

PROJET



Clinique

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



BALISES RÉGIONALES

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

PROJET




Clinique

BALISES RÉGIONALES

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 :  2-89548-264-0 (version imprimée)
 2-89548-263-2 (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

Préambule	2
Modèle d'organisation de services	4
L'offre de service	5
Promotion-prévention	5
Services de 1 ^e ligne	5
Gamme de services de soutien à domicile standardisée	5
Gamme de services en CHSLD	6
Services de 2 ^e ligne	7
Services offerts par la Direction de santé publique	7
Gamme de services offerts par les CSSS ou par ententes de services avec un autre établissement	7
Données sociosanitaires	8
L'utilisation des ressources	9
Constats et enjeux	10
Objectifs et plans d'action	13
Les recommandations du comité d'experts cliniques	13
Comité d'experts	15
Bibliographie	16

...Préambule

L'explosion démographique chez les plus de 65 ans, couplée à une organisation des soins et des services en réseau intégré, nécessitera d'importantes adaptations et une diversification des modes d'organisation et de prestation de services pour les personnes en grande perte d'autonomie. La région de la Chaudière-Appalaches ne fait pas exception à cette transformation de la courbe de la population. Le contexte actuel d'élaboration des projets cliniques par les CSSS apparaît comme un moment privilégié de réviser l'offre actuelle de service afin de l'adapter aux nouveaux besoins et de mieux y intégrer les interventions de promotion et de prévention.

Un bref regard en arrière nous permet de constater que l'organisation des services aux personnes en perte d'autonomie est en constant changement, et ce, depuis quelques années. Une première phase de transformation entreprise il y a près de 10 ans aura permis de réduire de façon significative le nombre de lits en hébergement institutionnel lourd (CHSLD). Le ratio actuel du nombre de lits par 100 personnes en perte d'autonomie se situe à 4,2 dans la région, au-delà du nombre moyen prévu à l'échelle du Québec qui est fixé à 3,1 (objectif 2009-2010).

La consolidation des services offerts à domicile et dans la communauté, ainsi que le développement de milieux résidentiels adaptés, permettent aujourd'hui à la grande majorité des personnes ayant des incapacités modérées et graves de demeurer chez elles ou d'accéder à de nouveaux modes de logements leur offrant la sécurité et les services dont elles ont besoin, et ce, à des coûts moins élevés que les formules traditionnelles. L'impact de ces transformations a eu pour effet de concentrer dans les CHSLD une clientèle en plus grande perte d'autonomie, présentant des pathologies complexes, des incapacités motrices et sensorielles importantes souvent associées à des problèmes d'ordre cognitif majeurs requérant un niveau de services important de même que des milieux adaptés.

Autre élément préoccupant, la région de la Chaudière-Appalaches rencontre un problème d'engorgement des salles d'urgence par des personnes en perte d'autonomie. La difficulté de plus en plus grande pour les personnes âgées d'avoir accès à un médecin de famille fait en sorte que, fréquemment, elles se retrouvent dans les services de 2^e ligne pour une évaluation ou des services généraux qui devraient être disponibles en 1^e ligne. Une problématique importante pour laquelle des solutions structurantes devront être identifiées à très court terme.

De plus, faute d'avoir développé dans la communauté des ressources d'hébergement adaptées pour la clientèle atteinte de troubles mentaux, pour les jeunes adultes atteints de maladies dégénératives et ceux à profil gériatrique de même que pour les personnes nécessitant des espaces sécuritaires parce qu'atteintes de déficits cognitifs légers, les CHSLD se voient aujourd'hui dans l'obligation d'accueillir ces personnes qui y reçoivent des services souvent peu adaptés à leurs besoins. Là également, des solutions s'imposent.

2

Les travaux entrepris dans le cadre du « Plan d'intervention immobilier en CHSLD » viennent confirmer l'orientation déjà annoncée de faire en sorte que le CHSLD devienne la ressource ultime dévolue aux personnes en très grande perte d'autonomie et qui requièrent un niveau de services important. Loin de se distancer des orientations ministérielles déposées en octobre 2003 « Un milieu de vie de qualité en CHSLD », l'orientation d'adresser en CHSLD une clientèle en très grande perte d'autonomie posera un nouveau défi aux gestionnaires qui auront à faire en sorte que l'offre de service dispensée à la clientèle, tout en étant adaptée à leur niveau de besoins, soit empreinte de respect, de dignité et réponde à leurs besoins d'ordre social, personnel et émotionnel dans un milieu de vie chaleureux et humain.

L'organisation des services aux personnes en perte d'autonomie doit résolument emprunter une nouvelle direction et proposer de nouvelles façons de faire. C'est donc dans ce cadre que s'inscrivent les projets

cliniques. Comme prévu au plan d'action ministériel pour 2005-2010¹, ils devront permettre de trouver une réponse aux difficultés d'accès aux services, aux problèmes de concertation et de continuité de services entre les différents prestataires, au besoin de développement et de consolidation d'une offre de service plus diversifiée et mieux adaptée aux besoins de la clientèle, à une intensification des services auprès des clientèles vulnérables, à des services accessibles aux proches aidants, à une nécessaire révision de certains programmes actuels tels l'hébergement temporaire et le centre de jour, à la mise en place de trajectoires claires de services entre la 1^e et la 2^e ligne.

Afin de faciliter le retour de la personne en perte d'autonomie dans son milieu naturel, des alternatives à l'hébergement institutionnel devront être développées et mises en place, ainsi que des protocoles établis entre les services de médecine de jour, d'unité de courte durée gériatrique (UCDG), d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et les services de 1^e ligne.

Les services offerts à la clientèle en fin de vie devront également être revus et définis. À ce jour, des services de soins palliatifs sont accessibles par le biais du soutien à domicile pour la clientèle atteinte de cancer, mais il en est tout autrement pour la clientèle en fin de vie, à la suite d'une maladie physique, si elle souhaite regagner son domicile après une période d'hospitalisation. Les pratiques cliniques auprès de ces personnes diffèrent et l'intensité des soins qui leur sont offerts varie considérablement d'un territoire à l'autre.

De plus, il est possible de retarder, éviter ou atténuer de nombreux problèmes de santé chez les personnes vieillissantes et celles déjà en perte d'autonomie si l'on adopte une approche dynamique de promotion et de prévention. « Pour promouvoir un vieillissement actif, il faut que les systèmes de santé adoptent une conception de la vie dans sa globalité qui privilégie la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'accès équitable à des soins primaires et des soins de longue durée de qualité. »²

Le texte qui suit mettra en évidence en première partie quelques caractéristiques, considérées comme incontournables, à une offre de service adaptée aux besoins des PPALV. La deuxième partie viendra préciser, à la lumière des documents produits par le MSSS ou par les associations d'établissements, l'offre de service attendue en 1^e et en 2^e ligne. Suivront successivement les principaux constats liés à l'évolution de la démographie et à la connaissance de l'état de santé de la population de même qu'à l'utilisation actuelle des ressources. Le document sera complété par l'identification des principaux enjeux qui se dessinent devant nous en matière d'organisation de services de même que par une proposition de plan d'action qui vise à se donner les moyens requis pour permettre l'adaptation proposée.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité, Document de consultation, avril 2005

² Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, OMS, 2002.

...Modèle d'organisation de services

Le programme *Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement* remplace le programme *Personnes en perte d'autonomie*. Il regroupe les services destinés aux personnes qui sont en perte d'autonomie et à leur entourage, notamment due à l'avancement en âge,³ et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladie chronique.

Comme mentionné précédemment, une des orientations à la base des modèles proposés d'organisation de services en Chaudière-Appalaches est l'utilisation du service le plus « léger » permettant de répondre aux besoins des individus. De plus, l'Agence a convenu d'intégrer, tout en préservant l'intégralité du *programme-services santé publique*, à l'intérieur de chacun des programmes-services à l'intention des clientèles vulnérables, les activités particulières de santé publique s'y adressant.

En ce sens, l'Agence incite chacun des CSSS à mettre en œuvre les différentes mesures contenues dans le « Plan régional de santé publique » qui sont reconnues comme ayant un impact sur la perte d'autonomie et ses conséquences. Signalons, à titre d'exemples, les activités de promotion de la santé physique et psychosociale, la prévention des chutes, l'immunisation et le dépistage de l'hypertension artérielle.

Pour ce qui est de l'offre de service à l'intention des personnes en perte d'autonomie, différentes expériences menées à travers le Québec nous amènent à suggérer certaines caractéristiques qui nous apparaissent porteuses de succès et dont plusieurs ont été reprises par le Ministère dans ses orientations.

Des services accessibles, coordonnés et de qualité offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement passent par :

- la mise en place d'un guichet unique d'accès aux services ;
- l'adoption de critères d'admissibilité uniformes et d'un système d'évaluation commun ;
- une gamme de services standardisée et une offre de service dont l'intensité répond aux besoins de l'utilisateur (la configuration de ces services et la façon de les offrir s'actualiseront selon les besoins et les caractéristiques propres à chaque territoire) ;
- un accès à certains services spécialisés à domicile : antibiothérapie parentérale, oxygénothérapie, etc. ;
- un accès adapté et simplifié à des services d'urgence ;
- une accessibilité à des médecins de famille ;
- un accès à des services de gériatres pour une intervention ponctuelle et spécialisée ;
- des services infirmiers adaptés aux caractéristiques de la personne en perte d'autonomie ;
- le développement et la mise en place d'outils de références et de suivis ;
- l'implantation systématique des PSI et des PII ;
- le développement d'un modèle d'intervention interdisciplinaire ;
- la gestion de cas dans une optique de maintien d'un niveau optimal d'autonomie ;
- l'identification de trajectoires de services claires et connues à l'intérieur du CSSS et entre les différents partenaires ;
- un accès facilité à des services de 2^e ligne lorsque requis (hôpital de jour, unité d'évaluation gériatrique, URFI) ;
- la mise en place de mécanismes de concertation entre installations d'une même instance, entre établissements du réseau, avec les organismes communautaires et les ressources privées par le biais, lorsque requis, de ratification d'ententes formelles de services ou de collaboration.

³ Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Une vision pour les ressources publiques d'hébergement et de soins de longue durée, septembre 2004, p.6

Différentes formules d'hébergement offrant des services gradués devront être mises en place pour répondre aux besoins de la population du territoire du CSSS. Ces services pourront se développer en partenariat avec le secteur municipal, les organismes communautaires ou encore avec des entreprises privées.

Pour ce qui est des ressources publiques d'hébergement de type CHSLD, la vision du futur, telle qu'elle a déjà mentionnée précédemment, veut qu'elles ne desservent que les personnes en très grande perte d'autonomie nécessitant des services cliniques spécialisés, variés et de façon continue. Une gamme de services diversifiés dont l'intensité permettra de répondre aux besoins des usagers devra donc y être accessible. Elles seront réaménagées en unités de petite taille se rapprochant du milieu naturel, et ce, en conformité avec les orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD⁴ ». Il serait intéressant d'évaluer la possibilité de mettre sur pied des équipes ambulatoires spécialisées en gériatrie qui pourraient offrir un support clinique dans un CHSLD pour les cas complexes nécessitant une intervention spécialisée.

Le modèle à mettre en place devra également prévoir des modalités d'accès simplifiées à une gamme de services adaptés aux besoins des PPALV, disponibles en services généraux à proximité des milieux de vie. Le soutien à domicile verra une nouvelle vague d'intensification dans ses services. Des liens devront également être établis entre les services de 1^e et de 2^e ligne et des ententes formelles de services qui préciseront les responsabilités respectives dans le continuum de services. En tout, partout et toujours, des services offerts selon une approche gériatrique intégrée, dans le respect des personnes.

L'offre de service

La liste des activités et services qui suit n'est pas exhaustive. Elle se veut un guide pour l'élaboration de l'offre locale de service. Elle constitue cependant l'offre minimale requise.

Promotion-prévention

- La prévention des chutes ;
- L'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque.

Services de 1^e ligne⁵

Gamme de services de soutien à domicile standardisée⁶

- Les soins et les services professionnels :
 - services médicaux ;
 - soins infirmiers ;
 - services de nutrition ;
 - services de réadaptation : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie ;
 - services d'inhalothérapie ;
 - services psychosociaux ;
 - services d'organisation communautaire.

À cette liste s'ajoute l'accès à des services de consultation (psychogériatrie, gériatrie, psychiatrie et de pédiatrie) ainsi qu'aux services de réadaptation spécialisés. Le pharmacien fait aussi partie de l'équipe. Des ententes devront être conclues avec les partenaires visés afin de rendre disponibles ces services sur une base ambulatoire ou à domicile.

⁴ MSSS, Pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles, Octobre 2003

⁵ MSSS, *Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, de la complicité à la responsabilité*, avril 2004, 94 p.

⁶ MSSS, *Chez soi le premier choix*, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile, Juin 2004, p.33

- Les services d'aide à domicile :
 - services d'assistance personnelle (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts, etc.) ;
 - services d'aide domestique (entretien ménager, préparation des repas, approvisionnement et courses, entretien des vêtements, lessive, etc.) ;
 - services de soutien civique (aide pour administrer le budget, remplir les formulaires, etc.) ;
 - services de popote, accompagnement, visites d'amitié ;
 - services d'assistance à l'apprentissage ;
 - services d'appui aux tâches familiales.

Ces services peuvent être offerts par le CSSS, par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les groupes bénévoles, les personnes embauchées par l'allocation directe.

- Les services aux proches aidants :
 - le gardiennage (dans le cas d'un enfant) ou présence-surveillance (dans le cas d'un adulte) ;
 - le répit (peut être offert à domicile ou à l'extérieur du domicile selon des modalités prévues comme l'hébergement temporaire, un séjour en RTF ou dans une maison de répit ou autres) ;
 - le dépannage (services offerts pour permettre à l'aidant de faire face à des situations imprévisibles ou urgentes) ;
 - l'appui aux tâches quotidiennes ;
 - les services psychosociaux ;
 - les services d'organisation communautaire.

Ces services peuvent être offerts par différents fournisseurs : organismes communautaires, groupes bénévoles, entreprises d'économie sociale, CSSS.

- Le support technique (accès à des fournitures médicales et spécialisées, des équipements et des aides techniques nécessaires pour qu'une personne puisse demeurer ou retourner à domicile). Le support technique est disponible à partir d'une multitude de programmes gouvernementaux (RAMQ, MEQ, SHQ, CSST, SAAQ, Anciens combattants etc.) de même que certains régimes privés d'assurance.

Gamme de services en CHSLD

- services médicaux ;
- soins infirmiers ;
- soins d'assistance ;
- services de loisirs ;
- services de pastorale ;
- services psychosociaux ;
- services de nutrition ;
- services de pharmacie ;
- services de réadaptation : ergothérapie, physiothérapie ;
- services d'hébergement temporaire ;
- services d'hébergement : alimentation, buanderie, entretien ménager.

Ces services peuvent être offerts par différents dispensateurs : CSSS, organismes communautaires, groupes bénévoles.

Services de 2^e ligne

Services offerts par la Direction de santé publique

- ⦿ intervention auprès de la population par des activités de communication ;
- ⦿ développement des contenus de programmes spécifiques ;
- ⦿ suivi et reddition de comptes relatifs aux activités ou services locaux ;
- ⦿ production d'outils en support aux activités locales ;
- ⦿ coordination régionale pour le déploiement de services préventifs locaux ;
- ⦿ organisation et soutien aux activités intersectorielles régionales ;
- ⦿ organisation de formations en soutien à l'action locale ;
- ⦿ support à l'évaluation.

Gamme de services offerts par les CSSS ou par ententes de service avec un autre établissement

- ⦿ hôpital de jour gériatrique ;
- ⦿ UCDG ;
- ⦿ cliniques externes spécialisées ;
- ⦿ services de gérontogériatrie ;
- ⦿ services de psychogériatrie.

À noter que cette liste est non exhaustive et inclut les services offerts plus spécifiquement à l'intention des personnes, principalement âgées, en perte d'autonomie de même qu'aux adultes présentant un profil gériatrique. Il va sans dire que l'ensemble des spécialités offertes en 2^e ligne s'adressent également à cette clientèle. Nous en retrouverons la liste dans le *programme-services Santé physique*.

Données sociosanitaires

- Dans la région, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans est passé de 25 396 (1992) à 28 092 (2004). La croissance de ce groupe d'âge, d'ici 2012, est de 34,4 % pour la région. Le phénomène sera plus marqué dans la région du Grand Littoral qui connaîtra une croissance de 48 %, alors qu'il est moindre dans la région des Etchemins (8,9 %) et de Thetford (13,8 %) ;
- Le nombre de personnes de 75 ans et plus connaîtra également un accroissement important. De 16 521 personnes (1992), il atteint maintenant 24 094 personnes (2004) et l'on prévoit que le nombre sera de 28 248 en 2012, soit un accroissement de 17,2 % d'ici 2012. C'est la région de Thetford qui connaîtra l'accroissement le plus important, soit 21,4 % ;
- Une personne âgée sur cinq (20,8 %) vivant en ménage privé⁷ présente une incapacité modérée et grave. Chez les 65-74 ans, la proportion s'établit à 14,9 % alors qu'elle s'élève à 31,6 % chez les 75 ans et plus ;
- Le niveau d'espérance de vie à la naissance est passé de 73,2 ans à 75,7 ans chez les hommes et de 81,2 ans à 82,5 ans chez les femmes ;
- L'espérance de vie en bonne santé a fait un gain de 0,5 an pour l'ensemble du Québec, alors qu'elle a diminué de 0,6 an en Chaudière-Appalaches entre 1987 et 1998 ;
- La région figure parmi les cinq régions du Québec dont l'espérance de vie avec limitations d'activités s'est accrue davantage que l'espérance de vie totale (RRSSSS de Québec, 2002) ;
- Les personnes âgées habitant les territoires de Desjardins et de Chutes-Chaudière connaissent un taux de personnes âgées, sous le seuil de faible revenu, plus élevé que dans l'ensemble de la région avec des taux respectifs de 36 % et de 29,2 %, comparativement au taux régional qui se situait en 1991 à 22,6 %. Ces données se confirmaient pour l'année 1996 (Tremblay, Simon, RRSSSS Chaudière-Appalaches, La pauvreté en Chaudière-Appalaches : des chiffres, mais surtout des visages, 68 p.) ;
- Selon une étude de la Direction de santé publique (2001), la pauvreté des personnes âgées touche davantage les femmes que les hommes ;
- Selon le Rapport de l'Opération d'identification des besoins et des programmes offerts aux clientèles hébergées en CHSLD publics, réalisé par l'ACCQ en octobre 2003, la répartition de la clientèle admise en CHSLD en Chaudière-Appalaches présente le profil suivant : troubles cognitifs 44,9 % déficience physique 28,7 %, santé mentale 8,3 %, déficience intellectuelle 3 % et autres 15,1 % ;
- Les principaux motifs d'hospitalisation chez les 65 ans et plus en Chaudière-Appalaches sont les maladies de l'appareil circulatoire suivies de loin par les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et des tumeurs ;
- Les taux d'hospitalisations pour chutes accidentelles sont comparables en Chaudière-Appalaches (319/10 000) et dans l'ensemble du Québec (348/10 000). Le taux est cependant légèrement supérieur dans le Grand Littoral (356/10 000) et nettement inférieur dans la région des Etchemins (236/10 000) ;
- Selon une étude canadienne, 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffriraient d'une forme ou l'autre de démence dont la prévalence est très faible chez les 65-74 ans (2,4 %), s'élève de façon importante chez les 85-89 ans (23 %) et touche plus de la moitié des personnes chez les 95 ans et plus (55 %) ⁸ ;
- Une personne âgée sur cinq (20,8 %) vivant en ménage privé présente une incapacité modérée ou grave (14,9 % chez les 65-74 ans, 31,6 % chez les 75 ans et plus). La très grande majorité des personnes ayant une incapacité modérée et grave a besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. C'est le cas notamment pour celles vivant à domicile (Lafontaine et Camirand, 2002). L'aide leur est fournie, pour environ les trois quarts, par la famille et les proches, tout particulièrement les conjoints et les enfants. Du côté des services formels, 11,1 % des personnes âgées déclaraient recevoir de l'aide de leur CLSC en 1998. ⁹

⁷ MSSS, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités*, 1998

⁸ Canadian Study of Health and Aging, 1994

⁹ DGSS, *Les services aux aînés en perte d'autonomie, Document de consultation*, p.9

L'utilisation des ressources

- La région de la Chaudière-Appalaches compte 1 545 places d'hébergement en CHSLD publics, auxquelles s'ajoutent 439 en CHSLD privés conventionnés. Les taux d'occupation moyens dans l'ensemble des CHSLD publics et privés s'établissent aux environs de 99,5 % au 1er avril 2004. Le taux régional d'hébergement en institution publique est de 4,2 %. Il excède le taux moyen provincial qui se situe à 3,5 % ;
- Au 1er avril 2004, 154 personnes adultes et âgées en perte d'autonomie vivaient en ressources de type familial et 203 en ressources intermédiaires ;
- À la même date, 14 408 personnes recevaient des soins infirmiers à domicile, 3 549 de l'aide à domicile et 12 548 avaient reçu des services professionnels en soutien à domicile. Si la proportion observée les années antérieures se poursuit, environ 70 % de ces personnes étaient âgées de plus de 65 ans ;
- 864 personnes (données non disponibles pour Montmagny et L'Islet) fréquentaient un centre de jour (données au 1er avril 2004) ;
- Les dépenses actuelles dans le programme s'élèvent à 114 058 762 \$, alors que les dépenses attendues devraient s'établir à 107 426 164 \$, d'où un écart de 6 632 598 \$. La partie des dépenses attendues relatives aux services de 1^{er} ligne s'élève à 101 379 062 \$. Des écarts persistent entre les différents CSSS et des travaux permettant d'atteindre l'équité intrarégionale seront conduits au cours des cinq prochaines années.
- À l'échelle du Québec, en 2001-2002, les dépenses publiques pour les services de longue durée destinés aux aînés en perte d'autonomie se répartissent comme suit : 71 % pour l'hébergement en CHSLD, 3 % pour les services en ressources intermédiaires et en résidence d'accueil, 13 % pour les services de soutien à domicile, 9 % pour les services dans la communauté et 4 % pour les autres services (Source : DGFE 2004) ;
- On note des écarts marqués des taux d'hébergement des aînés en CHSLD entre les régions variant de 1,78 % à 4,57 %. Ces écarts sont dus à des différences de pratique dans l'évaluation et l'orientation des clientèles, à la disponibilité ou non de formules de rechange à l'hébergement traditionnel de même qu'aux caractéristiques mêmes des populations âgées¹⁰ ;
- L'examen des profils de la clientèle selon le diagnostic ou le profil principal fait ressortir les faits suivants : 38,5 % de la clientèle hébergée présente des déficits cognitifs (44,9 % en Chaudière-Appalaches) ; 31,1 % souffre d'une déficience physique (sclérose en plaques, Parkinson, traumatismes crâniens, AVC) (28,7 % en Chaudière-Appalaches) ; 20,6 % est atteinte d'affections comme le cancer ou autres pathologies (15,1 % en Chaudière-Appalaches) ; 7,2 % montre des problèmes de santé mentale ou de dépendances à l'alcool et aux drogues (8,3 % en Chaudière-Appalaches) et 3 % présente une déficience intellectuelle (93 % en Chaudière-Appalaches). (Source : ACCQ 2003)¹¹ ;
- La très grande majorité des aînés vit dans la communauté. C'était le cas pour 96 % d'entre eux en 2001 ; 87,9 % demeurait dans un domicile conventionnel, 7,6 % en résidence privée collective avec services et 0,6 % dans une ressource intermédiaire ou une résidence d'accueil. Les autres, soit un peu moins de 4 %, résidaient dans un établissement d'hébergement¹² ;

¹⁰ MSSS, *Les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité*, p. 12

¹¹ ACCQ, *Analyse et développement, Rapport de l'opération d'identification des besoins et des programmes offerts aux clientèles hébergées en CHSLD publics*, novembre 2003, p.2

¹² MSSS, *Les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité*, p. 6

Constats et enjeux


- Le recours aux services augmente au fur et à mesure que l'on avance en âge. On sait qu'il devient plus important chez le groupe des 75 ans et plus ;
- La famille a changé et les proches des aînés sont moins nombreux et moins disponibles. L'aide des enfants diminue à mesure que les revenus et les niveaux de scolarité sont plus élevés. L'aidant naturel devient « coordonnateur » des différents types d'aide. Cette tendance pourrait même s'accroître au cours des prochaines années, ce qui pourrait entraîner une pression accrue sur les proches aidants, d'où le besoin d'offrir les services de support et d'aide qu'ils requièrent ;
- Hormis quelques initiatives, bien peu de mesures adaptées ont été mises en place afin de promouvoir la santé physique et psychosociale, spécifiquement pour les aînés et prévenir les problèmes auxquels ils font face. L'augmentation marquée du nombre de personnes âgées au cours des prochaines années exigera que des efforts soient faits afin de développer et de consolider des activités préventives auprès de cette clientèle. À titre d'exemples, mentionnons :
 - la réalisation de différentes actions spécifiques sur les habitudes de vie (activité physique, non-tabagisme, saine alimentation, etc.) ;
 - le développement d'interventions intégrées visant la promotion de la santé psychosociale (santé mentale, consommation abusive d'alcool et de médicaments, maltraitance, suicide, etc.) ;
 - le développement de programmes de prévention des chutes chez les aînés à domicile et dans les milieux de vie substitués ;
 - dans le cadre du soutien et de la promotion des pratiques cliniques préventives, le support aux intervenants de 1^e ligne pour la détection et le dépistage de certaines maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, etc.) ;
 - l'intensification du programme de vaccination.
- L'accessibilité aux services demeure une problématique importante particulièrement pour les personnes en perte d'autonomie dont la mobilité est restreinte et pour les personnes âgées. Plusieurs facteurs expliquent cet état de fait, notamment le manque d'adaptation des services actuels aux besoins spécifiques de cette clientèle, les multiples portes d'entrée aux services et les difficultés de maillage entre les différents partenaires. Afin d'améliorer l'accessibilité aux services, les CSSS devront procéder à :
 - l'identification d'un guichet unique pour l'accès aux services ;
 - la généralisation de l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) ;
 - la mise en place de mécanismes d'accès reposant sur des critères cliniques reconnus et de trajectoires précises pour le cheminement des demandes de services ;
 - la mise en place de mécanismes de références entre les différents distributeurs de services par le biais de la signature d'ententes de services ou de collaboration ;
 - l'adoption de critères cliniques pour la gestion des listes d'attente ;
 - l'accès aux services Info-Santé et à des services en situation de crise (hébergement de crise, soutien téléphonique, services psychosociaux) ;
 - la consolidation des services de soutien à domicile (aide à domicile, soins infirmiers et services de réadaptation) ;
 - la mise en place, sous une forme ambulatoire, de cliniques spécifiques à l'intention des personnes en perte d'autonomie (diabète, MPOC...).
- Plusieurs recherches démontrent que la continuité est perçue par la clientèle, principalement celle en perte d'autonomie, comme un critère important de qualité. C'est aux CSSS que le Ministre confie la responsabilité de s'assurer de la coordination de l'ensemble des services offerts à la clientèle, et ceci, dans l'optique du développement d'un véritable réseau de services intégrés.

En ce sens, les CSSS devront favoriser :

- le travail en interdisciplinarité et une utilisation accrue du PSI ;
- la circulation de l'information et un arrimage simplifié entre les services de 1^e ligne et de 2^e ligne ;

- la mise en place de mécanismes formels de collaboration avec les médecins œuvrant en cabinets privés ou en GMF qui faciliteront l'accès, pour les personnes en perte d'autonomie, à un médecin de famille ;
- la création de partenariat avec les pharmaciens d'officines privées, les entreprises d'économie sociale, les organismes communautaires, les résidences privées d'hébergement impliquées dans le service auprès de cette clientèle ;
- la mise en place des services cliniques gériatriques d'urgence.
- Les orientations du ministère sont claires sur sa volonté de réduire l'hébergement institutionnel. Pour ce faire, de nombreuses alternatives devront être envisagées afin de favoriser le maintien de l'usager dans son milieu naturel et, lorsque requis, offrir aux proches aidants l'aide et le support dont ils ont besoin pour poursuivre leur travail auprès de la personne dans le besoin. En ce sens, il y aura donc lieu de :
 - revoir le programme d'hébergement temporaire et y rendre disponibles des services de réadaptation ;
 - explorer et développer d'autres alternatives que le CHSLD pour offrir un service d'hébergement temporaire à la clientèle ne nécessitant pas une infrastructure lourde de services ;
 - revoir le cadre de référence du centre de jour afin d'optimiser les services professionnels qui y sont disponibles ;
 - rendre accessibles des services d'évaluation complets, coordonnés et intégrés, sur une base ambulatoire ou encore en lits d'évaluation ou de transition ;
 - déterminer des critères d'accès aux services et aux soins de longue durée en relation avec les profils de perte d'autonomie et, ainsi, assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la priorisation que pour l'attribution des services, ainsi que l'établissement de standards d'accès à ces soins et services ;
 - développer des services visant à répondre aux besoins spécifiques des proches aidants ;
 - soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches aidants pour l'obtention de services d'aide à domicile par l'entremise d'une allocation personnalisée, basée sur le degré d'incapacité de la personne, favorisant ainsi l'exercice du choix du type de services et du dispensateur ;
 - mettre en place une structure de concertation et de coordination où siègeront les partenaires intersectoriels que sont les municipalités (OMH), les résidences privées, les ressources non institutionnelles afin de développer des projets alternatifs à l'hébergement institutionnel ;
 - de statuer sur le type de ressources d'hébergement le mieux adapté à la clientèle adulte, à celle atteinte de déficits cognitifs légers et qui nécessitent une surveillance continue ;
 - développer des ressources d'hébergement adaptées aux besoins des personnes en perte d'autonomie présentant des limitations sensorielles (déficience auditive, visuelle, motrice).
- La qualité est un facteur essentiel dans les services de santé et les services sociaux. Elle doit être un objectif quotidien pour tous les acteurs qui interviennent auprès des personnes en perte d'autonomie et leurs proches. Pour ce faire il y aura lieu de :
 - définir, dans les CSSS et le CH, un processus de repérage des personnes à risque de perte d'autonomie ;
 - définir des standards de pratique lors d'épisodes de soins aigus (durée de séjour, réadaptation, médication) ;
 - diminuer l'utilisation des mesures de contrôle ;
 - mettre en place, dans tous les établissements, un programme d'appréciation de la qualité ;
 - mettre en place un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées ;
 - déposer un plan global d'intervention immobilière sur un horizon de cinq ans après avoir reçu les recommandations de l'Agence.

Les orientations ministérielles déposées en octobre 2003 « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » exigent que l'ensemble des CHSLD du Québec prennent résolument le virage « milieu de vie ». Il y aura donc lieu de poursuivre les travaux entrepris régionalement afin de mettre en place, dans chacun des milieux, une philosophie de services axée sur le respect des personnes et sur la mise en place d'une offre élargie de service, souple et adaptée à leurs besoins.



Des ententes devront aussi être prises avec les médecins des territoires afin d'offrir aux usagers hébergés des services médicaux répondant à leurs besoins et un service de garde médicale accessible en tout temps. Le travail en interdisciplinarité devra, là aussi, être favorisé et la mise à jour des connaissances du personnel infirmier devenir une préoccupation pour les CSSS. Il y aura également lieu de questionner le positionnement des CHSLD dans l'offre de service aux personnes en fin de vie de même que pour l'offre de soins posthospitaliers. Les approches actuelles de services dans les établissements à mission hospitalière devront tenir compte du vieillissement accéléré des populations et s'adapter aux profils de besoins de cette nouvelle clientèle.

Le recrutement de gériatres et une accessibilité accrue à des services spécialisés, la mise en place d'équipes de psychogériatrie ambulatoires et l'accessibilité pour les médecins omnipraticiens, à des services-conseils de la part de la 2^e ligne, pourraient s'avérer des alternatives intéressantes comme mécanismes de support aux milieux.

Objectifs et plans d'action

Aujourd'hui, les aînés souhaitent des services le plus possible à domicile et dans leur communauté. Ils veulent connaître clairement ce à quoi ils ont droit de même que leurs proches. Ils s'attendent à recevoir des services de qualité peu importe le milieu de prestation et le dispensateur de services. Répondre à ces attentes nécessitera des actions concertées d'un ensemble de partenaires, rôle confié au CSSS.

La nécessité de plus en plus grande de concerter l'intervention des différents distributeurs de services en provenance de différents secteurs d'activités (ressources privées, services municipaux...) nous porte à croire que, rapidement, des services d'organisation communautaire devront être rendus disponibles en support aux équipes d'intervention, et ce, afin de développer la nécessaire complémentarité qui permettra d'offrir aux PPALV des services diversifiés et adaptés à leurs besoins croissants.

Il va sans dire que la révision complète de l'offre de service est un projet à long terme et ne pourra se faire sur une seule année. Le but ultime recherché par l'élaboration des projets cliniques est de mettre en place, dans des délais raisonnables, des mesures qui permettront d'améliorer l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie, en agissant notamment sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

La mise en place des RLS ne pourra véritablement s'actualiser qu'à partir de la mise en place de nouveaux outils technologiques en support à la pratique professionnelle (OEMC, ISO-SMAF) et qu'avec le développement de systèmes d'information conviviaux et intégrés qui facilitent l'échange et le partage d'informations.


La diversification de l'offre de service, notamment par la mise en place des projets novateurs et le développement d'alternatives à l'hébergement lourd, le déploiement d'une approche « milieu de vie en CHSLD » et l'accessibilité à des services médicaux et à des services spécialisés par le biais d'équipes ambulatoires ou encore par un support offert par les équipes de 2^e ligne aux médecins de 1^e ligne, selon un protocole établi, apparaissent comme des priorités d'action dans la région. Ces mesures apparaissent au plan d'action, proposé par l'Agence aux CSSS, lequel plan d'action pourra être adapté en fonction des particularités propres de la clientèle de leur territoire respectif.

Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et la Politique de soutien à domicile* ont établi la gamme de services à mettre en place dans chaque territoire. Il appartient maintenant aux CSSS de compléter, si requis, cette gamme de services dans leur territoire et d'adapter l'offre en fonction des caractéristiques de leur population. Des réflexions devront être entreprises avec les différents partenaires sur l'utilisation actuelle et potentielle des autres programmes et mesures mises à la disposition de la clientèle âgée (crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée, pour l'hébergement d'un parent, prestation de compassion, programme d'adaptation domiciliaire, logements adaptés pour les aînés à faible revenu, place des habitations à loyer modique (HLM). D'autres mesures tels une allocation pour l'achat de services, l'accès au programme d'aides techniques et le déploiement de projets novateurs en matière d'hébergement font aussi partie des mécanismes qui permettront l'adaptation de l'offre de service aux aînés en perte d'autonomie et devront faire l'objet de discussions locales.

Les recommandations du comité d'experts cliniques

Les membres du comité d'experts cliniques, unanimement, retiennent les trois objectifs suivants :

- Assurer un meilleur accès aux services
 - Chaque CSSS devra définir, en fonction des particularités de son territoire, deux mesures structurantes ayant un impact direct sur l'accessibilité aux services. Ces mesures feront l'objet de reddition de comptes dans les ententes de gestion à intervenir avec l'Agence.

- 
- Améliorer la continuité des services
 - Chaque CSSS devra définir, en fonction des particularités de son territoire, deux mesures structurantes ayant un impact direct sur la continuité des services. Ces mesures feront l'objet de reddition de comptes dans les ententes de gestion à intervenir avec l'Agence.
 - Déployer l'approche milieu de vie en CHSLD
 - Chaque CSSS devra définir, en fonction des particularités de son territoire, deux mesures structurantes ayant un impact direct sur la continuité des services. Ces mesures feront l'objet de reddition de comptes dans les ententes de gestion à intervenir avec l'Agence.

Comité d'experts

ADRLSSSS-CA	M ^{me} Dyane Benoît M ^{me} Guylaine Morin M ^{me} Hélène Dallaire M. Pierre Carrier
CHA Hotel-Dieu de Lévis	M ^{me} France Collin M ^{me} Sylvie Goulet
CSSS Beauce	M ^{me} Carole Michaud M ^{me} Chantal Samson M. Jacques Bolduc
CSSS de Thetford	M. André Fugère M. Denis Marcotte M. François Chauvette
CSSS Etchemins	M. Gilles Lamontagne M ^{me} Maryse Giroux
CSSS Grand Littoral	M. Claude Soucy M ^{me} Danielle Brochu M ^{me} Isabelle Barrette
CSSS Montmagny-l'islet	M ^{me} Diane Boivin M ^{me} Ginette Bernier
Direction de santé publique	M ^{me} Louise Paré
<u>Chargée de projet :</u>	
ADRLSSSS-CA	M ^{me} France Boivin

...Bibliographie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*. 2004, 150 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. novembre 2004, 44 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. ET INSTITUT DE DÉVELOPPEMENT PAR LE CHANGEMENT ÉMERGENT (IDCE). *Illustration d'une diversité de conditions d'implantation d'un réseau de services intégrés (RSI) pour les personnes en perte d'autonomie (RSI-PPA) : de cinq expériences diversifiées à un référentiel régional pour la région de la Chaudière-Appalaches*. Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires (DOSAMU), juillet 2003, 50 p.

GESTION GEORGES LETARTE. *État de situation relatif à la dispensation des services aux personnes âgées par les CLSC-CHSLD de Chaudière-Appalaches*. Regroupement des CLSC/CHSLD de la région de la Chaudière-Appalaches. 2002, 14 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. février 2001, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 2004, 39 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2002, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. 27 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE/ILES-DE-LA-MADELEINE., *Politique régionale de soutien à domicile*. Direction de la planification et de la programmation. 2001, 93 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS. *Agir ensemble pour bien vieillir, Orientations en matière de services aux personnes âgées en perte d'autonomie en Outaouais*. Direction de la santé physique et de l'intégration sociale des personnes âgées. mai 2001, 93 p.