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Fédération de l'Âge d'or du Québec (FADOQ)
- Organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées
- Entreprises d'économie sociale
- Organismes communautaires d'habitation
- Établissements de santé et de services sociaux
- Comité régional sur la qualité des services
- Table régionale de concertation des aînés, incluant l'A.Q.D.R.

1- CONTEXTE RÉGIONAL

Le vieillissement de la population est un phénomène connu et documenté depuis des années. Ce phénomène s'observe autant dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean que dans les autres régions du Québec, et le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale passera de 14 % en 2005 à 16 % en 2009.

1.1- Le portrait de la clientèle ciblée¹ :

➤ L'évolution des changements démographiques de la région illustrant l'accroissement du nombre de personnes âgées par rapport à la population totale et par groupe d'âge

En 2005, selon l'Institut de la statistique du Québec, la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean s'élève à 275 457 personnes et diminuera de 1,5 % pour atteindre 271 243 personnes en 2009. De 2005 à 2009, le nombre de personnes de 0 à 64 ans passera de 236 668 à 227 893 personnes (diminution de 3,7 %), tandis que la population de 65 ans et plus passera de 38 789 à 43 350 personnes (hausse de 11,8 %). Parmi les aînés de 65 ans et plus, la population des groupes d'âge augmentera dans les proportions suivantes : les personnes âgées de 65 à 74 ans s'accroîtront de 22 306 à 24 376 personnes, celles de 75 à 84 ans augmenteront de 13 241 à 14 811 personnes et celles de 85 ans et plus augmenteront de 3 242 à 4 217 personnes. Ces tendances sont observées dans chacun des territoires de CLSC. Si les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes entre 0 et 64 ans, la proportion de femmes s'accroît avec l'avancement en âge.

➤ Les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle

Les groupes de personnes âgées les plus vulnérables ont été identifiés dans le Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007. Les groupes les plus vulnérables se caractérisent par des conditions socio-économiques pouvant constituer un risque pour la santé : la pauvreté, la sous scolarisation et le faible soutien social. Lors du recensement de 1996, 24% des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient seules, et ce sont les dernières données disponibles. Vivre seul se rencontre plus souvent chez les femmes et ce fait augmente la probabilité d'être en situation de pauvreté. En 1996, 22 % des personnes âgées de 65 ans et plus de la région vivaient sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 27 % au Québec. La proportion de femmes vivant sous le seuil du faible revenu est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et en 2000, le revenu moyen des hommes de 65 ans et plus se situait à 23 886 \$ et celui des femmes se situait à 14 484 \$. Les personnes âgées vivant sous le seuil du faible revenu se trouvaient dans le territoire de Chicoutimi (29%) alors que c'est dans le territoire Lac-Saint-Jean-Est qu'elles étaient en plus faible proportion (14 %) par rapport à l'ensemble de la région. En 2000, deux personnes âgées sur trois étaient sous-scolarisées, ayant complété ou non un cours primaire seulement. En l'an 2000, le territoire Maria-Chapdelaine comptait la plus grande proportion de personnes âgées sous-scolarisées (76 %) et le territoire de Chicoutimi comptait la plus faible proportion de personnes sous-scolarisées (46 %). Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, une proportion de 16 % des personnes de 65 ans et plus se situaient au niveau faible de l'indice de soutien social. La proportion était moindre que chez les adultes de 25-64 ans. Les personnes âgées susceptibles d'être isolées socialement sont celles qui se disaient insatisfaites de leur vie sociale (7,5 % des personnes de 65 ans et plus), celles qui déclaraient n'avoir aucun ami (11,4 %), aucun confident (12 %) ou aucune personne pour les aider au besoin (4.4 %).

➤ Les habitudes de vie et l'état de santé de la clientèle

Concernant des habitudes de vie, selon le Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007, le taux de fumeurs des 65 ans et plus en 2000 était de 16 % comparativement à 13 % au Québec et 10 % au Canada, sans différence significative selon les sexes. Le tabagisme est fortement associé à une situation économique moins favorable. Comme il n'existe pas d'étude spécifique sur l'état nutritionnel et les choix alimentaires des personnes vivant au Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'ampleur du phénomène reste méconnue. Dans la région, le tiers des personnes âgées est sédentaire et la proportion est à peu près similaire chez les hommes et les femmes. La proportion des personnes actives est plus élevée chez les hommes (53 %) que chez les femmes (39 %). Les personnes peu scolarisées ou en situation économique précaire sont plus susceptibles d'être sédentaires. De plus, les personnes sédentaires ont tendance à considérer leur état de santé moins bon que les personnes actives. Il n'y a pas non plus de données régionales sur l'état de santé buccale des aînés.

Au regard des problèmes d'intégration et d'adaptation sociale, au niveau de la consommation de drogues, aucune personne âgée n'a déclaré en avoir consommé au cours de l'année précédant l'enquête régionale de 2000. Lors de cette enquête, 59 % des personnes âgées ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente. Le taux d'ordonnances actives de psychotropes en juin 2000 s'élevait à 112 pour 1 000 personnes âgées dans la région en comparaison à 87 au Québec. Cet écart est expliqué par un taux d'ordonnances plus élevé d'antidépresseurs. En 2000, lors de l'enquête régionale, 12,6 % des personnes âgées se sont classées dans la catégorie de symptomatologie élevée de l'indice de détresse psychologique, ce qui donne une estimation des besoins en santé mentale. La proportion varie en fonction de plusieurs facteurs, dont entre autres le sexe, 16 % des aînés présentant une détresse psychologique sont des femmes et 8 % sont des hommes. Le suicide est rare chez les personnes âgées, environ 3 par année dans la région selon les données officielles. Par ailleurs, toujours selon l'enquête régionale

¹ Personnes âgées de 65 ans ou plus

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

de 2000, 2,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont confié avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année précédente, et la fréquence des idées suicidaires demeure la même peu importe le sexe, la scolarité et le statut socio-économique. Le phénomène de la violence psychologique et verbale a été étudié lors de l'enquête régionale de 2000 qui a révélé un taux de victimes de 240 pour 1000 chez les femmes et 150 pour 1000 chez les hommes.

Le plan d'action régional indique que 9 femmes sur 1000 ont été victimes de violence physique par leur conjoint et aucun homme n'a déclaré avoir subi de violence physique.

Sur le plan de la perte d'autonomie, selon les données de l'enquête sociale et de santé Québec 1998, 42 % des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent avoir une incapacité. La proportion augmente avec l'âge : 34 % chez les 65-74 ans et 55 % chez les 75 ans et plus. Dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 12 % des personnes âgées ont une limitation d'activités à long terme et au Québec en 1998, 8 % des personnes de 65-74 ans et 25 % des 75 ans et plus présentaient une dépendance modérée ou forte. Dans les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* de 2001, il est indiqué qu'au Québec, 26,6 % des personnes de 65 ans et plus atteintes d'au moins une incapacité suffisamment importante pour entraîner une demande de services. Les incapacités modérées à graves sont présentes chez 16,6 % des personnes de 65 à 74 ans et chez 41 % des personnes de 75 ans et plus. Toujours selon les données des Orientations ministérielles, la proportion des personnes âgées atteintes d'une forme de démence est de 8 % chez les personnes de 65 ans et plus et ce taux atteint 35 % chez les personnes de 85 ans et plus.

Quant à l'état de santé, en 2000, 22 % des personnes de 65 ans et plus de la région considéraient leur état de santé comme médiocre, la proportion la plus élevée se trouvant dans le territoire Domaine-du-Roy (32 %) et la proportion la plus faible dans les territoires de La Baie et Maria-Chapdelaine (15 %). Selon le plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007, l'espérance de vie des personnes de 65 ans est plus élevée en 1997-1999 chez les femmes (19,4) que chez les hommes (15,5) au SLSJ, mais inférieure à celle des québécoises. L'espérance de vie la plus élevée se trouve dans le territoire Lac-Saint-Jean-Est, tant chez les hommes (16,8) que chez les femmes (20,6), et est la moins élevée chez les hommes du territoire de Jonquière (14,7) et chez les femmes du territoire de La Baie (18,7). Dans tous les territoires, de 1998 à 2001, les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent la première cause d'hospitalisation de la population âgée de la région, les maladies de l'appareil respiratoire sont la deuxième cause, tandis que les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs se partagent la troisième et la quatrième place. Entre 1997 et 1999, les deux principales causes de mortalité chez les aînés de 65 ans et plus dans la région demeuraient les maladies cardiovasculaires et les tumeurs. Chez les femmes, les MCV demeuraient la première cause de décès. Entre 1997 et 1999, l'incidence du cancer chez les hommes âgés était significativement plus élevée dans la région (1,08) que dans l'ensemble du Québec (1,00). La région affichait aussi une surmortalité par cancer. Pendant la même période, l'incidence du cancer chez les femmes âgées était aussi significativement plus élevée dans la région (1,08) que dans l'ensemble du Québec (1,00).

1.2- Le portrait de l'organisation des services :

➤ La configuration de l'organisation des services

Au regard des services aux personnes en perte d'autonomie, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte six centres de santé et de services sociaux (CSSS), ayant chacun une mission de CHSGS, une mission de CLSC et une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'un d'entre eux possède une mission régionale de centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et de centre de réadaptation en toxicomanie (CRT), un autre possède une mission régionale en santé physique pour les soins surspécialisés. Un autre CSSS, possédant des services gériatriques sous-régionaux et régionaux, tels un programme régional d'évaluation de la conduite automobile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, un programme sous-régional de réadaptation gériatrique en unité de moyen séjour et un hôpital de jour à vocation sous-régionale, a déposé une demande de reconnaissance d'une mission régionale en gériatrie. Pour compléter le réseau d'établissements, la région compte un centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et un centre jeunesse. Notons que les installations de CHSLD sont au nombre de 17 qui possèdent 1 216 places d'hébergement permanent et 18 places d'hébergement temporaire.

Les CSSS peuvent également compter sur la collaboration de six ressources intermédiaires (RI) en place (113 places reconnues) et deux autres RI en développement (pour 40 places supplémentaires) dans la région. Dans le rapport ministériel du 31 mars 2005, six personnes sont hébergées en ressources de type familial (RTF) pour une perte d'autonomie liée au vieillissement, et 62 autres personnes de 65 ans et plus y sont hébergées pour d'autres problématiques. Des places alternatives à l'hébergement se développeront sous peu suite à l'acceptation par le MSSS d'un projet novateur dans le cadre du projet : *Pour un nouveau partenariat au service des aînés*. Chacun des territoires de CLSC possède une entreprise d'économie sociale (EES) qui offre des services d'aide aux activités de la vie domestique (AVD) et certaines offrent de l'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Les soins palliatifs sont offerts à domicile, dans les lits de courte durée, dans les CHSLD pour les personnes qui y sont hébergées, dans les maisons de soins de fin de vie (deux RI et dans deux organismes communautaires de soins palliatifs). Chacun des CSSS opère un centre de jour dans les installations de CHSLD, et trois CSSS possèdent une unité de soins de courte durée gériatrique.

Outre les établissements, les CSSS comptent sur la collaboration d'un organisme communautaire à vocation régionale pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches aidants et de 44 organismes communautaires à vocation locale, tous dédiés aux personnes âgées, subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Les CSSS collaborent aussi avec les résidences pour personnes âgées inscrites au registre des résidences privées pour personnes âgées, dont 87 résidences privées (où sont logées 6 000 personnes) et 17 OSBL d'habitation où habitent 500 personnes.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

➤ L'offre actuelle des services

Les services et interventions de promotion et de prévention actuels à déployer afin de favoriser le maintien de la santé et du bien-être et de retarder, voire éviter, la perte de l'autonomie des personnes âgées sont retrouvés à l'intérieur du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique de chacun des territoires. Des efforts importants doivent y être consentis au cours des prochaines années puisque l'ensemble de ces services et interventions qui visent la prévention des problèmes de santé mentale, de la violence et des abus, de la consommation inappropriée de médicaments psychotropes, des maladies chroniques incluant les cancers, des problèmes buccodentaires, des traumatismes et de certaines maladies infectieuses (influenza, pneumonie à pneumocoque et maladies nosocomiales), est à mettre en place ou à consolider dans tous les territoires. L'application d'interventions multifactorielles en prévention des chutes à domicile de même que l'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est reconnue, notamment le counselling sur les habitudes de vie et les soins buccodentaires, feront toutefois l'objet d'une attention plus particulière au cours des trois prochaines années. En ce qui concerne les interventions multifactorielles en prévention des chutes, seule l'intervention non personnalisée est en cours de développement, et ce dans tous les territoires. Ce développement est soutenu actuellement par un financement régional non récurrent de 20 000 \$.

Les services spécialisés en réadaptation, gériatrie et psychogériatrie ne sont pas disponibles dans l'ensemble de la région et le modèle d'organisation de ces services n'est pas encore adopté, étant encore à l'étape de la consultation. Les ressources humaines spécialisées sont très rares dans la région.

Au niveau des services de longue durée, la gamme de services à domicile est presque complète dans les CLSC et de plus en plus offerte de façon harmonisée. Les services de réadaptation tels la physiothérapie et l'ergothérapie sont disponibles mais peu accessibles en raison des délais d'attente pouvant aller jusqu'à deux ans, faute de ressources humaines et financières. Les programmes d'aide financière tels le Fonds d'aide aux personnes handicapées (FADPH), le programme transport hébergement et l'allocation directe sont disponibles mais d'accessibilité différente d'un territoire où les budgets sont répartis en fonction de l'ampleur des besoins identifiés sur leur territoire. L'offre de services par les entreprises d'économie sociale (EES) diffère d'un territoire à l'autre, certaines offrant de l'assistance pour les activités de la vie domestique seulement (AVD) alors que d'autres offrent aussi des services d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) comme certains soins d'hygiène. L'accès aux places d'hébergement temporaire en CHSLD est géré de façon différente d'un territoire à l'autre, les critères d'accès, la durée du séjour et les coûts pour l'usager diffèrent d'un territoire à l'autre. Des places d'hébergement en CHSLD sont disponibles dans tous les territoires de même que des places en ressource intermédiaire (RI) sont disponibles ou en cours de développement. La gamme de services offerts à la clientèle hébergée diffère d'un CSSS à l'autre et les disparités sont surtout observées au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité à des services spécialisés (18 lits de gériatrie répartis dans trois territoires). Au 31 mars 2005, la région comptait 1207 lits de CHSLD gérés par le mécanisme d'accès, 104 places en RI et quelques places en RTF.

Le mécanisme d'accès aux services d'hébergement en CHSLD est déconcentré dans les territoires de CLSC depuis 1997 avec des critères d'accès et de priorité harmonisés. Les critères de priorité ont peu à peu évolué différemment en fonction de la conjoncture locale. Les établissements de la région ont pour projet d'implanter un mécanisme d'accès territorial (MAT) pour toutes clientèles adultes, peu importe la problématique, afin de ramener au même mécanisme d'accès toute demande d'admission ou d'hébergement en ressource de type familial, en ressource intermédiaire ou en CHSLD.

Le support technique est déjà offert aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement aux mêmes conditions que pour les autres clientèles, en fonction des guides de gestion des programmes concernés : aides techniques, fournitures, équipements et besoins spéciaux. Les équipements font l'objet d'un prêt de trois mois et ce prêt est prolongé au besoin dans certains territoires. Les pratiques ne sont pas encore harmonisées à ce niveau et des travaux sont en cours à cet effet.

L'allocation pour l'achat de services est assez répandue dans la région et est utilisée à diverses fins. Les indicateurs de gestion des services à domicile ne tiennent pas compte de cette réalité. Des indicateurs devraient être identifiés pour mesurer les coûts pour les CLSC, la nature et l'ampleur des services ainsi achetés par les usagers, ayant un impact sur l'intensité de services aux usagers. Des allocations directes sont versées aux clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement, aux clientèles en déficience physique, en déficience intellectuelle et aux clientèles présentant un trouble envahissant du développement (TED).

Le soutien aux proches aidants est offert dans tous les territoires de CLSC, par les services de soutien à domicile, avec ou sans ouverture d'un dossier propre à l'aidant. Les interventions sont individuelles ou de groupe et un suivi est assuré par l'équipe de soutien à domicile ou par les services courants. Les pratiques ne sont pas nécessairement harmonisées d'un territoire à l'autre au niveau du soutien aux proches aidants. D'autre part, des organismes communautaires offrent des services aux aidants.

Au niveau du logement, un premier projet novateur est en voie d'implantation dans le cadre du programme : *Pour un nouveau partenariat au service des aînés*. Par ailleurs, des résidences privées pour les personnes âgées sont disponibles dans chacun des territoires de CLSC. La répartition interterritoriale est inégale et dans certains territoires. La clientèle dont la perte d'autonomie s'installe ne peut défrayer les coûts encourus par les services offerts par les résidences privées, de sorte que certains voient leur survie menacée. L'offre de services à cette clientèle à faible revenu doit être accentuée. Quant au Programme d'adaptation du domicile (PAD), les délais d'évaluation en ergothérapie sont de deux ans, faute de ressources humaines, ce qui nuit à l'accessibilité. L'Agence collabore avec les groupes techniques impliqués pour l'évaluation des projets présentés dans le cadre de programme AccèsLogis.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

La qualité des services sera sans doute l'un des éléments majeurs à considérer dans le présent plan d'action puisqu'il concerne le dépistage de la perte d'autonomie ou du risque de perte d'autonomie, l'évaluation des clientèles en perte d'autonomie, l'utilisation de standards de pratique reconnus dans les milieux traitant pour la prise en charge rapide des aînés victimes de chute, de fractures et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'utilisation des mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques) dans les CHSLD, l'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté, la sensibilisation des comités d'usagers à leur rôle, et la diffusion des programmes de formation du MSSS aux dirigeants et au personnel. L'approche gériatrique devra être développée en courte durée afin d'adapter les soins et les services aux besoins et au rythme de récupération des personnes âgées, de façon à éviter les conséquences de l'immobilisation sur leur autonomie.

La qualité des milieux de vie préoccupe de plus en plus les acteurs de la région. Certains CHSLD sont avancés dans l'implantation du concept «milieu de vie», ce sont surtout les anciens centres d'accueil d'hébergement (anciens CAH) alors que d'autres ont conservés le modèle hospitalier de milieu de soins. Les visites ministérielles en CHSLD, RI et RTF ont eu un effet stimulant pour la mise en place des milieux de vie. La fusion des établissements en instances locales ne doit pas faire perdre de vue les améliorations à réaliser pour l'implantation des milieux de vie, qui doit se faire en parallèle au virage vers une amélioration des services à domicile et dans la communauté. L'implantation des orientations ministérielles «Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD» sera assortie d'un plan global d'intervention immobilière sur un horizon de cinq ans.

➤ L'utilisation des services par la clientèle

Les services de prévention : Les interventions de promotion sont de type populationnel, c'est à dire qu'elles ont pour objectif de rejoindre l'ensemble des personnes âgées de la région soit 38 789 personnes. Quant aux services et interventions de prévention, ils sont destinés plus particulièrement aux personnes âgées présentant des facteurs de risque pour un problème donné. L'état de situation associé au déploiement des interventions pour la population des personnes âgées en général et au déploiement des services de prévention et à leur utilisation par les personnes âgées présentant des facteurs de risque est retrouvé à l'intérieur du PAR et des PAL en santé publique. Comme dit précédemment, la presque totalité de ces interventions et services est à développer et à consolider.

Les services de longue durée : une proportion de 16,8 % des personnes de 65 ans et plus a reçu des services de soutien à domicile des CLSC en 2004-2005, soit 6 524 usagers, qui ont reçu en moyenne 19,2 interventions par usager, pour un total de 125 004 interventions. Rappelons qu'en 2010, la région devra desservir 16 % de la population âgée par des services à domicile (6 936 usagers) et offrir en 24 interventions en moyenne par usager, soit 166 464 interventions. En 2004-2005, les CHSLD de la région ont hébergé des personnes âgées et des adultes de moins de 65 ans présentant un profil de besoins dit «profil gériatrique» pour 445 570 jours présence. Ils ont offerts 2,83 heures travaillées en moyenne par usager en soins infirmiers et d'assistance et 0,18 heure travaillée en services professionnels aux personnes hébergées. En 2010, le nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance ciblée est de 3,0 heures par résident et le nombre moyen d'heures travaillées en services professionnels est ciblé à 0,23. Au 31 mars 2005, 72 personnes étaient en attente pour place en CHSLD suite à la décision des comités d'orientation-admission locaux et 7 personnes étaient en attente d'une place en ressource intermédiaire (RI). Le temps moyen d'attente des personnes en liste d'attente était de 167 jours pour une place en CHSLD et 131 jours pour une place en RI. En 2004-2005, 391 personnes ont été admises en CHSLD après une durée moyenne d'attente de 42 jours, tandis que 29 personnes âgées ont été admises en RI après une durée moyenne d'attente de 41 jours. Les personnes admises en 2004-2005 requéraient en moyenne 3,22 heures de soins infirmiers et d'assistance par jour, environ 13% nécessitaient moins de 2,5 heures soins par jour et 8 % étaient âgées de moins de 65 ans. En 2005-2005, les présences en centre de jour s'élevaient à 19 344. D'après les données fournies par les CSSS, une somme de 295 000 \$ a été versée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement en allocations directes pour l'achat de services (voir entente de gestion).

Le séjour moyen sur civière pour les personnes de 75 ans et plus était de 12,6 heures au 31 mars 2005, se situera à 12 heures en 2005-2006 et devra se maintenir à 12 heures en 2010. Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus était de 1,6 % au 31 mars 2005, sera de 1 % en 2005-2006 et devra être ramené à 0 en 2010.

1.3- Les particularités régionales :

➤ Caractéristiques particulières de la région et de la population visée à prendre en considération dans l'élaboration du plan demandé

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean est une région éloignée des grands centres, elle est étendue géographiquement et la population y est répartie de façon différente dans ses deux sous-régions. La sous-région du Saguenay est davantage urbaine et la sous-région du Lac-Saint-Jean est davantage rurale. Les services spécialisés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sont très peu développés, seule une gériatre est en poste et ne peut couvrir l'ensemble de la région. Au niveau démographique, on assiste à la dénatalité et à l'exode des jeunes, de sorte que la population vieillit rapidement. La gamme de services de base est incomplète et non diversifiée. Les services ne sont pas toujours disponibles ni accessibles. Selon les informations disponibles, 14% des personnes n'ont pas de médecin de famille dans l'ensemble du Québec et 6 à 7% n'en cherchent pas. Par exemple, dans le seul territoire de Chicoutimi, 10% des clientèles desservies en soutien à domicile n'ont pas de médecin de famille. Cette situation est observée en raison d'une pénurie de médecins et par le fait que certains médecins choisissent de pratiquer en clinique privée sans hospitalisation.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Deux groupes de proches aidants ont été rencontrés, soit un groupe au Saguenay et un groupe au Lac-Saint-Jean, afin de recueillir leurs points de vue sur leurs besoins ainsi que leurs recommandations sur les services requis pour les soutenir. Toutes les personnes présentes ont exprimé leur désir de garder leurs proches dans son milieu de vie le plus longtemps possible, que la personne aidée soit leur mère, conjoint, conjointe, enfant ou ami. Les proches aidants ont exprimé avec émotion leur épuisement, leur isolement et le manque de répit. Le rôle de proche aidant est un rôle d'intervenant, souvent à temps complet, qui nécessite une reconnaissance, une information sur la problématique et les solutions, des outils pour aider et un support adéquat. Faire face au vieillissement de la population est un défi de solidarité, un défi de l'ensemble de la société et l'aide du réseau est actuellement basée sur la demande. Or, lorsqu'un proche aidant demande, l'épuisement est déjà présent avec des conséquences physiques et psychologiques. Une aide précoce, avant la demande, préviendrait les dommages importants, prolongerait la capacité d'aide de l'aidant, de sorte qu'il y aurait moins de recours à l'hébergement. Les proches ont déploré l'acharnement de certains intervenants du réseau à les convaincre de «placer» la personne aidée. Ils entreprennent parfois des démarches à l'insu de l'aidant, alors que ni la personne en perte d'autonomie ni l'aidant ne désire l'hébergement. Le réseau reconnaît déjà l'importance de la prévention du diabète et du cancer, et de l'intervention précoce face à l'hypertension et aux maladies cardiaques et pulmonaires pour prévenir les dommages causés par ces maladies. De la même façon, le dépistage et l'intervention précoce (avant la demande) auprès des proches aidants préviendront la détérioration de leur état de santé physique et psychologique. Les proches demandent donc :

- De l'information et un support psychologique : la reconnaissance, de l'information sur la problématique, d'être partie prenante du plan de services et du plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, des rencontres de support avec un local, une référence téléphonique en cas de besoin et une ligne d'écoute.
- Une aide physique : de répit et des aides techniques.
- Une aide financière : allocation pour choisir la modalité de prestation de services qui leur convient.

L'Agence et les CSSS de la région doivent dès maintenant se préoccuper de compléter la gamme de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Les besoins et les demandes de services augmentent rapidement.

1.4- Perspectives : Ressources financières et immobilières

➤ Ressources financières

L'actuel plan n'a pas fait l'objet d'une analyse détaillée de l'impact financier à prévoir pour les cinq (5) prochaines années. Une démarche impliquant les établissements devra être complétée à cet égard.

Un estimé (pro forma) a été réalisé sur la base d'un modèle théorique. Sur cette base, un ordre de grandeur de plus de 8 M\$ est indiqué en terme d'ajout de ressources à planifier sur cinq ans.

➤ Ressources immobilières

Également, une démarche détaillée devra être réalisée. Toutefois, sur la base de prix budgétaire, un scénario a été effectué en vue d'améliorer le milieu de vie en CHSLD. Le scénario a été basé sur une enveloppe budgétaire cible de 17,5 M\$ et d'une capacité d'autofinancement (théorique) de 6,5 M\$.

NOTE : Les indications au sujet des ressources financières n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée tant au niveau du coût qu'au niveau de la solution.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

2- ENJEUX ET DÉFIS À RELEVER :

Identification des enjeux et défis	Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
1. LE SOUTIEN À LA PERSONNE	Le soutien à la personne vieillissante constitue un enjeu majeur pour diminuer l'incidence de la perte d'autonomie, ralentir la progression de la perte d'autonomie, le cas échéant, et offrir à ces personnes une meilleure qualité de vie. Le réseau de la santé et des services sociaux ne pourra faire face au défi que pose le vieillissement en maintenant l'offre de services telle quelle.		
1.1 Mettre en place des services de prévention de la perte d'autonomie	Mettre en œuvre les activités prévues au Plan d'action régional (PAR) et aux Plans d'action locaux (PAL) en santé publique en vue de préserver l'autonomie, augmenter les facteurs de protection et maintenir le plus bas possible les facteurs de risque de maladies chroniques et de problèmes psychosociaux. L'implantation d'un continuum de services en prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile et le renforcement des pratiques cliniques préventives concernant notamment les saines habitudes de vie (l'alimentation, etc.), l'hypertension artérielle, l'usage des médicaments, la détection des abus et de la négligence ainsi que les soins buccodentaires, seront les premiers défis à relever.	A - C	1
1.2 S'assurer qu'une gamme de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement	A) Une gamme de services spécialisés doit être disponible et accessible dans la région au moyen de corridors de services. Ces services sont les services de gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation gériatrique. Ces services sont en support aux services de première ligne.	A – B - C	2
	B) Un autre défi à relever est de s'assurer de corridors de services interprogrammes pour les personnes dont la perte d'autonomie liée au vieillissement est surajoutée à d'autres problématiques reliées à la santé mentale, les maladies neurodégénératives, la déficience physique ou à la déficience intellectuelle, et ce, en lien avec les projets cliniques.	B - C	1
1.3 Compléter la gamme de services de longue durée devant être accessibles dans chacun des territoires de CSSS	Les services de longue durée, par opposition aux services de courte durée, sont les services offerts à domicile, dans la communauté et dans les milieux d'hébergement. Le MSSS y ajoute les services offerts suite à une hospitalisation. Il s'agit de services et de programmes requérant un encadrement médical, infirmier et de réadaptation, moindre que les soins aigus en milieu hospitalier, mais une prestation plus intensive que les services réguliers. Ces services visent à faire en sorte que la personne hospitalisée sorte aussitôt que les soins aigus ne sont plus requis, et faire en sorte que les personnes aux prises avec des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles importantes n'aient pas comme unique solution le recours à l'hospitalisation.	A – C - D	1
1.4 Élargir l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement	Les services d'aides techniques sont offerts dans le cadre de programmes spécifiques destinés aux personnes ayant des limitations significatives et persistantes, soit les personnes handicapées. Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sont actuellement exclues de ces programmes qui permettraient un meilleur support dans leur milieu de vie habituel sans devoir avoir recours à l'hébergement.	A	1
1.5 Soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique	Différentes modalités sont disponibles pour le soutien des personnes à domicile, dont l'allocation personnalisée, basée sur l'incapacité de la personne, pour favoriser l'exercice du libre choix du type de services et du dispensateur de services. Les différents programmes et les modalités actuelles d'accès doivent être révisés ou pris en considération, ils sont : le crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée, le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), l'allocation directe et la prestation directe de services du CSSS. L'impact de ce recours aux services d'aide à domicile par une allocation personnalisée n'est pas mesuré, ni son impact sur l'intensité des services à domicile, ce qui devrait être pris en compte dans l'évaluation de l'intensité des services à domicile.	B	1
2. LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS	Le soutien des proches qui aident la personne âgée permettra aux aînés de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel, tout en évitant l'épuisement de leur entourage. Les proches aidants, s'ils ne sont pas soutenus adéquatement, risquent une détérioration de leur santé et de leur autonomie, ce qui diminuerait leur qualité de vie et augmenterait la pression sur l'offre de services du réseau. Les proches aidants ont été rencontrés et ont exprimé leurs besoins afin de poursuivre leur aide à leur proche en perte d'autonomie. Ces besoins seront pris en compte dans le présent plan d'action, puisque leur aide est essentielle au maintien de la personne en perte d'autonomie dans son milieu.	A	1

¹ S'agit-il d'un enjeu par rapport à la disponibilité (A), l'accessibilité (B), la continuité (C), la qualité (D) des services ?

² 1 : incontournable; 2 : très importante; 3 : importante

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Identification des enjeux et défis	Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
3. L'ACTION SUR L'ENVIRONNEMENT	Les aînés en perte d'autonomie qui désirent demeurer dans leur milieu de vie pourront réaliser leur désir à la condition que leur logement soit adapté à leurs besoins. Différentes formules et différents programmes seront mis à contribution pour répondre aux spécificités des personnes en perte d'autonomie (limitations de mobilité, revenus limités, problèmes d'adaptation sociale).	A - B	1
4. UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ	Le vieillissement de la population nécessitera non seulement une intensité de services suffisante et de façon continue, mais aussi des services de grande qualité selon des standards de pratique reconnus, afin d'en augmenter l'efficacité.		
4.1 Agir de façon précoce et selon des standards de pratique reconnus auprès des aînés requérant des soins aigus	Pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées et réduire la dépendance, il sera important de s'assurer que les interventions soient précoces et efficaces, par exemple dans les centres hospitaliers, où plusieurs lits de courte durée sont occupés par des personnes âgées en perte d'autonomie, connues ou non des services de soutien à domicile. Repérer les personnes en perte d'autonomie dès l'arrivée à l'urgence ou à l'admission en courte durée constitue un défi, de même que la réadaptation précoce et l'utilisation de l'approche gériatrique, afin de prévenir l'apparition d'une perte d'autonomie et l'allongement de la durée de séjour en soins de courte durée.	C - D	1
4.2 Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle	Les mesures de contrôle sont les contentions, l'isolement ou les substances chimiques, excluant les moyens de positionnement. L'utilisation des mesures de contrôle doit être encadrée adéquatement puisque celles-ci risquent de nuire à la qualité de vie et contribuer à la diminution de l'autonomie.	D	2
4.3 Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée	Les services à domicile et dans la communauté se doivent de répondre à des critères de qualité pour être efficaces.	D	2
4.4 Initier des programmes de formation requis dans les établissements ayant une mission de soutien à domicile et d'hébergement.	Tant les membres des conseils d'administration, les directeurs généraux, les cadres et le personnel œuvrant dans les CHSLD que les équipes de soutien à domicile ont besoin d'une formation appropriée pour assurer la prestation de services de qualité.	D	1
4.5 Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers	Les membres de ces comités ont besoin de sensibilisation et de formation pour bien exercer ce rôle important qu'ils ont à remplir pour le bien-être des personnes qu'ils représentent.	D	3
5. DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ	Les personnes âgées en perte d'autonomie légère, modérée ou sévère, et qui ne peuvent vivre dans leur milieu de vie naturel, vivent soit dans des résidences privées collectives, des OSBL d'habitation, des résidences d'accueil (RTF), des ressources intermédiaires (RI) ou des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La nécessité d'apprécier la qualité de ces milieux de vie ne fait plus de doute.		
5.1 Apprécier la qualité dans les installations de CHSLD et les autres milieux de vie tels les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil	Un processus permanent de visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD a été initié depuis deux ans et deux installations sont visitées à chaque année. Des recommandations ont été émises et les établissements ont produit un plan d'action. Il importe d'assurer le suivi de ces plans d'action afin de s'assurer de la mise en place des mesures d'amélioration désirées. De même, un programme d'appréciation des ressources intermédiaires et des résidences d'accueil a été initié en 2004-2005.	D	1
5.2 Mettre en place un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées.	Les résidences privées et les OSBL d'habitation pour personnes âgées se développent rapidement depuis quelques années et aucun programme d'appréciation n'est en place pour assurer la qualité des services, outre le programme d'appréciation de la qualité par les pairs (Roses d'or) qui est appliqué sur une base volontaire des propriétaires de ces résidences. Un processus de traitement des demandes d'intervention a été élaboré en 2004 par l'Agence de santé et de services sociaux et, depuis, plusieurs demandes d'aides lui sont acheminées pour régler des situations insatisfaisantes. Le traitement de ces demandes d'intervention pose un défi important en attendant les précisions quant au rôle et responsabilités dévolues au réseau par la nouvelle loi.	D	3

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Identification des enjeux et défis	Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
5.3 Déposer au MSSS un plan global d'interventions immobilières	La qualité de vie en CHSLD implique des espaces physiques suffisants pour permettre la création de milieux de vie et permettre l'intimité des résidents. Il existe encore des chambres multiples dans la région et des places d'hébergement dans un centre de soins de courte durée spécialisée et surspécialisée. La relocalisation des résidents de ces milieux pose un défi de taille puisque la région n'est pas en situation de surplus de lits de soins de longue durée. En 2005, les 1 262 lits d'hébergement permanent en CHSLD au permis des établissements représentent un taux d'hébergement de 3,3 lits par 100 personnes âgées, alors que 1207 lits sont gérés par les mécanismes d'accès. En 2010, ces 1 262 lits au permis représenteront un taux d'hébergement de 2,9%, compte tenu de l'accroissement de la population âgée. Le taux d'hébergement inférieur à 3% risque d'être insuffisant pour répondre aux besoins de la population.	D	1
6. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE	L'enseignement et la recherche favorisent l'amélioration des connaissances et le transfert de ces connaissances. La collaboration avec les milieux d'enseignement et de recherche contribuera au développement des services et des interventions de qualité, tout en favorisant le recrutement et la rétention des ressources professionnelles.	D	2

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

3- CHOIX ARRÊTÉS ET MODALITÉS DE RÉALISATION ET DE SUIVI DE CEUX-CI

3.1- Priorités et stratégies d'action retenues :

Stratégies d'action Priorités retenues	Situation(s) à corriger	Résultat(s) attendu(s)	Stratégie(s) à retenir
1. LE SOUTIEN À LA PERSONNE 1.1 Mettre en place des services de prévention de la perte d'autonomie	Le Plan d'action régional en santé publique (PAR) 2004 – 2007, à l'intérieur du cahier 4, trace un portrait de la situation des personnes âgées dans la région.	Les objectifs santé visés par le PNSP d'ici 2012. (Voir en annexe)	1.1.1 Note : Voir les ACTIVITÉS du Plan d'action régional (PAR) en annexe:(le numéro correspond au numéro d'activité du PAR et des PAL).
	Le PAR et les PAL découlent du Programme national de santé publique (PNSP) et précisent les actions à mettre en place pour améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées.		
	Des organismes communautaires (OC) et des entreprises d'économie sociale (EES) offrent déjà des services aux aînés. Plusieurs OC sont financés dans le programme de soutien aux organismes communautaires.	Collaboration étroite avec les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale pour la prévention, le soutien à domicile et l'intégration sociale.	1.1.2 Rehausser le financement des organismes communautaires dont la mission est orientée vers la prévention, le soutien à domicile et l'intégration sociale des aînés et réaliser des ententes de collaboration avec les OC et les EES dans le cadre des réseaux locaux.
	Des tables de concertation pour contrer l'abus et la violence sont existantes dans certains territoires.	Existence d'une table multisectorielle dans chaque territoire de CSSS pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des aînés.	1.1.3 S'assurer de la mise en place d'une table multisectorielle dans chacun des territoires de CSSS pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des aînés.
1.2 S'assurer qu'une gamme de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement	Les intervenants sont démunis face à la détection et à l'intervention lors de situations d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés.	Les intervenants sont compétents face aux situations d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés.	1.1.4 Outiller les intervenants pour l'action face aux situations d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés.
	La gamme de services actuelle est incomplète et l'accessibilité aux services est limitée pour les personnes de la sous-région du Lac-Saint-Jean. Un modèle d'organisation des services spécialisés de gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation gériatrique est élaboré et non implanté.	Implantation de la gamme de services spécialisés déterminés par le MSSS devant être disponibles et accessibles régionalement et localement, implantation amorcée et corridors de services établis en lien avec les projets cliniques.	1.2.1 Compléter l'implantation du modèle régional d'organisation des services spécialisés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, en lien avec la détermination faite par le MSSS des services spécialisés devant être accessibles dans la région.
	L'accès à un programme d'investigation systématique des personnes ayant fait une chute ou à risque est inégal.	Accessibilité à la clientèle de chacun des territoires de CSSS à un programme d'investigation systématique des personnes ayant fait une chute ou à risque.	1.2.2 Développer ou consolider les interventions interdisciplinaires de type préventif systématisées pour investiguer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Stratégies d'action Priorités retenues	Situation(s) à corriger	Résultat(s) attendu(s)	Stratégie(s) à retenir
1.3 Compléter la gamme de services de longue durée devant être accessible dans chacun des territoires de CSSS	La gamme de services de longue durée est incomplète dans les territoires de CSSS et de plus en plus harmonisée. Les services manquants ne sont pas nécessairement les mêmes d'un territoire à l'autre. L'offre de services de soutien à domicile et en CHSLD se situe au seuil fixé par le MSSS.	Que la gamme de services de soutien à domicile, de services dans la communauté et de services offerts en hébergement soit complète et harmonisée, et que l'offre de services en SAD et en CHSLD atteigne la cible fixée par le MSSS en 2010.	1.3.1 Réaliser l'état de la situation dans chacun des territoires de CSSS dans le cadre de la démarche du projet clinique, en tenant compte du cadre de référence régional sur les réseaux locaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie adopté en 2003. Rehaussement de l'offre de services en SAD et en CHSLD pour atteindre les cibles ministérielles en 2010.
	La connaissance des clientèles de même que la répartition des ressources non institutionnelles (RNI) dans les territoires de CSSS est incomplète.	Que chacun des CSSS dispose de ressources publiques non institutionnelles (RNI) pour répondre aux besoins de sa population.	1.3.2 Implanter une gestion harmonisée des ressources non institutionnelles (RNI).
	Sous-utilisation du programme «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques» qui est offert à toutes les clientèles adultes et est en phase de consolidation.	Que toutes les clientèles porteuses de maladies chroniques soient référées au programme de réadaptation et les services soient offerts en lien avec les autres programmes existants.	1.3.3 Réaliser le plan d'action régional 2005-2006 en continu jusqu'en 2010 pour la «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques», incluant la consolidation des liens avec les partenaires et les autres programmes, et élargissement de l'accès au programme à la clientèle inscrite en soutien à domicile pour assurer la continuité des services.
	Les CHSLD offrent présentement des services d'hébergement permanent, de répit-dépannage, des services en centre de jour et des soins de fin de vie aux personnes qui y résident.	Que le rôle des CHSLD soit repensé en fonction des besoins de la population de chacun des territoires de CSSS.	1.3.4 Revoir le rôle du CHSLD en fonction des décisions ministérielles à venir.
	La déconcentration du mécanisme d'accès en CHSLD et RI est réalisée depuis 1997 et réussie, et au fil du temps, en a perdu de vue l'harmonisation, entre les territoires de CSSS, des critères d'accès et de priorité en liste d'attente. En 2004-2005, 50 personnes requérant moins de 2,5 heures-soins ont été admises en CHSLD alors que certaines auraient pu être hébergées dans des RI.	Harmonisation des critères d'accès et de priorité dans tous les territoires de CSSS pour l'accès aux services d'hébergement en CHSLD, RI et RTF.	1.3.5 Revoir les critères de priorité d'accès aux services et aux soins de longue durée, en lien avec les critères du MSSS, et assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la priorisation que pour l'attribution des services.
	Des clientèles présentant d'autres problématiques que la perte d'autonomie liée au vieillissement, soit des problématiques reliées à la santé mentale, à la déficience physique et à la déficience intellectuelle sont hébergées en CHSLD.	Que les différentes clientèles dont la problématique n'est pas liée au vieillissement soient hébergées dans des milieux répondant à leurs besoins.	1.3.6 Revoir l'orientation des clientèles dont la problématique n'est pas liée au vieillissement, soit celles dont la problématique est reliée à la santé mentale, à la déficience physique ou à la déficience intellectuelle.
1.4 Élargir l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement	Ces programmes sont présentement peu accessibles aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Que ces programmes soient accessibles aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	1.4.1 Appliquer les critères nationaux dans le cadre des programmes d'aides techniques (une fois révisée par le MSSS) visant à en élargir l'accès aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Stratégies d'action Priorités retenues	Situation(s) à corriger	Résultat(s) attendu(s)	Stratégie(s) à retenir
1.5 Soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique	L'allocation personnalisée est sous-utilisée en soutien à domicile pour les aînés en perte d'autonomie, faute de financement adéquat.	Que les aînés en perte d'autonomie soient soutenus par l'allocation personnalisée en fonction de leur choix du dispensateur de services et en conformité avec la politique de soutien à domicile.	1.5.1 Analyser les modalités d'élargissement de l'utilisation de l'allocation personnalisée pour les services d'aide domestique et développer les indicateurs afin de démontrer l'impact de ces allocations sur l'intensité des services à domicile.
2. LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS 2.1 Services de l'instance locale	Les services aux proches aidants ne sont pas harmonisés dans tous les territoires de CSSS : ▪ Problème d'isolement ; ▪ Problème d'épuisement ; ▪ Manque d'information ; ▪ Manque de support.	Disponibilité et accessibilité aux mêmes services dans tous les territoires de CSSS pour leur permettre d'accomplir leur rôle auprès des aînés aussi longtemps qu'ils le souhaitent et que les conditions le permettent.	2.1.1 Offrir une réponse aux besoins des proches aidants dans un plan d'intervention individualisé avant la demande d'aide pour éviter l'épuisement et les dommages physiques et psychologiques.
2.2 Soutien par les organismes communautaires	Des organismes communautaires reçoivent un financement inférieur au montant maximal fixé dans le cadre de coopération avec les organismes communautaires.	Le financement des organismes communautaires sera rehaussé en fonction des enveloppes de développement.	2.2.1 Consolider le financement des organismes communautaires destinés aux personnes âgées.
3. L'ACTION SUR L'ENVIRONNEMENT 3.1 Les formules résidentielles	Les formules résidentielles sont peu diversifiées pour les clientèles spécifiques.	Augmentation des formules résidentielles adaptées aux besoins des clientèles spécifiques selon les besoins de la population de chacun des territoires, notamment pour les personnes atteintes de déficits cognitifs et pour celles à faible revenu.	3.1.1 Promouvoir le développement de formules résidentielles adaptées à des clientèles spécifiques en fonction des besoins dans chacun des territoires, notamment dans le cadre des projets novateurs «Pour un nouveau partenariat au service des aînés».
4. UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ 4.1 Agir de façon précoce et selon des standards de pratique reconnus auprès des aînés requérant des soins aigus	Peu d'utilisation de protocoles de suivi systématique en soins aigus.	Application de protocoles reconnus de repérage de la perte d'autonomie dans les centres hospitaliers et de suivi systématique des épisodes de soins.	4.1.1 Implanter une grille de dépistage de la perte d'autonomie à être utilisée dès la prise en charge à l'urgence ou à l'admission en soins aigus dans les centres hospitaliers.
	L'approche gériatrique est peu appliquée en milieux de soins aigus, pour l'adapter aux besoins et aux rythmes des personnes âgées : ▪ Problème d'immobilité ; ▪ Utilisation de mesures de contrôle ; ▪ Diminution de la perte d'autonomie.	Utilisation accrue de l'approche gériatrique avec les personnes à profil gériatrique dans les milieux de soins aigus.	4.1.2 Implanter l'approche gériatrique en soins aigus pour les personnes à profil gériatrique.
	Peu de standardisation de protocoles et de suivi harmonisé des victimes de chutes, de fractures et d'AVC.	Maximisation du potentiel de récupération des victimes de chutes, de fractures et d'AVC par l'harmonisation et l'utilisation de standards de pratique reconnus.	4.1.3 Appliquer des standards de pratique reconnus pour le traitement des aînés victimes de chutes, de fractures et d'AVC pour la récupération maximale d'autonomie.
4.2 Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle	Les plans d'action locaux élaborés ne sont pas tous en application.	Approbation et application des plans d'action locaux sur l'utilisation des mesures de contrôle.	4.2.1 S'assurer de l'approbation et de l'implantation des plans d'action locaux en regard de l'application des mesures de contrôle.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Stratégies d'action Priorités retenues	Situation(s) à corriger	Résultat(s) attendu(s)	Stratégie(s) à retenir
4.3 Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée	Aucun programme d'appréciation en place.	Implantation d'un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté.	4.3.1 Mettre en place les programmes d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté tels que définis par le MSSS.
4.4 Initier des programmes de formation requis dans les établissements ayant une mission de soutien à domicile et d'hébergement	Manque d'information et de connaissances des conseils d'administration, des directeurs généraux, des cadres et du personnel des CHSLD et des équipes de soutien à domicile (SAD).	Adhésion des CA, des dg, des cadres et du personnel des CHSLD et des équipes du SAD aux meilleures approches auprès des aînés en perte d'autonomie.	4.4.1 Offrir un programme de sensibilisation aux CA et aux DG, et par la suite les programmes de formation définis par le MSSS à l'intention des intervenants.
4.5 Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers	Les comités d'usagers connaissent peu leur rôle et leurs fonctions.	Meilleure connaissance par les comités d'usagers de leur rôle et leurs fonctions.	4.5.1 Définir des moyens d'appropriation du rôle et des fonctions des comités d'usagers suite à l'adoption du projet de loi 83.
5. DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ 5.1 Apprécier la qualité dans les installations de CHSLD et les autres milieux de vie tels les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil	Dans le cadre du processus permanent de visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD, 20 % des installations de CHSLD ont été visitées. Les établissements ont élaboré des plans d'action pour donner suite aux recommandations de l'équipe ministérielle et un suivi des réalisations est effectué.	Que 75% des installations soient visitées et que les plans d'action soient en voie d'être réalisés.	5.1.1 S'assurer du suivi des plans d'action des établissements et bilan annuel des réalisations.
5.2 Mettre en place un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées.	Il n'existe aucun programme de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées, les critères n'étant pas établis.	Avoir accès à un processus de certification des résidences privées pour personnes âgées et voir à son implantation dans le plus grand nombre possible de résidences privées.	5.2.1 S'assurer de l'implantation du processus de certification déterminé par le MSSS, le cas échéant.
5.3 Déposer au MSSS un plan global d'interventions immobilières	Plusieurs installations de CHSLD nécessitent des investissements pour se conformer aux orientations ministérielles sur les milieux de vie qui visent à : - Éliminer les chambres multiples (à plus de 2 lits) ; - Relocaliser les lits de soins de longue durée des centres hospitaliers de soins spécialisés et sur-spécialisés ; - Réaménager les espaces exigus.	Maximiser l'implantation des milieux de vie par des améliorations des lieux physiques dans le maximum d'installations.	5.3.1 Compléter la recommandation d'un plan global d'interventions immobilières.
6. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE 6.1 La recherche	Peu de projets de recherche sont initiés dans la région pour refléter notre réalité régionale et les contraintes d'accessibilité aux services.	Prise en compte des caractéristiques régionales liées au vieillissement de la population dans les projets de recherche.	6.1.1 Promouvoir la recherche dans notre région et collaborer à certains objectifs de recherche.
6.2 L'enseignement	Des programmes d'enseignement sont dispensés dans la région et l'enseignement médical et professionnel se développe de plus en plus. Méconnaissance de la réalité des milieux de travail par les nouveaux intervenants.	Prise en compte des besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement au niveau de l'enseignement médical et professionnel. Prise en compte de la réalité des milieux de travail dans la formation des intervenants.	6.2.1 Promouvoir l'enseignement médical et professionnel dans notre région, notamment en gériatrie. 6.2.2 Renforcer les liens avec les maisons d'enseignement de façon à harmoniser les programmes de formation et les stages avec les besoins des milieux de travail.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

3.2- Modalités de réalisation et de suivi des actions envisagées :

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
1. LE SOUTIEN À LA PERSONNE 1.1 Mettre en place des services de prévention de la perte d'autonomie 1.1.1 Voir ACTIVITÉS du plan d'action régional (PAR) en annexe.	1.1.1.1 Voir les RÉSULTATS ATTENDUS à la suite des activités du PAR.	Les échéanciers sont identifiés pour chacun des résultats attendus.	Se référer au PAR pour les rôles et contributions attendues des acteurs. Les partenaires peuvent être, soit responsables, soit collaborateurs, selon l'activité envisagée.	Se référer au PAR pour les rôles et contributions attendus des acteurs. Les partenaires peuvent être, soit responsables, soit collaborateurs, selon l'activité envisagée.	En cours d'élaboration.
1.1.2 Rehausser le financement des organismes communautaires dont la mission est orientée vers la prévention, le soutien à domicile et l'intégration sociale des aînés et réaliser des ententes de collaboration avec les OC et les EES dans le cadre des réseaux locaux.	1.1.2.1 Allouer 10% de tout budget de développement aux organismes communautaires dont la mission est orientée vers la prévention, le soutien à domicile et l'intégration sociale des aînés.	En continu	Agence		Suivi des demandes de financement et du financement accordé par rapport au cadre de coopération avec les organismes communautaires.
	1.1.2.2 Sensibiliser et former les OC et les EES pour la détection des risques de chutes, d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière et la référence aux CSSS selon les modalités établies.	2010	CSSS	Agence	Nombre d'OC et d'EES sensibilisés et formés.
	1.1.2.3 Réaliser des ententes de collaboration entre les OC et les EES dans le cadre des réseaux locaux, contenant la nature des services offerts, les clientèles visées, les mécanismes de référence, etc. en lien avec les projets cliniques.	Mars 2007	CSSS	OC et EES	Ententes formelles entre les CSSS et les OC, et entre les CSSS et les EES.

¹ R = responsable
C = collaborateur

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
1.1.3 S'assurer de la mise en place d'une table multisectorielle dans chacun des territoires de CSSS pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des aînés.	1.1.3.1 Répertorier les tables locales multisectorielles existantes pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des aînés.	Mars 2006	Agence	CSSS et tables	Disponibilité d'un répertoire des tables de concertation existantes et de la liste des membres.
	1.1.3.2 Compléter la mise sur pied de 6 tables locales multisectorielles fonctionnelles.	Octobre 2006	CSSS	Partenaires multisectoriels locaux	Indicateur : Nombre de territoires ayant une table multisectorielle fonctionnelle.
	1.1.3.3 Assurer le support et le suivi des plans d'action des tables multisectorielles locales.	En continu	CSSS	Réseaux locaux et partenaires intersectoriels	Plans d'action et bilans des réalisations des tables.
1.1.4 Outiller les intervenants pour l'action face aux situations d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés.	1.1.4.1 Former des agents multiplicateurs dans chacun des territoires de CSSS pour informer ou sensibiliser les intervenants sur les problèmes d'abus, de maltraitance et l'exploitation financière.	Décembre 2006	CSSS	Réseaux locaux	Indicateur : Nombre de territoires avec agents multiplicateurs formés.
	1.1.4.2 Sensibiliser les intervenants auprès des aînés et diffuser leur rôle auprès du personnel.	Juin 2007	CSSS	Réseaux locaux	Indicateur : Nombre d'intervenants ayant été sensibilisés.
1.2. S'assurer qu'une gamme de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement					
1.2.1 Compléter l'implantation du modèle régional d'organisation des services spécialisés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, en lien avec la détermination faite par le MSSS des services spécialisés devant être accessibles dans la région.	1.2.1.1 Planter le modèle proposé et développer les services en fonction des ressources disponibles.	2008	Agence		Suivi du nombre et du type de services spécialisés disponibles.
	1.2.1.2 S'assurer de l'existence de corridors de services entre les services de première ligne et les services spécialisés en lien avec les projets cliniques.	2008	CSSS	Agence	Ententes de services entre les dispensateurs de services de première ligne et les services spécialisés dans le cadre des projets cliniques.
1.2.2 Développer ou consolider les interventions interdisciplinaires de type préventif systématisées pour investiguer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque.	1.2.2.1 Sensibiliser les médecins à référer les personnes ayant fait une chute ou à risque à l'équipe interdisciplinaire en place en fonction du modèle d'organisation des services spécialisés.	2008	CSSS	Agence GMF Cliniques médicales	Nombre d'équipes interdisciplinaires en place pour l'investigation des personnes ayant fait une chute ou à risque. Protocole d'investigation utilisé.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
1.3 Compléter la gamme de services de longue durée devant être accessible dans chacun des territoires de CSSS					
1.3.1 Réaliser l'état de la situation dans chacun des territoires de CSSS dans le cadre de la démarche du projet clinique, en tenant compte du cadre de référence régional sur les réseaux locaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie adopté en 2003. Rehaussement de l'offre de services en SAD et en CHSLD pour atteindre les cibles ministérielles en 2010.	1.3.1.1 S'assurer du suivi des étapes décrites dans le projet clinique.	Mars 2006	CSSS	Partenaires des réseaux locaux Agence	Dans le cadre des projets cliniques. Indicateur : Nombre de territoires ayant réalisé leur état de situation.
	1.3.1.2 S'assurer que les mécanismes de concertation locale soient en place.	Septembre 2006	CSSS	Partenaires des réseaux locaux	Nombre de mécanismes de concertation en place.
	1.3.1.3 Détermination et mise en fonction du point d'entrée des demandes (guichet unique), numéro unique d'accès pour les intervenants et pour la clientèle.	Décembre 2006	CSSS		Nombre de territoires avec un guichet unique.
	1.3.1.4 S'assurer de l'évaluation des usagers des services de longue durée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et de la mise à jour de cette évaluation en fonction de l'évolution de leurs besoins.	Mars 2006	CSSS	Agence (DSS)	Indicateur : Nombre d'usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement dont l'évaluation est complétée à l'aide de l'OEMC.
	1.3.1.5 Planter un système de détermination des profils-type des clientèles.	Mars 2006	Agence (DSS)	CSSS	Indicateur : Nombre d'usagers dont le profil-type est déterminé.
	1.3.1.6 Analyser les profils des clientèles afin de connaître les besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	En continu	CSSS	Agence	Suivi des résultats d'analyse des profils des clientèles.
	1.3.1.7 Mettre en place des systèmes de communication en fonction des échéanciers nationaux.	À déterminer au niveau national.	MSSS	Agence CSSS	Nombre de territoires où les systèmes de communication sont en place.
	1.3.1.8 Planter la gestion de cas pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	2007	CSSS	Agence	Indicateurs : Nbre de gestionnaires de cas par territoire et nombre de personnes ayant un gestionnaire de cas.
	1.3.1.9 Augmenter à 6 936 le nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement recevant des services à domicile, soit 16 % des personnes de 65 ans et plus.	2010	CSSS		Dans le suivi des ententes de gestion (GESTRED).

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
	1.3.1.10 Augmenter à 24 le nombre moyen d'interventions par usager en perte d'autonomie liée au vieillissement recevant des services à domicile.	2010	CSSS		Dans le suivi des ententes de gestion (GESTRED).
	1.3.1.11 Augmenter à 3 heures travaillées par jour la présence en soins infirmiers et d'assistance.	2010	CSSS	Agence	Dans le suivi des ententes de gestion (GESTRED).
	1.3.1.12 Augmenter à 0.23 heures travaillées par jour la présence en services professionnels.	2010	CSSS	Agence	Dans le suivi des ententes de gestion (GESTRED).
	1.3.1.13 Assurer un ratio minimal de 3 lits de longue durée par 100 personnes âgées dans chaque territoire de CSSS.	En continu	CSSS	Agence	Suivi par l'Agence dans les rapports du mécanisme d'accès.
1.3.2 Implanter une gestion harmonisée des ressources non institutionnelles (RNI).	1.3.2.1 Réviser le cadre de gestion des ressources non institutionnelles (RNI).		Agence	CRDI CSSS	Suivi par l'Agence.
1.3.3 Réaliser le plan d'action régional 2005-2006 en continu jusqu'en 2010 pour la «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques», incluant la consolidation des liens avec les partenaires et les autres programmes, et élargissement de l'accès au programme à la clientèle inscrite en soutien à domicile pour assurer la continuité des services.	1.3.3.1 Appliquer les mesures prévues dans le plan d'action régional.	En continu	Agence (DSSAMU)	CSSS Cliniques médicales Groupes de médecine de famille (GMF)	Selon les modalités prévues au plan d'action.
1.3.4 Revoir le rôle du CHSLD en fonction des décisions ministérielles à venir.	1.3.4.1 Analyser les besoins de la population locale par les CSSS dans le cadre des projets cliniques.	Mars 2007	CSSS	Agence	À déterminer suite aux décisions ministérielles.
1.3.5 Revoir les critères de priorité d'accès aux services et aux soins de longue durée, en lien avec les critères du MSSS, et assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la priorisation que pour l'attribution des services.	1.3.5.1 Réviser le fonctionnement des mécanismes d'accès locaux et analyser la pertinence d'implanter des mécanismes d'accès territoriaux (MAT) pour toutes les clientèles et tous les types de ressources.	2007	Agence	CSSS	Uniformité des critères d'accès et d'ordre de priorité sur les listes d'attente.
1.3.6 Revoir l'orientation des clientèles dont la problématique n'est pas liée au vieillissement, soit celles dont la problématique est reliée à la santé mentale, à la déficience physique ou à la déficience intellectuelle.	1.3.6.1 Analyser les profils des clientèles hébergées et réviser leur orientation vers des ressources plus appropriées, le cas échéant.	2007	CSSS		Évaluation continue de la clientèle hébergée.
1.4 Élargir l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement					

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
1.4.1 Appliquer les critères nationaux dans le cadre des programmes d'aides techniques visant à en élargir l'accès aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	1.4.1.1 Prendre en compte l'impact de l'application de ces programmes dans le cadre du projet clinique.	En continu	CSSS	Agence	Nombre de personnes âgées bénéficiant de ces programmes.
1.5 Soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique					
1.5.1 Analyser les modalités d'élargissement de l'utilisation de l'allocation personnalisée pour les services d'aide domestique et développer les indicateurs afin de démontrer l'impact de ces allocations sur l'intensité des services à domicile.	1.5.1.1 Prendre en compte cette modalité de prestation de services dans le cadre de la révision de la gamme de services à l'intérieur des travaux du projet clinique.	2010	CSSS		À déterminer.
2. LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS					
2.1 Services de l'instance locale					
2.1.1 Offrir une réponse aux besoins des proches aidants dans un plan d'intervention individualisé avant la demande d'aide pour éviter l'épuisement et les dommages physiques et psychologiques.	2.1.1.1 Instaurer un programme de dépistage des proches aidants dans les GMF, les cliniques médicales, les établissements, les organismes communautaires et les EES de tous les territoires de CSSS (en amont de leur demande d'aide) et leur donner une information écrite et les références sur les différentes modalités de support disponibles.	2008	Agence	CSSS GMF Cliniques médicales Organismes communautaires EES OSBL d'habitation Résidences privées	Nombre de GMF, de cliniques médicales, d'établissements, d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale appliquant le programme de dépistage.
	2.1.1.2 S'assurer que des groupes de support systématique (et non au besoin) sont en place dans tous les territoires de CSSS pour les proches aidants quel que soit le milieu de vie des aidés : à domicile, en résidence privée, en ressource non institutionnelle (en RI et RTF) et en CHSLD.	2008	CSSS	GMF Cliniques médicales Organismes communautaires EES OSBL d'habitation Résidences privées	Nombre d'établissements, d'organismes communautaires offrant des groupes de support et nombre de participants. Accès au répit dépannage pour les aidants afin de leur permettre d'assister aux groupes support.
	2.1.1.3 S'assurer qu'un support téléphonique soit disponible en tout temps pour répondre aux besoins immédiats des proches aidants (via Infosocial).	2007	Agence	CSSS	Modalité du support téléphonique mise en place.
	2.1.1.4 S'assurer que les proches aidants soient informés de la problématique de la personne aidée et soient partie prenante au plan de services et au plan d'intervention.	En continu	CSSS		Nombre de CSSS intégrant les proches aux PSI et plans d'intervention.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi	
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹			
			(R)	(C)		
	2.1.1.5	Créer un regroupement régional de proches aidants.	Juin 2008	Agence	CSSS Organismes communautaires	Regroupement actif.
	2.1.1.6	Mettre sur pied un comité local de proches aidants au même titre qu'un comité d'usagers.	2007	CSSS	Agence Organismes communautaires	Comité actif.
	2.1.1.7	Considérer l'aidant comme un client et lui ouvrir un dossier tel que prévu dans la politique de soutien à domicile.	En continu	CSSS		Nombre de CSSS ouvrant un dossier à l'aidant.
2.2 Soutien par les organismes communautaires 2.2.1 Consolider le financement des organismes communautaires destinés aux personnes âgées.	2.2.1.1	Rehausser le financement des organismes communautaires destinés aux personnes âgées en fonction des nouvelles enveloppes de développement et des modalités prévues au cadre de coopération avec les organismes communautaires.	En continu	Agence	Organismes communautaires destinés aux personnes âgées	Financement accordé dans le programme PSOC.
3. L'ACTION SUR L'ENVIRONNEMENT 3.1 Les formules résidentielles 3.1.1 Promouvoir le développement de formules résidentielles adaptées à des clientèles spécifiques en fonction des besoins dans chacun des territoires, notamment dans le cadre des projets novateurs «Pour un nouveau partenariat au service des aînés».	3.1.1.1	Promouvoir le développement de formules résidentielles adaptées à des clientèles spécifiques en fonction des besoins dans chacun des territoires, dans le cadre des projets novateurs «Pour un nouveau partenariat au service des aînés».	En continu	CSSS	Partenaires des réseaux locaux Résidences privées pour personnes âgées	Nombre de places accessibles par territoire local.
4. UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ 4.1 Agir de façon précoce et selon des standards de pratique reconnus auprès des aînés requérant des soins aigus						
4.1.1 Implanter une grille de dépistage de la perte d'autonomie à être utilisée dès la prise en charge à l'urgence ou à l'admission en soins aigus dans les centres hospitaliers.	4.1.1.1	Utiliser régionalement le protocole de repérage de la perte d'autonomie à l'urgence et à l'admission en centre hospitalier (par exemple à l'aide de la grille PRISMA-7) pour les personnes de 75 ans et plus.	2006	CSSS		Nombre de CSSS appliquant la grille PRISMA-7 ou une autre grille à l'urgence et à l'admission.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
4.1.2 Implanter l'approche gériatrique en soins aigus pour les personnes à profil gériatrique.	4.1.2.1 Sensibiliser les médecins à l'approche gériatrique en milieu de soins aigus.	Décembre 2007	DRMG	Médecins	Nombre de médecins sensibilisés à l'approche gériatrique en soins aigus.
4.1.3 Appliquer des standards de pratique reconnus pour le traitement des aînés victimes de chutes, de fractures et d'AVC pour la récupération maximale d'autonomie.	4.1.3.1 Recenser et appliquer des standards reconnus de suivi systématique des épisodes de soins aigus pour la durée de séjour, la médication, la réadaptation et l'anticipation systématique des étapes ultérieures pour les victimes de chutes, de fractures et d'AVC.	2008	CSSS		Selon les modalités définies par le MSSS.
4.2 Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle 4.2.1 S'assurer de l'approbation et de l'implantation des plans d'action locaux en regard de l'application des mesures de contrôle.	4.2.1.1 Approuver les protocoles locaux d'application des mesures de contrôle.	Mars 2007	Agence	CSSS	Nombre d'établissements appliquant un protocole d'application des mesures de contrôle approuvé. Présence d'une information standardisée pour établir le taux de contentions par installation de CHSLD. Taux de contentions par installation de CHSLD.
4.3 Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée 4.3.1 Mettre en place les programmes d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté tels que définis par le MSSS.	4.3.1.1 Implanter le programme ministériel.	2007	MSSS	Agences CSSS	Implantation du programme.
4.4 Initier des programmes de formation requis dans les établissements ayant une mission de soutien à domicile et d'hébergement 4.4.1 Offrir un programme de sensibilisation aux CA et aux DG, et par la suite les programmes de formation définis par le MSSS à l'intention des intervenants.	4.4.1.1 Organiser des rencontres de sensibilisation pour les membres des CA et les dg sur l'approche milieu de vie et diffuser un programme de formation par la suite.	À déterminer pour la formation.	MSSS	Agence CSSS	Heures de formation par groupe cible.
4.5 Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers 4.5.1 Définir des moyens d'appropriation du rôle et des fonctions des comités d'usagers suite à l'adoption du projet de loi 83.	4.5.1.1 À déterminer	2006	MSSS	Agences CSSS	Évaluation de l'implantation dans le bilan annuel des visites d'appréciation de la qualité.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Modalités de Réalisation et priorités de suivi et stratégies retenues	Modalités de réalisation				Modalités de suivi
	Actions / mesures envisagées	Échéancier	Partenaires ¹		
			(R)	(C)	
5. DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ 5.1 Apprécier la qualité dans les installations de CHSLD et les autres milieux de vie tels les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil 5.1.1 S'assurer du suivi des plans d'action des établissements et bilan annuel des réalisations.	5.1.1.1 Organiser des rencontres avec chacun des établissements visités pour le suivi de la mise en œuvre de leur plan d'action. 5.1.1.2 Collaborer avec la table régionale des CHSLD pour la mise en œuvre des orientations ministérielles sur les milieux de vie suite à leur plan d'action.	Annuel En continu	Agence (DSS) Agence	CSSS CSSS	Bilan annuel des réalisations. Suivi de l'avancement des réalisations des plans d'action locaux.
5.2 Mettre en place un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées 5.2.1 S'assurer de l'implantation du processus de certification déterminé par le MSSS, le cas échéant.	5.2.1.1 À venir après adoption de la modification à la LSSS.	À déterminer	Agence	CSSS	Nombre de résidences certifiées par rapport au nombre total de résidences inscrites au registre des résidences pour personnes âgées.
5.3 Déposer au MSSS un plan global d'interventions immobilières 5.3.1 Compléter la recommandation d'un plan global d'interventions immobilières	5.3.1.1 À préciser.	Décembre 2005	Agence	CSSS	Dépôt du plan.
6. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE 6.1. La recherche 6.1.1 Promouvoir la recherche dans notre région et collaborer à certains objectifs de recherche.	6.1.1.1 Selon la demande.	En continu	Maisons de recherche et d'enseignement.	Agence CSSS Partenaires des réseaux locaux	Collaboration selon les attentes inhérentes aux projets de recherche et d'enseignement.
6.2 L'enseignement 6.2.1 Promouvoir l'enseignement médical et professionnel dans notre région, notamment en gériatrie.	6.2.1.1 Collaborer à la formation en offrant des milieux de stage.	En continu	CSSS	RUIS	À déterminer.
6.2.2 Renforcer les liens avec les maisons d'enseignement de façon à harmoniser les programmes de formation et les stages avec les besoins des milieux de travail.	6.2.2.1 Former un comité régional de développement de la main d'œuvre.	En continu	Maisons de recherche et d'enseignement.	Agence CSSS Partenaires des réseaux locaux	Ententes de collaboration à établir.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

4. ESTIMATION DES IMPACTS DU PLAN

4.1 Impacts sur le système de services

Impacts Priorités et Mesures retenues	Système de services	
	L'offre de services	Le fonctionnement des services
1. LE SOUTIEN À LA PERSONNE 1.1 Mettre en place des services de prévention de la perte d'autonomie 1.1.1 Que d'ici 2007, une démarche pour l'implantation d'un continuum de services ait été amorcée dans au moins un territoire de CLSC.	Mise en place d'une intervention multifactorielle non personnalisée (programme d'exercice de groupe axé sur l'équilibre et la force) pour l'ensemble des CSSS, donc mettre en place le programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).	Programme de groupe offert à une clientèle relativement autonome (environ 10-15 personnes /gr.), auto-sélectionnée ou orientée. La durée est de 12 semaines et comprend trois volets : exercices en groupe, exercices à domicile et capsules de discussion sur la prévention des chutes. L'animateur doit être un professionnel soit : éducateur physique, physiothérapeute, ergothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique.
	Mise en place progressive d'une intervention multifactorielle personnalisée et d'une intervention médicale préventive.	Intervention individualisée, systémique et coordonnée auprès de personnes de 65 ans ou plus dont l'état de santé ou les incapacités exposent à des risques importants de chute ou de blessure. La clientèle visée : personnes frêles ou en perte d'autonomie, admises aux services de soutien à domicile ou en unité d'évaluation gériatrique ayant fait une chute au cours de la dernière année et présentant des facteurs de risque ciblés.
		Intervention visant à investiguer adéquatement les personnes qui ont fait une chute, à évaluer les risques de chute et de fracture, à faire les recommandations, les interventions et les orientations appropriées. La sélection de la clientèle se fait parmi les aînés qui consultent le médecin en cabinet privé, à l'urgence, au CLSC ou qui sont vus à domicile et qui présentent une histoire de chute ou certains facteurs de risque.
Que d'ici 2007, tous les CLSC aient soumis un plan d'action pour promouvoir l'utilisation de la trousse <i>Garde les pieds sur terre</i> à l'intérieur de leurs activités régulières et dans la communauté.	Promotion de l'utilisation de la trousse sur l'ensemble des territoires (outil en prévention des chutes : médicaments, nutrition, environnement, comportement) auprès de la clientèle en soutien à domicile et dans la communauté (groupes).	Intervention qui consiste à l'utilisation par un intervenant de la trousse (intervention suggérée) : animation à domicile en 2 rencontres d'une durée variable (durée adaptée au besoin); animation de groupes, 2 rencontres d'une durée minimale de 1h30 et le nombre idéal suggéré est de 6 personnes.
Que d'ici 2007, 180 groupes d'aînés participent au programme Viactive, dans le but de maintenir leur santé et leur autonomie.	Promouvoir le programme Viactive et l'intégrer dans le continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Note : Les contours financiers pour les activités du programme national de santé publique devraient être disponibles en décembre 2005 et devront être adaptés régionalement pour l'ensemble de activités du Plan d'action régional en santé publique (PAR).	Programme qui s'adresse à une clientèle autonome et favorise la pratique de l'activité physique (en groupe) en vue de préserver santé et autonomie. Un conseiller Viactive forme des animateurs et s'assure de leur ressourcement. Une table régionale et des tables locales contribuent à la promotion et à la concertation.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Système de services	
	L'offre de services	Le fonctionnement des services
1.1.2 Rehausser le financement des organismes communautaires dont la mission est orientée vers la prévention, le soutien à domicile et l'intégration sociale des aînés et réaliser des ententes de collaboration avec les OC et les EES dans le cadre des réseaux locaux.	Rehaussement des services dans la communauté.	Ententes à prévoir comme partenaires des instances locales à l'intérieur des réseaux locaux pour une meilleure continuité des services.
1.1.3 S'assurer de la mise en place d'une table multisectorielle dans chacun des territoires de CSSS pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des aînés.	Meilleure concertation pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière.	Meilleure qualité et continuité des services.
1.1.4 Outiller les intervenants pour l'action face aux situations d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés.	Augmentation du support aux aînés. Diminution du nombre d'aînés en situation d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière.	Clientèles et interventions mieux ciblées. Augmentation des activités de prévention. Besoin d'ententes à l'intérieur des réseaux locaux.
1.2 S'assurer qu'une gamme de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement		
1.2.1 Compléter l'implantation du modèle régional d'organisation des services spécialisés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, en lien avec la détermination faite par le MSSS des services spécialisés devant être accessibles dans la région.	Meilleure accessibilité et continuité des services spécialisés. Ajout d'une unité de réadaptation gériatrique au Lac-Saint-Jean. Ajout d'une équipe de psychogériatrie ambulatoire. Ajout de services de consultation gériatrique ambulatoire. Ajout de services de type hôpital de jour au Lac-Saint-Jean.	Implique la coordination des services, la création de corridors de services et des ententes de services pour une prestation de services le plus près possible du milieu de vie des aînés.
1.2.2 Développer ou consolider les interventions interdisciplinaires de type préventif systématisées pour investiguer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque.	Intervention précoce auprès des personnes à risque de perte d'autonomie	Travail en interdisciplinarité.
1.3. Compléter la gamme de services de longue durée devant être accessibles dans chacun des territoires de CSSS		
1.3.1 Réaliser l'état de la situation dans chacun des territoires de CSSS dans le cadre de la démarche du projet clinique, en tenant compte du cadre de référence régional sur les réseaux locaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie adopté en 2003. Rehaussement de l'offre de services en SAD et en CHSLD pour atteindre les cibles ministérielles en 2010.	La gamme de services sera complète. Meilleure accessibilité, continuité et qualité des services. Augmentation du sentiment de sécurité et de satisfaction de la clientèle.	Travail en réseau de services intégrés avec corridors de services et ententes de partenariat. Augmentation de l'efficacité et de l'efficience des interventions. Diminution de la durée de séjour des aînés à l'urgence et dans les unités de soins de courte durée.
1.3.2 Implanter une gestion harmonisée des ressources non institutionnelles (RNI).	Chaque territoire disposera des ressources non institutionnelles (RNI) dans son programme PALV.	Accès aux ressources non institutionnelles (RNI) à intégrer aux mécanismes d'accès locaux.
1.3.3 Réaliser le plan d'action régional 2005-2006 en continu jusqu'en 2010 pour la «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques», incluant la consolidation des liens avec les partenaires et les autres programmes, et élargissement de l'accès au programme à la clientèle inscrite en soutien à domicile pour assurer la continuité des services.	Augmentation des services de prévention secondaire.	
1.3.4 Revoir le rôle du CHSLD en fonction des décisions ministérielles à venir.	Augmentation de l'offre de services de soins de fin de vie. Augmentation des services et diminution du recours à l'hébergement institutionnel.	Le fonctionnement doit être revu en lien avec le modèle d'organisation des services spécialisés à implanter.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Système de services	
	L'offre de services	Le fonctionnement des services
1.3.5 Revoir les critères de priorité d'accès aux services et aux soins de longue durée, en lien avec les critères du MSSS, et assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la priorisation que pour l'attribution des services.	Meilleure accessibilité, continuité et qualité des services.	Harmonisation des mécanismes d'accès. Guichet unique. Meilleure orientation dans la diversité de l'offre de services. Réponse mieux adaptée aux besoins.
1.3.6 Revoir l'orientation des clientèles dont la problématique n'est pas liée au vieillissement, soit celles dont la problématique est reliée à la santé mentale, à la déficience physique ou à la déficience intellectuelle.	Offre de services mieux adaptés aux besoins des diverses clientèles. Meilleure intégration sociale des personnes présentant des problématiques autres que PALV.	Services mieux adaptés aux besoins des diverses clientèles.
1.4 Élargir l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement		
1.4.1 Appliquer les critères nationaux dans le cadre des programmes d'aides techniques (une fois révisés par le MSSS) visant à en élargir l'accès aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Amélioration du soutien à domicile.	Augmentation de l'offre de services. Diminution de la pression sur les services plus lourds.
1.5 Soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique		
1.5.1 Analyser les modalités d'élargissement de l'utilisation de l'allocation personnalisée pour les services d'aide domestique et développer les indicateurs afin de démontrer l'impact de ces allocations sur l'intensité des services à domicile.	Accessibilité, diversité et libre choix de la personne.	Conserver un acquis.
2. LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS		
2.1 Services de l'instance locale		
2.1.1 Offrir une réponse aux besoins des proches aidants dans un plan d'intervention individualisé avant la demande d'aide pour éviter l'épuisement et les dommages physiques et psychologiques.	Augmentation de l'offre de services aux aidants et prévention de la demande de services curatifs suite à l'épuisement des proches.	Revoir les façons de faire pour intégrer les services aux aidants dans le fonctionnement des services et les plans de services individualisés.
2.2 Soutien par les organismes communautaires		
2.2.1 Consolider le financement des organismes communautaires destinés aux personnes âgées.	Augmentation de l'offre de services et de l'accessibilité des services aux proches aidants.	Ententes de partenariat à convenir.
3. L'ACTION SUR L'ENVIRONNEMENT		
3.1 Les formules résidentielles		
3.1.1 Promouvoir le développement de formules résidentielles adaptées à des clientèles spécifiques en fonction des besoins dans chacun des territoires, notamment dans le cadre des projets novateurs « <i>Pour un nouveau partenariat au service des aînés</i> ».	Augmentation de l'offre de services, de la diversité et du libre choix des personnes.	Ententes de services et contrats à élaborer. Diminution des durées de séjour en milieu hospitalier. Diminution de la pression sur les services institutionnels.
4. UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ		
4.1 Agir de façon précoce et selon des standards de pratique reconnus auprès des aînés requérant des soins aigus		

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Système de services	
	L'offre de services	Le fonctionnement des services
4.1.1 Implanter une grille de dépistage de la perte d'autonomie à être utilisée dès la prise en charge à l'urgence ou à l'admission en soins aigus dans les centres hospitaliers.	Amélioration de la qualité des services. Intervention précoce. Diminution de la durée d'hospitalisation.	Introduire la grille dans la pratique quotidienne à l'urgence ou à la prise en charge lors de l'admission et référer ensuite pour évaluation.
4.1.2 Implanter l'approche gériatrique en soins aigus pour les personnes à profil gériatrique.	Amélioration de la qualité des services et prévention de la perte d'autonomie Diminution du syndrome d'immobilisation et de ses conséquences sur l'autonomie.	Diminution de la durée de séjour en milieu hospitalier. Diminution du recours à l'hébergement institutionnel.
4.1.3 Appliquer des standards de pratique reconnus pour le traitement des aînés victimes de chutes, de fractures et d'AVC pour la récupération maximale d'autonomie.	Amélioration de la qualité des services et prévention de la perte d'autonomie Diminution du syndrome d'immobilisation et de ses conséquences sur l'autonomie.	Diminution de la durée de séjour en milieu hospitalier. Diminution du recours à l'hébergement institutionnel.
4.2 Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle		
4.2.1 S'assurer de l'approbation et de l'implantation des plans d'action locaux en regard de l'application des mesures de contrôle.	Amélioration de la qualité des services et prévention de la perte d'autonomie.	Prévoir l'accès à diverses technologies compensatoires.
4.3 Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée		
4.3.1 Mettre en place les programmes d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté tels que définis par le MSSS.	Amélioration de la qualité des services.	À venir après diffusion des standards ministériels.
4.4 Initier des programmes de formation requis dans les établissements ayant une mission de soutien à domicile et d'hébergement		
4.4.1 Offrir un programme de sensibilisation aux CA et aux DG, et par la suite les programmes de formation définis par le MSSS à l'intention des intervenants.	Amélioration de la qualité des services.	À venir lors de la diffusion du programme de formation ministériel.
4.5 Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers		
4.5.1 Définir des moyens d'appropriation du rôle et des fonctions des comités d'usagers suite à l'adoption du projet de loi 83.	Offre de services mieux adaptée aux besoins des usagers.	Le fonctionnement des services prendra en compte l'avis des usagers sur leurs besoins.
5. DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ		
5.1 Apprécier la qualité dans les installations de CHSLD et les autres milieux de vie tels les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil		
5.1.1 S'assurer du suivi des plans d'action des établissements et bilan annuel des réalisations.	Amélioration de la qualité des services.	Adaptation du travail en fonction des besoins des usagers.
5.2 Mettre en place un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées		
5.2.1 S'assurer de l'implantation du processus de certification déterminé par le MSSS, le cas échéant.	Amélioration de la qualité des services.	À venir.
5.3 Déposer au MSSS un plan global d'interventions immobilières		
5.3.1 Compléter la recommandation d'un plan global d'interventions immobilières.	Amélioration de la qualité des milieux de vie pour les résidents.	Le travail sera facilité pour les intervenants.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Système de services	
	L'offre de services	Le fonctionnement des services
6. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE		
6.1 La recherche		
6.1.1 Promouvoir la recherche dans notre région et collaborer à certains objectifs de recherche.	Augmentation de la qualité des services.	Implication des intervenants pendant les périodes de cueillette de données.
6.2 L'enseignement		
6.2.1 Promouvoir l'enseignement médical et professionnel dans notre région, notamment en gériatrie.	À préciser.	À préciser.
6.2.2 Renforcer les liens avec les maisons d'enseignement de façon à harmoniser les programmes de formation et les stages avec les besoins des milieux de travail.	À préciser.	À préciser.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

4.2 Impacts sur les ressources du système

Impacts Priorités et Mesures retenues	Ressources du système			
	Ressources humaines	Ressources informationnelles	Ressources matérielles	Ressources financières
1 LE SOUTIEN À LA PERSONNE 1.1 Mettre en place des services de prévention de la perte d'autonomie Que d'ici 2007, une démarche pour l'implantation d'un continuum de services ait été amorcée dans au moins un territoire de CLSC.	Non personnalisé Formateurs et animateurs PIED 1 animateur par territoire Personnalisé 1 intervenant pivot par territoire plus des ressources professionnelles en soutien à domicile. Formateurs		Achat matériel pour donner le programme PIED. Location de salle formation d'animateurs. Location de salles pour formations.	7 050 \$ *6 = 42 300 \$ /an 2 500 \$ /an pour formation d'animateurs pour un total annuel de 44 800 \$ 2 000 \$ formation de formateurs 20 000 \$ pour formations 1 200 \$/pers. *326 pers = 391 200 \$/an pour un total annuel de 441 200 \$ (ce qui revient à dire 10,60 \$ pour chacune des 38 789 personnes âgées de 65 ans et plus)
Que d'ici 2007, tous les CLSC aient soumis un plan d'action pour promouvoir l'utilisation de la trousse <i>Garde les pieds sur terre</i> à l'intérieur de leurs activités régulières et dans la communauté.	1 intervenant pour faire la promotion de l'utilisation de la trousse.			Soutien financier non récurrent 8 000 \$ + 5 000 \$ à la communauté + 13 0000 \$ 13 000 \$ *2 = 26 000 \$ (4 territoires ont à ce jour fait la promotion de l'utilisation)
Que d'ici 2007, 180 groupes d'ainés participent au programme Viactive, dans le but de maintenir leur santé et leur autonomie.	1 conseiller VIACTIVE EN SOUTIEN LOCAL , temps intervenant en CSSS.		Soutien à la table régionale et soutien aux tables locales.	25 000 \$ minimum
1.1.2 Rehausser le financement des organismes communautaires dont la mission est orientée vers la prévention, le soutien à domicile et l'intégration sociale des aînés et réaliser des ententes de collaboration avec les OC et les EES dans le cadre des réseaux locaux.	Création d'emplois. Besoin de formation.	Liens informatiques requis avec les CSSS.	Besoin de logiciels.	Allocation de 10% de tout budget de développement du programme PALV aux organismes communautaires et répartition des budgets additionnels investis par le MSSS.
1.1.3 S'assurer de la mise en place d'une table multisectorielle dans chacun des territoires de CSSS pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des aînés.	Travail en concertation avec le réseau. Besoin de formation.			Financement à même les ressources actuelles.
1.1.4 Outiller les intervenants pour l'action face aux situations d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés.	Nécessité de formation.	Matériel de diffusion d'information.	Matériel de formation.	Ressources à prévoir pour le formateur.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Ressources du système			
	Ressources humaines	Ressources informationnelles	Ressources matérielles	Ressources financières
1.2 S'assurer qu'une gamme de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement				
1.2.1 Compléter l'implantation du modèle régional d'organisation des services spécialisés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, en lien avec la détermination faite par le MSSS des services spécialisés devant être accessibles dans la région.	Recrutement et rétention des ressources humaines spécialisées. Informations à transmettre sur le fonctionnement.	Besoin d'un système d'information dans le continuum de services (OEMC informatisé, DSIE).	À déterminer avant l'implantation.	À déterminer avant l'implantation du modèle régional proposé de services spécialisés.
1.2.2 Développer ou consolider les interventions interdisciplinaires de type préventif systématisées pour investiguer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque.	Revoir les façons de faire. Ajout de ressources humaines spécialisées.	Besoin d'un système d'information dans le continuum de services (OEMC informatisé, DSIE).	Besoin d'un système d'information dans le continuum de services (OEMC informatisé, DSIE).	À déterminer avant l'implantation du modèle régional proposé de services spécialisés.
1.3 Compléter la gamme de services de longue durée devant être accessibles dans chacun des territoires de CSSS				
1.3.1 Réaliser l'état de la situation dans chacun des territoires de CSSS dans le cadre de la démarche du projet clinique, en tenant compte du cadre de référence régional sur les réseaux locaux de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie adopté en 2003. Rehaussement de l'offre de services en SAD et en CHSLD pour atteindre les cibles ministérielles en 2010.	Libération de ressources humaines pour la formation et l'apprentissage des nouvelles façons de faire. Formation des gestionnaires de cas (ou intervenants pivot). Embauche de nouvelles ressources humaines.	Besoin d'un système d'information intégré dans le continuum de services. Besoin d'un système pour la détermination des profils-type (iso-SMAF). Besoin d'interface avec SICHELD.	À évaluer.	Coûts récurrents ont déjà été évalués à 1 540 000 \$ pour l'ajout de 22 intervenants gestionnaires de cas dans l'ensemble de la région. Les coûts non récurrents pour l'implantation de la gestion de cas ont été évalués à raison de 180 000 \$ pour 6 chargés de projet, 50 000 \$ pour la formation des gestionnaires de cas et 65 000 \$ pour l'évaluation du projet sur une base régionale.
1.3.2 Implanter une gestion harmonisée des ressources non institutionnelles (RNI).	Gestion du changement.	Utilisation du SI RTF. Intégration des RNI dans l'application Accès-CHSLD.	À évaluer.	Financement à même les ressources actuelles.
1.3.3 Réaliser le plan d'action régional 2005-2006 en continu jusqu'en 2010 pour la «Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques», incluant la consolidation des liens avec les partenaires et les autres programmes, et élargissement de l'accès au programme à la clientèle inscrite en soutien à domicile pour assurer la continuité des services.				
1.3.4 Revoir le rôle du CHSLD en fonction des décisions ministérielles à venir.	À préciser après décision ministérielle.	À préciser après décision ministérielle.	À préciser après décision ministérielle.	À préciser après décision ministérielle.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Ressources du système			
	Ressources humaines	Ressources informationnelles	Ressources matérielles	Ressources financières
1.3.5 Revoir les critères de priorité d'accès aux services et aux soins de longue durée, en lien avec les critères du MSSS, et assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la priorisation que pour l'attribution des services.		Besoin de l'OEMC informatisé et des profils-type de clientèles (iso-SMAF).		À même les ressources existantes.
1.3.6 Revoir l'orientation des clientèles dont la problématique n'est pas liée au vieillissement, soit celles dont la problématique est reliée à la santé mentale, à la déficience physique ou à la déficience intellectuelle.	Formation et support requis en fonction des clientèles hébergées.		Développement des ressources d'hébergement requises.	Financement à déterminer.
1.4 Élargir l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement				
1.4.1 Appliquer les critères nationaux dans le cadre des programmes d'aides techniques (une fois révisée par le MSSS) visant à en élargir l'accès aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.			Achat d'aides techniques additionnelles.	Besoin de financement additionnel pour le matériel et le transport.
1.5 Soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique				
1.5.1 Analyser les modalités d'élargissement de l'utilisation de l'allocation personnalisée pour les services d'aide domestique et développer les indicateurs afin de démontrer l'impact de ces allocations sur l'intensité des services à domicile.	À préciser après décision ministérielle.	À préciser après décision ministérielle.	À préciser après décision ministérielle.	À préciser après décision ministérielle.
2. LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS				
2.1 Services de l'instance locale				
2.1.1 Offrir une réponse aux besoins des proches aidants dans un plan d'intervention individualisé avant la demande d'aide pour éviter l'épuisement et les dommages physiques et psychologiques.	Sensibilisation des intervenants à cette réalité. Augmentation des ressources humaines pour l'écoute téléphonique Intervenants requis pour les groupes d'aidants.		Ligne d'écoute via Infosocial.	Nécessité de rehausser le financement des services de soutien à domicile pour inclure les services aux aidants. Budget pour allocation financière de répit dépannage.
2.2. Soutien par les organismes communautaires				
2.2.1 Consolider le financement des organismes communautaires destinés aux personnes âgées.				À déterminer.

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Ressources du système			
	Ressources humaines	Ressources informationnelles	Ressources matérielles	Ressources financières
3. L'ACTION SUR L'ENVIRONNEMENT 3.1 Les formules résidentielles 3.1.1 Promouvoir le développement de formules résidentielles adaptées à des clientèles spécifiques en fonction des besoins dans chacun des territoires, notamment dans le cadre des projets novateurs «Pour un nouveau partenariat au service des aînés».	Formation du personnel. Gestion de la qualité des services. Ajout de personnel. Suivi de la ressource.	Publicité à prévoir. Dépliants d'information à concevoir. Outils de suivi à élaborer.	Prêts d'équipements à prévoir.	Ajout de ressources financières.
4. UNE OFFRE DE SERVICES DE QUALITÉ 4.1 Agir de façon précoce et selon des standards de pratique reconnus auprès des aînés requérant des soins aigus 4.1.1 Implanter une grille de dépistage de la perte d'autonomie à être utilisée dès la prise en charge à l'urgence ou à l'admission en soins aigus dans les centres hospitaliers.	Apprentissage de nouvelles façons de faire. Formation sur les unités de soins. Sensibilisation des médecins.			Financement à même les ressources actuelles.
4.1.2 Implanter l'approche gériatrique en soins aigus pour les personnes à profil gériatrique.	Apprentissage de nouvelles façons de faire. Formation sur les unités de soins. Sensibilisation des médecins.			Financement à même les ressources actuelles.
4.1.3 Appliquer des standards de pratique reconnus pour le traitement des aînés victimes de chutes, de fractures et d'AVC pour la récupération maximale d'autonomie.	Apprentissage de nouvelles façons de faire. Formation sur les unités de soins. Sensibilisation des médecins.			Financement à même les ressources actuelles.
4.2. Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle 4.2.1 S'assurer de l'approbation et de l'implantation des plans d'action locaux en regard de l'application des mesures de contrôle.	Nouvelles façons de faire. Consensus à faire avec les familles. Besoin de formation et de support.			Financement additionnel à prévoir.
4.3 Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée 4.3.1 Mettre en place les programmes d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté tels que définis par le MSSS.	À préciser après décision ministérielle.			À préciser après décision ministérielle.
4.4 Initier des programmes de formation requis dans les établissements ayant une mission de soutien à domicile et d'hébergement 4.4.1 Offrir un programme de sensibilisation aux CA et aux DG, et par la suite les programmes de formation définis par le MSSS à l'intention des intervenants.	Sensibilisation des décideurs et nouvelles façons de faire pour les intervenants.			Remplacement du personnel devant suivre la formation : 284 000 \$ Coûts du formateur incluant les frais de déplacement : 104 000 \$

Vision stratégique et plan de mise en œuvre (2005-2010) des services aux personnes âgées

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Impacts Priorités et Mesures retenues	Ressources du système			
	Ressources humaines	Ressources informationnelles	Ressources matérielles	Ressources financières
4.5 Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers 4.5.1 Définir des moyens d'appropriation du rôle et des fonctions des comités d'usagers suite à l'adoption du projet de loi 83.	Formation aux comités des usagers. Sensibilisation du personnel.			Financement à même les ressources actuelles.
5. DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ 5.1 Apprécier la qualité dans les installations de CHSLD et les autres milieux de vie telles les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil 5.1.1 S'assurer du suivi des plans d'action des établissements et faire le bilan annuel des réalisations.	Mobilisation des ressources humaines.			À déterminer.
5.2 Mettre en place un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées 5.2.1 S'assurer de l'implantation du processus de certification déterminé par le MSSS, le cas échéant.	À venir.	À venir.	À venir.	À venir.
5.3 Déposer au MSSS un plan global d'interventions immobilières 5.3.1 Compléter la recommandation d'un plan global d'interventions immobilières.				
6. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE 6.1 La recherche 6.1.1 Promouvoir la recherche dans notre région et collaborer à certains objectifs de recherche.	Augmentation de la mobilisation des intervenants.			Financement à même les ressources actuelles.
6.2 L'enseignement 6.2.1 Promouvoir l'enseignement médical et professionnel dans notre région, notamment en gériatrie. 6.2.2 Renforcer les liens avec les maisons d'enseignement de façon à harmoniser les programmes de formation et les stages avec les besoins des milieux de travail.	Meilleure rétention des ressources humaines. Meilleure préparation des ressources humaines à la réalité des milieux de travail		À déterminer.	

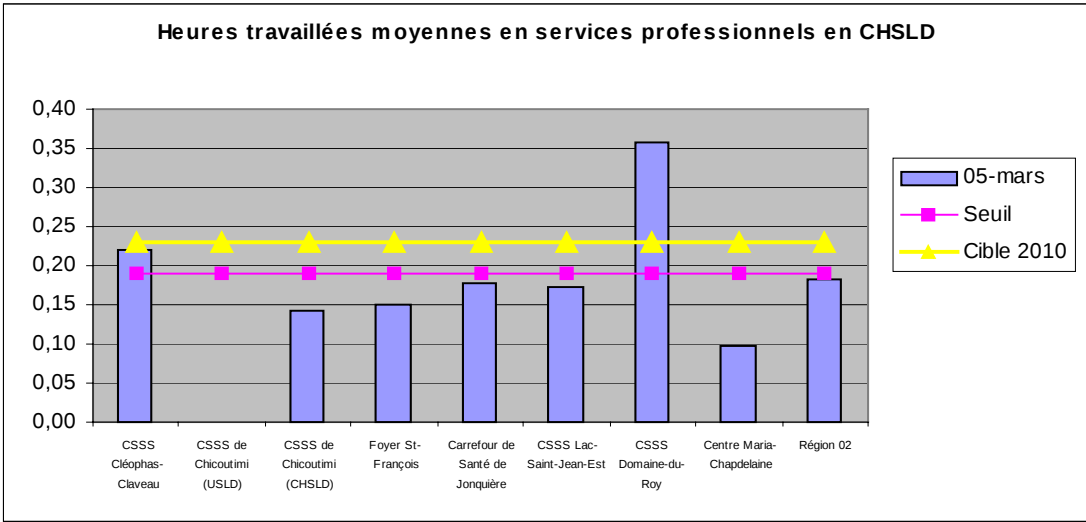
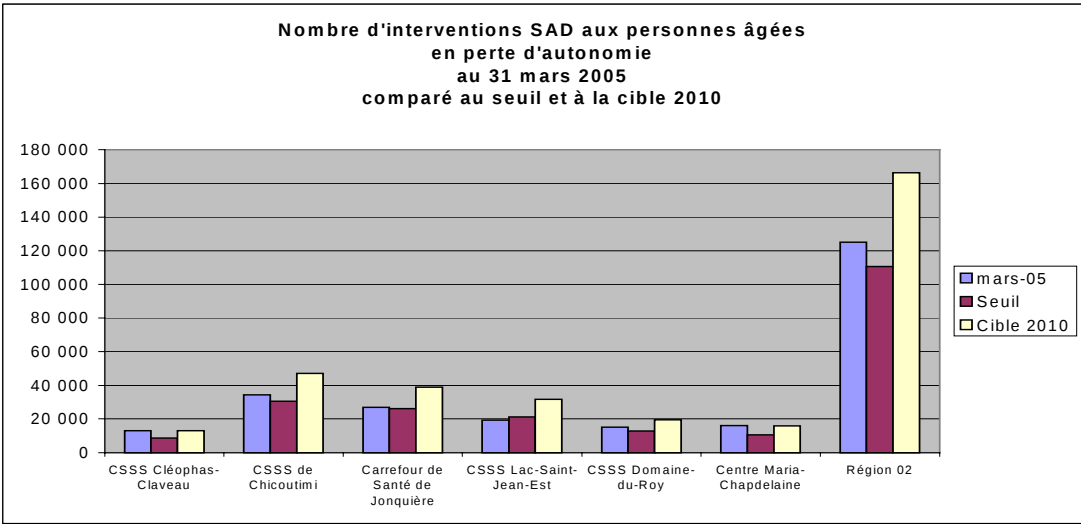
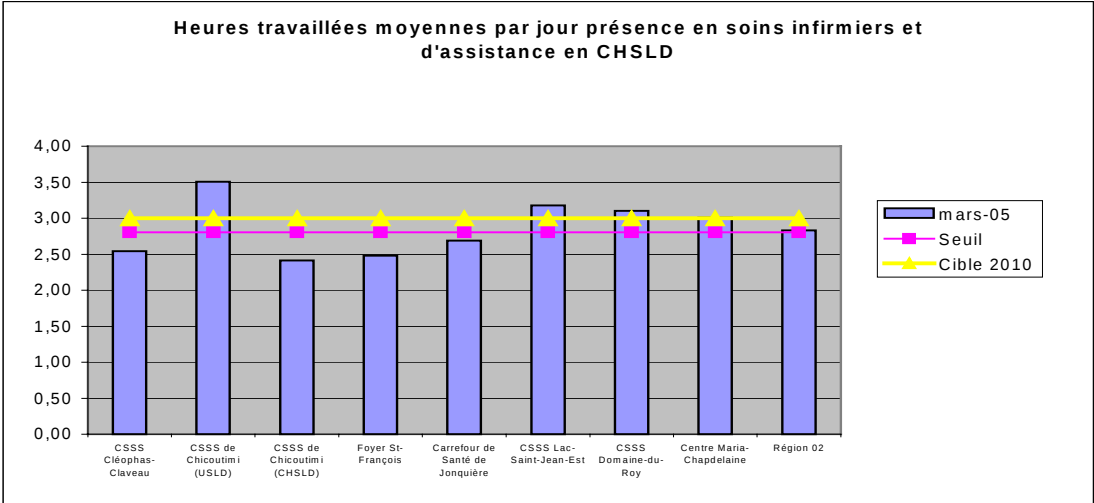
ANNEXE 1

➤ ÉTAT DE SITUATION AU 31 MARS 2005

ÉTAT DE SITUATION AU 31 MARS 2005

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE

Population en 2005		Population en 2009	
Totale	275 457	Totale	271 243
0-64 ans	236 668	0-64 ans	227 893
65 ans et + (14%)	38 789	65 ans et + (16%)	43 350
65-74 ans	22 306	65-74 ans	24 376
75-84 ans	13 241	75-84 ans	14 757
85 ans et +	3 242	85 ans et +	4 217



ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE PAR GROUPE D'ÂGE

TERRITOIRES	2005						2009					
	0-64	65-74	75-84	85+	Pop totale	Pop 65+	0-64	65-74	75-84	85+	Pop totale	Pop 65+
La Baie	20 344	1 827	996	233	23 400	3 056	19 453	1 999	1 124	287	22 863	3 410
Chicoutimi	66 069	6 188	3 650	902	76 809	10 740	63 647	6 912	4 139	1 221	75 919	12 272
Jonquière	55 751	5 228	3 219	743	64 941	9 190	53 275	5 675	3 504	978	63 432	10 157
Lac-Saint-Jean-Est	43 901	4 312	2 565	613	51 391	7 490	42 531	4 638	2 876	767	50 812	8 281
Domaine-du-Roy	27 937	2 659	1 495	398	32 489	4 552	27 176	2 899	1 675	505	32 255	5 079
Maria-Chapdelaine	22 666	2 092	1 316	353	26 427	3 761	21 811	2 253	1 439	459	25 962	4 151
TOTAL	236 668	22 306	13 241	3 242	275 457	38 789	227 893	24 376	14 757	4 217	271 243	43 350

ANNEXE 2

➤ SANTÉ PUBLIQUE

OBJECTIFS SANTÉ VISÉS PAR LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE D'ICI 2012

- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
- Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides,
- Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes,
- Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
- Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées;
- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;
- Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- Réduire de 30 % l'incidence du diabète (de 40 % dans les populations autochtones);
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes;
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus;
- Réduire la prévalence des maladies parodontale (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus;
- Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18%;
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âges;
- Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination;
- Réduire de 25% le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus.

N°	Activité		Résultats attendus	Responsabilité de mise en œuvre	
				Régionale	Locale
Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
4.1.01	Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.	1	Que d'ici 2007, soit dispensée annuellement sur chacun des territoires de CLSC au moins une activité d'information structurée visant à prévenir l'usage inapproprié de médicaments psychotropes chez les aînés.		X
		2	Que d'ici 2007, soit développée et mise en œuvre dans au moins un territoire de CLSC, une intervention globale visant à la fois les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments dans le but de prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes.		X
4.1.02	Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès, par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.	1	Que d'ici 2007, 200 intervenants de la santé et des services sociaux, provenant de l'ensemble des territoires de CLSC, soient informés sur les dangers et les mesures à prendre lorsqu'il y a présence d'une arme à feu dans l'environnement d'une personne suicidaire, dépressive ou violente.	X	
		2	Que d'ici 2007, soit tenue annuellement une activité destinée à l'ensemble de la population sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu et les risques associés à la présence de celles-ci (accidents, suicides, homicides).	X	
		3	Que d'ici 2007, une campagne régionale d'information et de sensibilisation visant la réduction de l'accès aux médicaments ait été menée afin de prévenir les suicides et les accidents.	X	
		4	Que d'ici 2007, 100 sentinelles ou aidants naturels provenant de l'ensemble des territoires de CLSC aient été formés.	X	
		5	Que d'ici 2007, les interventions en cours liées à l'actualisation de la Stratégie d'action face au suicide soient poursuivies.	X	X
4.1.03	Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes.	1	Que d'ici 2007, au moins 100 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aient reçu une formation de base en dépistage de la violence et des abus faits aux personnes âgées.	X	X
Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques					
4.2.01	Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.	1	Que d'ici 2006, une adaptation régionale concertée du programme <i>0-5-30 combinaison prévention</i> ait été réalisée.	X	
		2	Que d'ici 2007, une centaine de professionnels de la santé aient suivi une formation en cessation tabagique, soit au niveau du counseling minimal ou intensif.	X	
		3	Que d'ici 2007, les ateliers de groupe, <i>Oui, j'arrête!</i> aient été dispensés annuellement à au moins 60 personnes de la région.		X

N°	Activité		Résultats attendus	Responsabilité de mise en œuvre		
				Régionale	Locale	
		4	Que d'ici 2007, les services d'aide à la cessation tabagique des Centres d'abandon du tabagisme aient été dispensés annuellement à au moins 200 personnes de la région.		X	
		5	Que d'ici 2007, des activités du programme <i>0-5-30 combinaison prévention</i> aient été mises en œuvre dans chacun des territoires de CLSC.		X	
		6	Que d'ici 2007, soutenir et assurer la mise en œuvre des activités privilégiées ayant été retenues dans le <i>Plan d'action en matière de santé dentaire publique 2004-2012</i> .	X	X	
Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques						
4.2.02	Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes et pour la prise en charge des personnes atteintes : cancer du sein, cancer du col utérin par le test de Papanicolaou et hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées.	1	D'ici 2007, les résultats du <i>PQDCS</i> seront diffusés aux médecins et intervenants par le biais du journal INFO-PQDCS ou l'envoi de lettres au moins deux fois par année.	X		
		2	D'ici 2007, une offre de service de formation aura été faite aux médecins et aux intervenants en regard du <i>PQDCS</i> .	X		
		3	D'ici 2007, les activités de dépistage du cancer du col seront maintenues.		X	
4.2.03	Mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au palier régional.	1	D'ici 2005, un plan d'évaluation des activités du programme sera élaboré.	X		
		2	D'ici 2006, le taux de référence annuel et le délai d'attente pour investigation seront documentés et analysés par le comité sur l'assurance qualité.	X		
		3	D'ici 2006, le taux de détection annuel de cancer du sein sera documenté et analysé par le comité sur l'assurance qualité.	X		
		4	D'ici 2005, l'équipe CRID régionale sera mise en fonction et assurera les mandats prévus au programme.	X	X	
		5	D'ici 2006, les activités d'assurance qualité seront consolidées et un comité régional d'assurance qualité sera mis en place.	X	X	
		6	D'ici 2007, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au <i>PQDCS</i> (une mammographie aux 2 ans) sera d'au moins 60 %.	X	X	
		7	D'ici 2005, toutes les équipes interdisciplinaires locales d'investigation seront en place.			X
		8	D'ici 2006, 60 % des rendez-vous de dépistage des femmes de 50 à 69 ans seront donnés selon la norme provinciale de 30 jours ouvrables suivant l'appel pour le rendez-vous.			X
Le domaine des traumatismes non intentionnels						
4.3.01	Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles ayant déjà fait une chute.	1	Que d'ici 2007, une démarche pour l'implantation d'un continuum de services ait été amorcée dans au moins un territoire de CLSC.	X	X	

N°	Activité		Résultats attendus	Responsabilité de mise en œuvre	
				Régionale	Locale
		2	Que d'ici 2007, tous les CLSC aient soumis un plan d'action pour promouvoir l'utilisation de la trousse <i>Garde les pieds sur terre</i> à l'intérieur de leurs activités régulières et dans la communauté.		X
Le domaine des maladies infectieuses					
4.4.01	Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le <i>Programme d'immunisation du Québec</i> .	1	Que d'ici 2007, au moins 30 % des personnes âgées de 2 ans à 64 ans atteintes d'une maladie chronique soient vaccinées contre le pneumocoque.	X	X
4.4.02	Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le <i>Programme d'immunisation du Québec</i> .	1	Que d'ici 2007, 60 % des travailleurs des établissements de santé soient vaccinés contre l'influenza.	X	X
		2	Que d'ici 2007, 60 % des personnes de 6 mois à 59 ans atteints d'une maladie chronique soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
		3	Que d'ici 2007, 80 % des personnes vulnérables en milieu fermé soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
		4	Que d'ici 2007, 60 % des personnes âgées de 60 ans et plus en milieu ouvert soient vaccinées contre l'influenza.	X	X
Le domaine du développement de l'adaptation et de l'intégration sociale					
5.1.02	Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes: formation des médecins axée sur la prévention du suicide.	1	Que d'ici 2005, une formation axée sur la prévention du suicide soit offerte à tous les médecins omnipraticiens.	X	
5.1.04	Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts.	1	Que d'ici 2007, soit réalisée annuellement au moins une campagne pour sensibiliser le grand public aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs.	X	X
5.1.05	Prévention du jeu pathologique.	2	Que d'ici 2004, soit produit un plan de communication sur le jeu pathologique visant à améliorer les connaissances de la population au regard de la prévention du jeu pathologique et au regard des services régionaux disponibles.	X	X
		4	Que d'ici 2007, soit diffusée de l'information en prévention auprès de 30 % de la clientèle des groupes de l'âge d'or et des groupes de retraités des grandes entreprises.	X	X
Le domaine des maladies chroniques et habitudes de vie					
5.2.06	Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activité sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés.	5	Que d'ici 2007, 180 groupes d'ainés participent au programme <i>Viactive</i> , dans le but de maintenir leur santé et leur autonomie.	X	X

N°	Activité		Résultats attendus	Responsabilité de mise en œuvre	
				Régionale	Locale
Le domaine des traumatismes non intentionnels					
5.3.01	Collaboration à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.	1	Que d'ici 2007, soit amorcée une démarche pour l'implantation d'un programme de soutien local, visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections dans au moins un territoire de CLSC.	X	X
Le domaine des maladies infectieuses					
5.4.21	Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections et définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations.	1	Que d'ici 2007, 100 % des guides de prévention des infections nosocomiales soient diffusés et appliqués dans les CH de la région afin d'harmoniser les pratiques.	X	
Le domaine du développement des communautés					
5.7.01	Participation du réseau de la santé publique aux activités concertées visant la réduction des inégalités dans le milieu régional.	1	Que d'ici 2006, soit explorée la possibilité de créer une entente spécifique avec différents partenaires concernés par la réduction des inégalités, en collaboration avec le Regroupement régional de développement social (RRDS-02).	X	
		2	Que d'ici 2007, soit maintenue et favorisée la participation du réseau aux actions et projets en cours contribuant à la réduction des inégalités dans le milieu.	X	X
		3	Que d'ici 2006, soit maintenue la participation du réseau aux tables de concertation locales luttant contre la pauvreté.		X
5.7.02	Contribution avec les partenaires intersectoriels, aux activités concertées visant le renforcement de la vitalité des milieux.	1	D'ici 2006, un comité régional aura développé des stratégies susceptibles d'influencer l'implantation de politique publique favorisant la santé des communautés.	X	
		2	Que d'ici 2007, soient diffusées des informations liant le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être, sous une forme facilement compréhensible pour la population.	X	
		3	Que d'ici 2007, soit maintenue et favorisée la participation aux actions et projets issus du milieu supportant l'empowerment collectif et contribuant au renforcement de la vitalité des milieux.	X	X
5.7.03	Promotion du développement des communautés (empowerment individuel et collectif) auprès des intervenants du réseau et de leurs partenaires.	1	Que d'ici 2007, soit soutenue l'utilisation de la stratégie de développement des communautés dans les programmes tels: Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.), Viactive, etc.	X	X
		2	Que d'ici 2006, soit mis en place un comité de réflexion sur le développement des communautés afin de guider et de planifier la démarche au niveau de la région selon les deux axes retenus.	X	X

N°	Activité		Résultats attendus	Responsabilité de mise en œuvre	
				Régionale	Locale
		3	Que d'ici 2007, soit développé et initié un plan de formation à l'intention des intervenants au regard du développement des communautés.	X	X
5.7.04	Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs.	1	D'ici 2006, la population et les acteurs concernés par la sécurité alimentaire au Saguenay–Lac-Saint-Jean auront été informés de l'ampleur du phénomène de la faim et de son impact sur la santé de la population, notamment suite aux résultats de la recherche en cours.	X	
		2	D'ici 2007, le soutien à l'émergence de projets concertés et durables visant la sécurité alimentaire sera maintenu.	X	X
		3	D'ici 2006, la formation des intervenants du réseau au regard de l' <i>empowerment</i> individuel sera poursuivie.	X	X
		4	D'ici 2007, les acteurs locaux concernés par la faim et la sécurité alimentaire auront développé un mode de concertation propre à leur territoire, en lien avec la lutte à la pauvreté et dans une perspective de développement des communautés.		X

ANNEXE 3

➤ RESSOURCES MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

HYPOTHÈSES
PLAN D'INTERVENTION IMMOBILIÈRE
CHSLD 2005-2010
Orientations, Priorisation, Paramètres

1. L'implantation du Centre ambulatoire du territoire de Jonquière implique un redéploiement / fermeture graduelle de l'unité de transition temporaire.
2. Les contraintes d'accessibilité, particulièrement dans les territoires dont le ratio lit / personne âgée est moindre, sont priorisées.
3. Le plan régional de rapprochement de la clientèle avec son milieu, initié dans les années 90, doit être complété.
4. La relocalisation de l'unité de soins de longue durée à l'intérieur de l'immeuble de services spécialisés et surspécialisés doit être réalisée.
5. Les projets d'amélioration du milieu de vie sont priorisés dans l'ordre suivant :
 - a) *Diminution du nombre de chambres à 4, 3 et 2 lits;*
 - b) *Amélioration de la chambre;*
 - c) *Amélioration des lieux communs, de la circulation et de l'extérieur.*
6. Les projets connexes sont pris en compte en regard de la capacité des budgets disponibles (autres que CHSLD).
7. L'ajout de lits n'est pas inclus dans le plan initial.

Type d'approche

L'approche du plan 2005-2010 vise à utiliser de façon optimale les immeubles actuellement disponibles, incluant, le cas échéant, des agrandissements.

Les situations nécessitant une intervention de relocalisation dans un immeuble nouveau seront priorisées dans la perspective de la finalisation du plan.

Objectif

Le plan doit être réalisé dans les meilleurs délais, ayant le maximum d'impact d'amélioration de la dispensation des services en respectant une enveloppe budgétaire fixée par le MSSS.

HYPOTHÈSES
PLAN D'INTERVENTION IMMOBILIÈRE
CHSLD 2005-2010
Orientations, Priorisation, Paramètres

ÉTABLISSEMENT	TITRE DU PROJET	BUDGET			Répartition par année financière					
		Subvention du MSSS	11 000 000 \$	6 500 000 \$	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total
		Autofinancement	6 500 000 \$		2 160 000 \$	1 085 000 \$	1 085 000 \$	1 085 000 \$	1 085 000 \$	6 500 000 \$
1. CSSS Cléophas-Claveau										
Foyer de Bagotville et/ou CH.		non-validé	3 500 000 \$							3 500 000 \$
Foyer Saint-Joseph de la Baie										- \$
Autofinancement			6 500 000 \$							- \$
2. CSSS de Chicoutimi										
Foyer Saint-François	Ajout de 12 lits	non-validé		200 000 \$		200 000 \$				200 000 \$
Résidence Mgr Victor-Tremblay	Ajout 25 lits		1 500 000 \$	400 000 \$			400 000 \$			400 000 \$
Pavillon Roland-Saucier	Ajout 25 lits		3 000 000 \$							3 000 000 \$
Pavillon Saint-Vallier (1)	Projet connexe santé mentale (1.5 M\$)									- \$
	Observation soins intensifs									- \$
	Ajout unité 1 santé mentale (0.5 M\$)									- \$
	Ajout unité 2 santé mentale (1.5 M\$)									- \$
Pavillon Roland-Saucier	Ajout 7 lits – Transfert CSSS Cléophas-Claveau	À venir								- \$
	Ajout 50 lits – Foyer Delage	Non budgété								- \$
Pavillon Saint-Vallier	Ajout clinique externe – santé mentale	Non budgété								- \$
3. Carrefour de santé de Jonquière										
Résidence Sainte-Marie	Relocalisation 18 chambres		3 000 000 \$							3 000 000 \$
	Réduction nombre de chambres à 2 lits									
Pavillon Arvida	Réaménagement secteur chambres			380 000 \$	380 000 \$					380 000 \$
	Aménagement balcons			500 000 \$	500 000 \$					500 000 \$
	Réaménagement salles toilettes mitoyennes			500 000 \$					500 000 \$	500 000 \$
Résidence Georges-Hébert	Ajout de 15 lits			1 300 000 \$	800 000 \$	500 000 \$				1 300 000 \$
4. CSSS de Lac-Saint-Jean-Est										
Pavillon Métabetchouan	Aménagement de l'unité de vie (phase1)			600 000 \$	600 000 \$					600 000 \$
	Aménagement de l'unité de vie (phase2)			365 000 \$		305 000 \$				305 000 \$
	Aménagement de l'unité de vie (phase3)			685 000 \$			685 000 \$			685 000 \$
5. CSSS Domaine-du-Roy										
Foyer de la Paix	Relocalisation de chambres et amélioration milieu de vie			1 900 000 \$				1 085 000 \$	815 000 \$	3 800 000 \$
Total			17 500 000 \$	6 830 000 \$	2 280 000 \$	1 005 000 \$	1 085 000 \$	1 085 000 \$	1 315 000 \$	6 770 000 \$
Solde			(6 500 000) \$	(330 000) \$	(120 000) \$	80 000 \$	- \$	- \$	(230 000) \$	(270 000) \$
<i>Le manque à gagner de 80 000\$ pourrait se prendre dans l'enveloppe maintien des actifs</i>										
<i>(1) L'Agence doit prévoir l'équivalent de 3,5 M\$ pour le volet santé mentale dans l'enveloppe réaménagements fonctionnels autres que CHSLD.</i>										

HYPOTHÈSES
PLAN D'OPTIMISATION ET D'INVESTISSEMENT
RESSOURCES FINANCIÈRES
Orientations, Priorisation, Paramètres

1. L'ensemble des acteurs est invité à revoir les façons de faire et les modes d'organisation du travail afin d'assurer à la population le niveau optimal de services en tenant compte des ressources financières disponibles.
2. Le cas échéant, lorsque les dépenses du programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sont inférieures au budget octroyé, un plan de réallocation sera requis.
3. En regard de l'impact sur l'ensemble du système et de l'importance pour la personne de demeurer dans son milieu de vie, l'investissement pour les services de soutien à domicile est priorisé soit :
 - 3.1 Une hypothèse de l'impact des services dispensés par les organisations communautaires, les entreprises d'économie sociale et/ou le PEFSAD, chèque emploi services et autres, est estimée à 25 % de l'écart théorique calculé en regard des interventions requises en 2010;
 - 3.2 L'investissement de chaque territoire tient compte du budget alloué au programme et s'il y lieu, des dépenses réelles;
 - 3.3 Sur cinq ans, l'Agence prévoit investir 100 % de l'écart relié au nombre d'interventions en soutien à domicile;
 - 3.4 Du montant investi, 10 % sera alloué pour des interventions ou pour le support aux aidants dispensé par les organismes communautaires;
 - 3.5 Les activités de prévention (ex. : chutes) seront augmentées;
 - 3.6 Des liens pourront être établis avec les entreprises d'économie sociale et/ou le PEFSAD, en regard du soutien aux aidants;
 - 3.7 Le cas échéant, des projets novateurs seront implantés.
4. Le niveau de services en CHSLD sera rehaussé en regard des cibles à atteindre en tenant compte des particularités locales et des budgets disponibles.
5. Le développement de services spécialisés sera priorisé selon le niveau de ressources disponibles pour notamment :
 - services de gériatrie de moyen séjour;
 - soins palliatifs.
6. Les activités de services gériatriques de courte durée doivent être organisées dans le cadre des ressources actuelles du programme de santé physique.
7. L'ajout de ressources institutionnelles (ajout de lits en CHSLD) fera l'objet d'une réévaluation et, le cas échéant, pourrait être considéré à la fin du plan ou a posteriori.
8. Certains transferts inter programme sont envisagés.

HYPOTHÈSES
PLAN D'INVESTISSEMENT, BUDGET DE FONCTIONNEMENT
PRO FORMA

ÉTABLISSEMENT	BESOINS THÉORIQUES (5 ANS)	MOYENNE ANNUELLE
1. Soutien à domicile		
1.1 Soutien à domicile offert par les CSSS et organismes communautaires (10 %) <i>(Inclut le soutien aux aidants)</i>	4,5 M\$	0,8 M\$ à 1.2 M\$
2. Services en CHSLD	100 % - 80 %	
2.1 Heures soins infirmiers et assistance	3,1 M\$ - 2,5 M\$	0,4 M\$ à 0,6 M\$
2.2 Services psychosociaux et réadaptation	0,8 M\$	0,1 M\$ à 0,2 M\$
3. Services spécialisés		
3.1 Services de gériatrie moyen séjour	À venir	
3.2 Soins palliatifs	À venir	
3.3 Courte durée gériatrique	Réallocation du programme santé physique	
4. Autres partenariats		
4.1 Projet novateur	À venir ou approche suppléant à l'investissement prévu en SAD ou CHSLD	
5. Prévention – Promotion		
5.1 Prévention des chutes et autres	0.5 M\$	0,05 M\$ à 0,1 M\$
Total partiel	Plus de 8 M\$ / 5 ans	Plus de 1 M\$ / an

Estimation du niveau de ressources par territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement
en dollars selon dépenses budgétisées ou relevé historique en mars 2005

TERRITOIRE	Nombre de personnes âgées de 65 ans et + (ISQ 2005) Tabl. 2.1,c.1 1	Établissements		Communautaire / Partenariat							CHSLD établissements		Services spécialisés			Total des dépenses du territoire 16	Per capita personnes âgées 2005 17 = 16 / 1
		SAD Dépenses budgétisées indexées au 31 mars 2005 Tabl. 2.1.1.c.5 2	Centre de jour Tabl. 2.2, c.4 3	PEFSAD Tabl. 2.2, c.2 4	Chèque \emploi \ service Tabl. 2.2.3 5	RI Tabl. 2.2,c.13 6	Projets novateurs Tabl. 2.2,c.14 7	Ressources privées Info à venir 8	Organismes communau- taires Tabl. 2.2, c.8 9	Prévention promotion 10	Services directs CHSLD selon heures historiques au 31 mars 2005 Tabl. 3, c.7*22,70 \$ 11	Services professionnels CHSLD Contour financier Tabl. 3.5 12	Hôpital de jour c/a #6290 au 31 mars 2005 (info) 13	Moyen séjour gériatrique 14	Courte durée gériatrique 15		
La Baie	3 056	1 445 057	135 501	679 454	74 790	144 048	0	N/D	184 998		2 327 835	679 120	382 458			5 670 804	1 855,63
Chicoutimi (incluant Foyer St-François)	10 740	4 384 812	442 735	669 768	437 832	439 951	0	N/D	263 612		6 875 446	390 999				13 905 155	1 294,71
Jonquière	9 190	4 369 897	305 199	1 149 147	224 135	300 000	0	N/D	216 931		5 898 108	499 948				12 963 364	1 410,59
Lac-Saint-Jean Est	7 490	3 169 039	194 428	890 064	187 320	78 510	0	N/D	141 255		5 247 942	448 959				10 357 517	1 382,85
Domaine-du-Roy	4 552	2 028 025	366 560	619 895	158 504	802 313	0	N/D	152 800		4 481 504	568 777				9 178 377	2 016,34
Maria-Chapdelaine	3 761	1 506 618	243 945	691 273	110 043	877 282	796 958	N/D	193 376		2 764 184	517 071	32 554			7 700 751	2 047,53
Total	38 789	16 903 448	1 688 368	4 699 601	1 192 624	2 642 105	796 958	N/D	1 152 972	0	27 595 020	3 104 874	415 012	0	0	59 775 969	1 541,05

Estimation du niveau de ressources par territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement
en dollars selon dépenses budgétisées ou relevé historique en mars 2005

TERRITOIRE	Nombre de personnes âgées de 65 ans et + (ISQ 2005) Tabl. 2.2,c.1 1	Établissements	Communautaire / Partenariat								CHSLD établissements				Services spécialisés				Total des dépenses du territoire 19	Per capita personnes âgées 2005 20 = 19 / 1
		SAD Dépenses budgétisées indexées au 31 mars 2005 Tabl. 2.4, c.7 2	Centre de jour 3	PEFSAD 4	Chèque \ emploi \ service 5	RI 6	Projets novateurs 7	Ressources privées Info à venir 8	Organismes communautaires 9	Prévention promotion 10	Services directs CHSLD selon heures historiques au 31 mars 2005 11	Services professionnels CHSLD Contour financier 12	Services directs CHSLD Investissements requis en heures travaillées Tabl. 3.3, c.5 13	Services prof. psychosocial CHSLD Investissements requis en heures travaillées Tabl. 3.3, c.9 14	Hôpital de jour c/a #6290 au 31 mars 2005 (info) 15	Moyen séjour gériatrique 16	Courte durée gériatrique 17	Réallocation Tabl. 2.1.1,c.10 18		
La Baie	3 410	N/A						N/D					535 697	(734 853)					(199 155)	(58,40)
Chicoutimi (incluant Foyer St-François)	12 272	1 464 745						N/D					1 636 239	522 268					3 623 252	295,25
Jonquière	10 157	1 308 682						N/D					859 808	264 731					2 433 221	239,56
Lac-Saint-Jean Est	8 281	1 415 829						N/D					673 373	141 630				381 678	1 849 154	223,30
Domaine-du-Roy	5 079	443 475						N/D					(109 982)	(443 100)					(109 607)	(21,58)
Maria-Chapdelaine	4 151	N/A						N/D					19 613	(444 132)					(424 519)	(102,27)
Total	43 350	4 632 731	0	0	0	0	0	N/D	0	0	0	0	3 705 117	928 630	0	0	0	381 678	7 905 627	182,37