

PROJET



Clinique

Personnes
en perte d'**AUTONOMIE**
liée au
vieillessement



SOMMAIRE

Personnes
en perte d'**AUTONOMIE**
liée au
vieillessement

PROJET




Clinique

SOMMAIRE

Personnes
en perte d'**AUTONOMIE**
liée au
vieillessement

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

Québec 
Chaudière-
Appalaches







Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Yves Dufresne. Merci également à Louise Paré et Denis Astell pour leur précieuse collaboration dans la réalisation de la partie Santé publique. Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture.

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin
Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN :  2-89548-262-4 (version imprimée)
 2-89548-261-6 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

Table des matières

| | |
|--|----------|
| Programme-services <i>Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement</i> | 2 |
| Population cible | 2 |
| Clientèles prioritaires | 2 |
| Clientèles émergentes | 3 |
| Cibles cliniques prioritaires | 3 |
| Indicateurs de résultats | 3 |
| Plan d'action | 4 |
| Des objectifs en rapport avec l'accessibilité | 4 |
| Des objectifs en rapport avec la continuité des services | 5 |
| Des objectifs en rapport avec la qualité des services | 6 |
| Des objectifs en rapport avec l'organisation des services | 8 |

Population cible

Toute personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et ses proches aidants.

Clientèles prioritaires

- Personnes de 75 ans et plus vivant à domicile (logement collectif, résidence privée, ressources non institutionnelles) :
 - il y a lieu de distinguer la clientèle des 75-84 ans de celle des 85 ans et plus. Les volets prévention et promotion de la santé prennent une importance plus significative pour les 75-84 ans, alors que chez les 85 ans et plus, les interventions sont davantage axées sur la compensation des incapacités ;
 - les personnes de 75 ans et plus, présentant des problèmes complexes et nécessitant une coordination de services, sont particulièrement ciblées par un mode de fonctionnement par gestion de cas et en réseau de services intégrés.
- Personnes présentant une perte d'autonomie associée à des déficits cognitifs (atteinte mentale prédominante selon les profils ISO-SMAF) :
 - cette clientèle est le plus souvent dirigée en hébergement de type CHSLD, car les ressources non institutionnelles existantes offrent peu de services adaptés aux besoins des personnes présentant des déficits cognitifs, tant dans l'organisation des services que dans les aménagements physiques.
- Les proches aidants :
 - âgés ou non, les proches aidants constituent une clientèle avec une variété de besoins pour laquelle il faut développer un modèle d'intervention adapté et personnalisé. Pour ce faire, le réseau devra déployer beaucoup de créativité et faire preuve de souplesse, et ce, tant sur les plans clinique et administratif que financier ;
 - Les besoins et les attentes des proches aidants doivent être pris en compte, et ce, peu importe le milieu de vie de la personne aidée (domicile ou hébergement).
- Personnes présentant des comportements perturbateurs :
 - ces personnes requièrent une offre de service adaptée et des ressources humaines spécialisées et spécifiques. Il est difficile de développer une approche milieu de vie qui tient compte à la fois des besoins de la clientèle aux comportements perturbateurs et de ceux des autres résidents lorsqu'ils vivent dans le même milieu.
- Les jeunes adultes à profil gériatrique :
 - quoique rares, il existe des alternatives à l'hébergement institutionnel en CHSLD pour les jeunes adultes handicapés physiques ;
 - ces jeunes, lorsqu'ils présentent des troubles du comportement, se retrouvent nécessairement en CHSLD, selon l'organisation actuelle des services en Chaudière-Appalaches.
- Les personnes de 65 ans et plus dont les habitudes de vie compromettent la santé (santé publique).

Clientèles émergentes

- ⦿ Les personnes en perte d'autonomie souffrant de déficience intellectuelle ou de problèmes de santé mentale (deuils successifs, perte des rôles sociaux, idées suicidaires) ;
- ⦿ Les personnes âgées nécessitant des soins spécialisés dus à des problèmes de santé physique ;
- ⦿ Les personnes âgées victimes de violence (vol, agression), de maltraitance (agressions physiques, sexuelles, psychologiques, financières), de négligence (exclusion sociale et abandon), de violation des droits et de privations diverses ;
- ⦿ Clientèle aux prises avec des problèmes reliés aux infections diverses (C. Difficile, SRAS, SARM, SIDA) et allergies.

Cibles cliniques prioritaires

- ⦿ Développer un continuum intégré de services incluant les services préventifs (promotion, prévention, dépistage) ;
- ⦿ Compléter, diversifier et rehausser l'offre de service de soutien à domicile aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, peu importe leur milieu de vie. Cette opération doit obligatoirement prendre en compte l'offre de service des partenaires des réseaux public, privé et communautaire ;
- ⦿ Favoriser l'émergence de l'intervention en soutien à domicile dans une perspective d'intervention en réseau de services intégrés et développer la gestion de cas ;
- ⦿ Compléter, diversifier et rehausser l'offre de service auprès des personnes hébergées en CHSLD, en lien avec les orientations ministérielles « Pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » en augmentant l'intensité des services de soins infirmiers et d'assistance et les services professionnels : physiothérapie, ergothérapie et travail social. Implanter les orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité ;
- ⦿ Développer l'aide aux proches par une gamme de services adaptés et personnalisés ;
- ⦿ Assurer un accès à des services médicaux adaptés à la clientèle gériatrique et psychogériatrique (diagnostics, traitement), et ce, en soutien à domicile et en hébergement de tout type afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. Assurer aux médecins de 1^e ligne, un accès simplifié à des services de gériatrie ou de psychogériatrie selon des protocoles établis ;
- ⦿ Développer le travail en interdisciplinarité et l'élaboration des plans d'intervention et des plans de services individualisés ;
- ⦿ Développer l'offre de service en partenariat avec les médecins (GMF, cliniques privées), les entreprises d'économie sociale, les ressources communautaires et privées, les municipalités ;
- ⦿ Intervenir de façon précoce : identifier les personnes à risque de perte d'autonomie et les proches aidants.

Indicateurs de résultats

- ⦿ Rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile :
 - ⦿ nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) ;
 - ⦿ nombre d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.
- ⦿ Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un CHSLD :
 - ⦿ nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD ;
 - ⦿ nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.

Des objectifs en rapport avec l'accessibilité

| Objectifs et indicateurs de suivi | Responsables | Partenaires | À maintenir | À consolider | À développer | Échéancier proposé |
|--|--|--|-------------|--------------|--------------|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place d'un guichet unique d'accès dans chacun des CSSS ; ○ Réviser et uniformiser les mécanismes d'accès aux services pour les PPALV ; ○ Mettre en place des trajectoires précises de cheminement des demandes à l'intérieur des CSSS et avec les principaux partenaires. | <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL ○ CRDP (URFI) | | X | X | 2005-2006 |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider l'offre de service en soutien à domicile : <ul style="list-style-type: none"> ○ nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS ; ○ nombre moyen d'interventions reçues en SAD pour les PPALV. ○ Revoir les modalités de dispensation de services aux PPALV dans les services généraux. | <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL (pour le Grand Littoral) ○ Médecins | | X | X | 2005-2007 |

Des objectifs en rapport avec la continuité des services

| Objectifs et indicateurs de suivi | Responsables | Partenaires | À maintenir | À consolider | À développer | Échéancier proposé | |
|--|--------------|--|-------------|--------------|--------------|--------------------|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place dans les CSSS, tant au SAD qu'en CHSLD, le travail en équipe interdisciplinaire ; ○ Systématiser l'utilisation du PSI : <ul style="list-style-type: none"> ○ 50 % de la clientèle PPALV recevant des services aura fait l'objet d'un PSI ou d'un PSI. ○ Procéder à la ratification d'ententes de services avec les organismes communautaires et autres partenaires ; ○ Poursuivre le déploiement des RSI, l'implantation ou la consolidation de l'approche par gestion de cas de même que le suivi systématique des clientèles ; ○ Déployer des outils technologiques en support à la pratique professionnelle ; ○ Déployer les outils technologiques permettant l'échange et le partage d'informations entre les professionnels et avec les partenaires. | ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL ○ CRDP (URFI) ○ Organismes communautaires ○ Ressources privées ○ Agence SSSS ○ Médecins | | X | | 2005-2006 | |
| | | | | X | | | 2005-2007 |
| | | | | | X | | 2005-2007 |
| | | | | X | | | 2005-2008 |
| | | | | X | | X | 2005-2007 2005-2008 |
| ○ L'identifier et l'actualiser de modalités claires d'arrimage entre les services de 1 ^e et de 2 ^e ligne. | ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL ○ CRDP (URFI) | | X | | 2005-2006 | |

Des objectifs en rapport avec la qualité des services

| Objectifs et indicateurs de suivi | Responsables | Partenaires | À maintenir | À consolider | À développer | Échéancier proposé | |
|--|--|---|-------------|--------------|--------------|--------------------|-----------|
| Éviter l'engorgement des urgences hospitalières par : <ul style="list-style-type: none"> ○ La mise en place de mécanismes de suivis et de concertation entre la 1^e et la 2^e ligne ; ○ L'accessibilité à des services médicaux, sur une base régulière, pour les clientèles hébergées en CHSLD ; ○ Le développement d'alternatives à l'hébergement en CHSLD par la création de partenariats avec l'entreprise privée ou la transformation des places RTF-RI ; ○ La mise en place de services de soins palliatifs pour la clientèle hébergée en fin de vie ; ○ L'accessibilité à des services médicaux de 1^e ligne. | <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL ○ CRDP ○ Partenaires communautaires ○ Ressources privées ○ CHSLD privés conventionnés ○ Médecins | | X | | 2005-2006 | |
| | | | | X | | | 2005-2008 |
| | | | | | X | | 2006-2008 |
| | | | | X | | | 2005-2006 |
| | | | | | | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ La révision du cadre de référence de l'hébergement temporaire ; ○ La création de lits de transition à l'intérieur des ressources consenties. | <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL pour le Grand Littoral ○ CHSLD privés conventionnés | | | X | 2006-2007 | |
| | | | | | | X | 2006-2008 |

| Objectifs et indicateurs de suivi | Responsables | Partenaires | À maintenir | À consolider | À développer | Échéancier proposé | |
|--|--|--|-------------|--------------|--------------|--------------------|---|
| <p>Déployer l'approche milieu de vie en CHSLD par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La révision des modes de distribution de services ; ○ La consolidation et la diversification de l'offre de service ; <ul style="list-style-type: none"> ○ nombre d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance en CHSLD ; ○ nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD. ○ Le développement d'une solution alternative à l'hébergement, en CHSLD, des jeunes adultes et des personnes atteintes de déficits cognitifs légers ; ○ Le développement d'une offre de service adaptée aux besoins des clientèles ayant des comportements perturbateurs. | <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL ○ CHSLD privés conventionnés ○ Médecins ○ Ressources privées ○ Ressources communautaires | X | X | X | X | <p>2006-2008</p> <p>2005-2010</p> <p>2006-2007</p> <p>2006-2007</p> |

Des objectifs en rapport avec l'organisation des services

| Objectifs et indicateurs de suivi | Responsables | Partenaires | À maintenir | À consolider | À développer | Échéancier proposé | |
|--|--|---|-------------|--------------|--------------|--------------------|------------------------|
| Consolider l'offre globale de services par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le développement d'équipes ambulatoires spécialisées auprès de la clientèle ayant des comportements perturbateurs ; ○ Le développement et la diversification des services offerts en médecine de jour ; ○ L'actualisation des procédures de certification des résidences privées ; ○ La révision du cadre de référence du centre de jour. | <ul style="list-style-type: none"> ○ CSSS | <ul style="list-style-type: none"> ○ HDL ○ Médecins ○ Ressources privées ○ Partenaires communautaires | | | X | 2006-2008 | |
| | | | | | X | 2007-2009 | |
| | | | | | X | 2005-2008 | |
| | | | | | X | 2006-2007 | |
| Déployer une offre de service de santé publique adaptée aux besoins des PPALV : <ul style="list-style-type: none"> ○ Interventions sur les habitudes de vie ; ○ Vie active ; ○ Interventions visant à réduire la consommation inappropriée de psychotropes ; ○ Prévention des chutes ; ○ Immunisation. | Selon les priorités identifiées au PAR et au PAL | | X | | | 2005-2008 | |
| | | | X | | X | | 2005-2010 2006-2008 |
| | | | X | | X | | 2006-2008 2005-2010 |