

PROJET



Clinique

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

PROJET



Clinique

Personnes  
en perte d'**AUTONOMIE**

liée au  
vieillessement

**GRILLE**  
de travail

PROJET




Clinique

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

GRILLE  
de travail

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 :  2-89548-266-7 (version imprimée)  
 2-89548-265-9 (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.*



## **Le contexte**

Le vieillissement démographique est confirmé par les statistiques et fait déjà partie de notre réalité. Il implique que l'on vit plus longtemps avec des incapacités puisqu'elles se manifestent plus fréquemment si l'on avance en âge. Cette situation fait en sorte que nous faisons face à un alourdissement progressif de la clientèle en perte d'autonomie, et ce, dans chaque secteur d'activité : privé, communautaire et public. Il est donc temps, que l'on fasse le point, que l'on se réajuste et que l'on adapte à la fois nos services, nos responsabilités et nos priorités. Les meilleures pratiques confirment que, quels que soient les besoins, l'intensification des services doit être privilégiée. De plus, après 65 ans, il n'est pas trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé et prévenir les problèmes de santé physique et psychosociale qui aboutissent à une perte d'autonomie.

Il n'y a pas que le vieillissement qui conditionne le changement, mais aussi toute la volonté, elle aussi grandissante, des personnes d'aujourd'hui et de leurs proches de demeurer à domicile et d'y mourir. La propension à recourir à un hébergement en milieu institutionnel n'est plus et ne doit plus être ce qu'elle a été. L'hébergement dans le réseau public, particulièrement en CHSLD, devient de plus en plus la dernière alternative. Cette nouvelle réalité commande le développement d'alternatives, tant au soutien à domicile qu'en milieu d'hébergement. Les « *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* » et les autres politiques qui en ont découlé confirment cette tendance. Ils constituent la toile de fond pour guider nos choix actuels d'organisation de services.

En ce qui concerne les services de soutien à domicile, il y a lieu de s'interroger :

- sur la clientèle-cible de nos interventions ;
- sur la nature des services de soutien à domicile à dispenser aux PPALV ;
- sur la répartition des services destinés aux autres clientèles.

Le développement de nouveaux modes de pratique et l'arrivée des nouvelles technologies permettent un soutien à domicile «plus spécialisé et intensif», mais obligent à une révision de l'offre de service. De plus, de nouveaux modes de collaboration et des arrimages plus spécifiques seront à définir et à développer entre tous les partenaires concernés. A l'intérieur de leurs champs de pratique respectifs, chacun des partenaires devra trouver son identité, ses forces et sa place, dans la perspective d'une approche harmonieuse et permettant de répondre aux besoins. L'harmonisation de l'offre de service dispensée par l'ensemble des acteurs aux diverses clientèles à desservir soulève la richesse du travail de partenariat, l'importance de la conscientisation d'une communauté aux choix qui s'imposent de même que l'émergence de l'entraide intra et intergénérationnelle.

### **Les particularités régionales**

- La transformation déjà entreprise des lits en CHSLD devra se poursuivre dans certains territoires en lien avec les orientations ministérielles qui vont davantage dans le sens d'une non-institutionnalisation.
- La répartition et la disponibilité de lits d'hébergement à l'intérieur de chacun des territoires des CSSS devront être prises en compte dans l'élaboration des projets cliniques locaux comme moyens visant à répondre aux besoins de la clientèle.
- L'impact du mode de budgétisation par programme-services exigera des efforts majeurs dans certains CSSS.
- Un modèle d'hébergement pour les clientèles atteintes de double problématique (déficience physique, santé mentale, déficience intellectuelle) est à définir.

# **Le portrait de la population**

## **Données relatives au vieillissement de la population**

- De 1986 à 2001, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté constamment, passant de 35 807 à 49 767 personnes dans la région de la Chaudière-Appalaches. Si, tel que projeté par l'Institut de la statistique du Québec, la tendance au vieillissement se maintient au cours des 20 prochaines années, la population de 65 ans et plus de la région devrait s'accroître de 97 %. Entre 1991 et 1996, la hausse du vieillissement a varié considérablement d'un territoire de CLSC à l'autre. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, quatre territoires de CLSC ont connu une augmentation plus forte que le taux régional qui se situe à + 11,1 % et ces territoires concentrent une part importante de la population de la région. Il s'agit des territoires suivants : (1) Chutes-de-la-Chaudière (+ 21,9 %), (2) L'Amiante (+ 14,7 %), (3) Beauce-Sartigan (+ 14,6 %) et enfin, (4) Desjardins (+ 13,7 %). ([www.stat.gouv.qc.ca/donstat/les régions/région 12/rec2r12.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/les_régions/région_12/rec2r12.htm))
- Trois territoires connaîtront une hausse de la population de 65 ans et plus supérieure à ce taux régional de 97 %, soit les territoires des Chutes-de-la-Chaudière (+ 261 %), de Beauce-Sartigan (+ 120 %) et de Nouvelle-Beauce (+ 100 %). Le territoire qui connaîtra la plus faible augmentation de sa population âgée de 65 ans et plus (Bellechasse), fera tout de même face à une hausse de 51 % de cette population. Sept territoires de MRC connaîtront une diminution de leur population totale. La plus forte diminution de population se fera sentir dans l'Amiante. Lotbinière maintiendra sa population. ([www.stat.gouv.qc.ca/donstat/les](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/les))
- 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. Pour les deux sexes confondus, l'espérance de vie a augmenté de 1,9 ans. (RRSSSS de Québec, 2002). L'espérance de vie en bonne santé a fait un gain de 0,5 ans pour l'ensemble du Québec, alors qu'elle a diminué de 0,6 ans en Chaudière-Appalaches de 1987 à 1998. La région figure parmi les six 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).

## **Données relatives à la pauvreté de la population âgée**

- La région de la Chaudière-Appalaches se distingue par un revenu personnel par habitant nettement inférieur à celui de l'ensemble du Québec, tout en comptant une proportion de population sous le seuil de faible revenu inférieure à celle du Québec. La région se situe au 10<sup>e</sup> rang au Québec ; l'accroissement du revenu personnel y a même été plus faible que dans le Bas-Saint-Laurent, la Côte-Nord et la Mauricie-Centre du Québec. La situation économique de Chaudière-Appalaches n'est pas sans avoir d'impact sur les personnes âgées. Si dans l'ensemble de la région, la situation est moins défavorable que dans l'ensemble du Québec, pour la population en général comme pour les personnes âgées, il n'en demeure pas moins que des inégalités importantes sont présentes dans le territoire. Les personnes âgées résidant dans les territoires de Desjardins et de Chutes-de-la-Chaudière connaissent en effet un taux de personnes âgées sous le seuil de faible revenu nettement plus élevé avec des taux respectifs de 36,0 % et de 29,2 %, comparativement au taux régional qui se situait, en 1991, à 22,6 %. Ce taux est également fortement supérieur à celui du Québec qui était, en 1991, de 28,6 %. Ces données se confirmaient pour l'année 1996. (Tremblay, Simon. RRSSS Chaudière-Appalaches, 2001. 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. En 1996, des 5 015 personnes de 65 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu dans Chaudière-Appalaches, 3 500 étaient des femmes.

## Données relatives à l'hébergement

- Selon le «Rapport de l'opération d'identification des besoins et des programmes offerts aux clientèles hébergées en CHSLD publics» (ACCQ, oct. 2003, p.21), la répartition de la clientèle selon les profils et diagnostics pour la région de la Chaudière-Appalaches s'établit comme suit : déficience physique (28,7 %) ; déficience intellectuelle (3,0 %), santé mentale incluant alcoolisme et toxicomanie (8,3 %), déficits cognitifs (44,9 %) et autres (15,1 %).
- La région de la Chaudière-Appalaches se rapproche de la moyenne provinciale (45,4 %) quant au taux d'hébergement de personnes atteintes de déficits cognitifs. Ces personnes sont âgées de 75 ans et plus dans une proportion de 87,6 %.
- Selon la même source (p.27), les «... responsables de soins (...) notent que la lourdeur de la tâche est associée en premier aux problèmes de gestion des comportements perturbateurs, à la prestation de soins complexes pour lesquels le personnel doit développer des savoir-faire et à la vigilance requise pour assurer à tous un milieu de vie de qualité en dépit des écarts intergénérationnels.
- Selon le Rapport du comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile (2000), en 10 ans, le taux d'hébergement au Québec serait passé de 7 à 4 %.

# **Le programme PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT**

## **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<sup>e</sup> 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 privés), 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 2004 – 2005 (ententes de gestion)**

---

- Rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile :
  - nombre de personnes desservies ;
  - nombre d'interventions à domicile par année par personne.
  
- 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 ;
  - nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels.

## L'organisation actuelle des services

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				

**ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE : Les activités et programmes présentés ici ciblent les clientèles dites à risque devant être réalisés par le PAR. Les activités s'adressant à la population en général seront inscrites dans le *programme santé publique*.**

### Promotion de la santé physique et psychosociale

Interventions sur les habitudes de vie	X	X	X	X		DSP	X	X			<p>L'adoption de saines habitudes de vie à l'égard du tabac, de l'alimentation et de l'activité physique permet de maintenir un bon état de santé et peut prévenir l'apparition ou l'aggravation de nombreuses maladies telles que les MCV (HTA, maladies cardiaques ischémiques, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque), cancer, MPOC, diabète, asthme, obésité et ostéoporose.</p> <p>Agir en amont de ces problèmes aura des répercussions positives sur la qualité de vie des aînés.</p> <p>Différents services de 1<sup>e</sup> ligne visant le tabac et l'activité physique sont disponibles pour les adultes et pour les aînés. Cependant, il serait souhaitable de développer une intervention intégrée adaptée pour les aînés, incluant l'alimentation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développer, idéalement, des interventions efficaces en tabagisme (prévention, cessation), en promotion de l'activité physique et une saine alimentation dans une approche adaptée aux personnes en perte d'autonomie dont les aînés.</li> </ul>
--	---	---	---	---	--	-----	---	---	--	--	--	--

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action				
	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires				CH			
Gamme de services			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne	Actualisées	À faire		
Interventions en santé psychosociale  Inclus : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ consommation abusive de psychotropes chez les aînés ;</li> <li>◦ santé mentale et prévention du suicide ;</li> <li>◦ toxicomanie et jeux pathologiques ;</li> <li>◦ abus, négligence chez les aînés.</li> </ul>	X	X	X	X		DSP	X	X			L'ampleur des problématiques psychosociales touchant les aînés de notre région (santé mentale, consommation de psychotropes et d'alcool, suicide, maltraitance, violence et jeu pathologique) nécessite des interventions de prévention auprès des aînés.  Le développement d'une approche intégrée, adaptée aux aînés, serait souhaitable afin d'améliorer leur bien-être.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Développer, idéalement, des interventions efficaces, adaptées aux PPALV, pour promouvoir la santé psychosociale ;</li> <li>◦ Soutenir les cliniciens et autres professionnels de la santé en matière de pratiques cliniques visant la consommation inappropriée de médicaments psychotropes.</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
<b>Prévention</b>												
Chutes chez les aînés	X	X	X	X		DSP	X	X			<p>Les chutes non intentionnelles figurent parmi les plus importantes causes d'hospitalisations et de décès par traumatismes chez les aînés.</p> <p>Les programmes de prévention des chutes, qui ont démontré une efficacité, privilégient une intervention multifactorielle ciblant ainsi plusieurs facteurs de risques. Ils sont intensifs et combinent des exercices afin d'améliorer ou de maintenir l'équilibre et la force musculaire, des séances d'éducation à la sécurité domiciliaire et aux comportements à risque et des interventions de réduction des risques personnels. Dans un continuum de services, l'intervention médicale préventive doit être intégrée tant au niveau de l'identification des personnes à risque que du counselling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Implanter un programme de prévention des chutes ayant démontré une efficacité chez les aînés vivant à domicile ou en milieu de vie substitut ;</li> <li>◦ Poursuivre l'identification des personnes à risque de chutes dans le cadre du maintien à domicile et en CHSLD et intervenir auprès de ces aînés.</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			
Immunisation des clientèles vulnérables	X	X	X	X		DSP	X	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir la vaccination contre la grippe et le pneumocoque chez les personnes âgées de 60 ans et plus, ainsi que toutes les personnes avec des maladies chroniques.</li> </ul>
Hypertension artérielle (HTA)		X	X	X		DSP	X	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre et améliorer la détection précoce de l'HTA et la prise en charge des personnes atteintes auprès des professionnels de 1<sup>e</sup> ligne (CSSS, GMF) ;</li> <li>Développer, idéalement, des interventions efficaces en tabagisme (prévention, cessation), en promotion de l'activité physique et une saine alimentation dans une approche adaptée aux PPALV.</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			

**ÉVALUATION-SOUTIEN-TRAITEMENT**

Accueil :	Org. comm.	MD	CSSS	Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne	Actualisées	À faire	Constats :	Pistes d'action
<ul style="list-style-type: none"> <li>o info ;</li> <li>o évaluation ;</li> <li>o orientation ;</li> <li>o référence.</li> </ul>	X	X	CSSS	X	X	X		X				<p><b>Constats :</b> De façon générale, c'est aux services généraux que sont dédiées les fonctions d'information, d'évaluation, d'orientation et de référence. Les hôpitaux, UCDG, URFI jouent également ce rôle pour la clientèle hospitalisée. Chez les médecins, ces fonctions ne sont pas formalisées dans notre réseau. Ces responsabilités sont laissées à l'initiative de chaque médecin. Il n'y a pas non plus d'arrimage formel établi avec les GMF et avec les services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne.</p> <p><b>Enjeux :</b> Le maillage et la responsabilité des divers partenaires n'étant pas formalisés ou efficaces dans tous les milieux, il y a des bris de continuité et de la duplication. La prévention est également difficile dans ce contexte. La notion de guichet unique n'est pas une pratique intégrée auprès des divers partenaires. Le travail en partenariat est à développer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Établir les critères d'admissibilité dans chacun des programmes ;</li> <li>o Consolider et spécialiser les services d'accueil ;</li> <li>o Identifier une porte d'entrée unique et un seul mécanisme d'admission pour les demandes de soutien à domicile et d'hébergement (évaluation multidisciplinaire, accessibilité à des services d'évaluation spécialisée de 2<sup>e</sup> ligne, adaptation des plages horaires) ;</li> <li>o Prévoir les trajectoires du cheminement d'une référence ;</li> <li>o Développer le rôle de dépistage auprès de divers partenaires, dans une perspective d'information, de référence et de prévention ;</li> <li>o Prévoir les ententes avec les médecins : cliniques privées et GMF ;</li> <li>o Établir des corridors de services et des protocoles entre les services de 1<sup>e</sup> ligne et l'UCDG, l'unité de médecine de jour et l'URFI ;</li> <li>o Prévoir un support d'expertise de 2<sup>e</sup> ligne auprès des MD de 1<sup>e</sup> ligne ;</li> <li>o Rendre accessibles en 1<sup>e</sup> ligne des services médicaux.</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
Intervention de crise												
<ul style="list-style-type: none"> <li>urgence/détresse ;</li> <li>hébergement ;</li> </ul>	X		CSSS									
<ul style="list-style-type: none"> <li>soutien téléphonique.</li> </ul>	X		CSSS	X (CHSLD)								
Info-Santé			CSSS									
Télé-surveillance			CSSS			TSSCA						
Aides techniques			CSSS			TSSCA						

**Urgence-Détresse :**  
Ce service est peu utilisé par la clientèle PPALV. Le service Urgence-Détresse semble peu adapté aux habitudes des PPALV et aux pratiques des intervenants.

**Hébergement de crise :**  
Les lits d'hébergement temporaire en CHSLD sont utilisés pour le dépannage.

**Soutien téléphonique :**  
Service existant, peu utilisé par les PPALV.

**Urgence-Détresse :**  
Réviser le mode de dispensation de ce service dans le cadre des travaux Info-Santé en ayant la préoccupation de l'adapter aux besoins des PPALV.

**Hébergement de crise :**  
Explorer d'autres alternatives que l'hébergement temporaire en CHSLD pour répondre à ce besoin (entente avec ressources privées, organismes communautaires, RI ou RTF).

**Soutien téléphonique :**  
Campagne de promotion par le SAD, les services généraux et MD.

**Info-Santé :**  
Service peu connu et peu utilisé par les PPALV.

**Enjeux :**  
Revoir l'utilisation de ce service en lien avec les RSI.

**Info-Santé :**

- Réviser le mode de dispensation de ce service en ayant la préoccupation de l'adapter aux besoins des PPALV ;
- Promouvoir l'utilisation de Info-Santé par les MD, équipes de soutien à domicile et services généraux.

**Aides techniques et télé-surveillance :**  
Les aides techniques sont accessibles dans certains CSSS seulement. TSSCA est un service régional

**Aides techniques et télésurveillance :**

- Favoriser une plus grande complémentarité avec les CSSS par des ententes formelles.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
											<p>suppléé pour les équipements non disponibles dans les CSSS ou pour les CSSS qui n'ont pas d'équipement.</p> <p><u>Enjeux :</u> Devrait-on confier à TSSCA l'ensemble des aides techniques disponibles dans les CSSS afin d'optimiser leur utilisation ? Le programme actuel pourra-t-il répondre compte tenu de l'importance de plus en plus grande des besoins ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statuer sur les rôles et mandat de TSSCA de même que sur ses modalités de financement ;</li> <li>Promouvoir l'utilisation de la télé-surveillance.</li> </ul>
Soins infirmiers			CSSS				X				<p><u>Services professionnels :</u> Les CSSS devront consolider les services professionnels offerts en services généraux. Compte tenu du vieillissement de la population et des besoins particuliers des PPALV, devrait-on prévoir la mise en place de cliniques spécialisées à leur intention ou un modèle d'organisation favorisant un accès rapide et simplifié à ces services en fonction de problématiques dominantes ? Quels rôles pourront être joués par les GMF? Chaque territoire devra se doter d'un service</p>	<p><u>Services professionnels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensifier et diversifier les services professionnels offerts en services généraux ;</li> <li>Favoriser l'implication des médecins afin d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux par des ententes formelles de services avec les MD travaillant en cabinets privés, les GMF ;</li> <li>Améliorer l'accessibilité aux services infirmiers courants par l'adaptation de l'offre en fonction des besoins spécifiques de la clientèle ;</li> <li>Intensifier les services de réadaptation disponibles en 1<sup>e</sup> ligne et dans les services</li> </ul>
Services médicaux		MD	CSSS				X	X				
Services psychosociaux			CSSS				X	X				
Serv. de réadaptation			CSSS	CSSS								
ergo			CSSS	CSSS			X	X				
physio							X	X				
Service de nutrition			CSSS	CSSS			CH					
Services pharmaceutiques												

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
											de garde tant médical qu'infirmier devant répondre aux besoins de toutes les PPALV incluant celles en soutien à domicile et en CHSLD. Des liens devront être faits avec les pharmacies communautaires afin de préciser leur apport à l'offre de service.	<ul style="list-style-type: none"> <li>généraux ;</li> <li>Évaluer les avantages de développer des cliniques spécifiques à l'intention des clientèles PPALV pour certaines problématiques particulières ;</li> <li>Consolider les services psychosociaux et si besoin, élargir les plages horaires pour en faciliter l'accès ;</li> <li>Établir un consensus sur la nature des services psychosociaux devant être disponibles en services généraux (curatelle ?) ;</li> <li>Là où le service est absent, développer des services de nutrition clinique en réponse aux besoins des PPALV ;</li> <li>Développer des liens de collaboration avec les pharmacies communautaires ;</li> <li>Définir les trajectoires de services et les liens de complémentarité entre la 1<sup>e</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne.</li> </ul>
Hébergement temporaire :											<p><u>Constats :</u> Les lits réservés à cette fin en CHSLD sont souvent utilisés pour des clientèles en attente d'hébergement, ce qui les rend peu accessibles à leurs fins propres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer la possibilité de développer ce type de ressource dans des milieux tels RTF, RI ou ressources privées pour la clientèle ne nécessitant pas une infrastructure lourde de services ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>répit/dépannage ;</li> <li>convalescence.</li> </ul>			CSSS		X							
			CSSS			X						

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
											<p>De plus, l'infrastructure CHSLD n'apparaît pas toujours nécessaire pour répondre aux besoins de la clientèle qui y est admise pour un séjour de convalescence (postcataracte, posthospitalisation sans traitement actif). La réduction des durées de séjour en milieu hospitalier après une chirurgie ou une réduction de fracture nécessite la mise en place de services de convalescence permettant d'offrir une réponse adéquate aux clientèles ne pouvant retourner à domicile parce que nécessitant des soins actifs ou étant incapables de prise en charge. Sans ces services, ces personnes engorgent les lits en CH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favoriser l'accueil d'une clientèle dont le niveau de besoins requiert les services CHSLD ;</li> <li>○ Réviser le cadre de référence du programme d'hébergement temporaire pour l'adapter aux nouvelles réalités ;</li> <li>○ Développer des modèles diversifiés et novateurs de répit, de convalescence et de dépannage, en lien avec les besoins spécifiques de la clientèle ;</li> <li>○ Prévoir des ententes avec le réseau privé et communautaire.</li> </ul>
Centre de jour				CSSS/ CHSLD							<p><u>Constats :</u> Plusieurs ressources professionnelles sont accessibles en centre de jour. Il convient de questionner l'optimisation de l'utilisation de ces ressources.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Revoir le cadre de référence du centre de jour afin d'optimiser l'utilisation des services de réadaptation qui y sont dispensés ;</li> <li>○ Réviser la clientèle-cible du centre de jour ;</li> <li>○ Assurer les liens avec les OC à la sortie du centre de jour.</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			
Soutien à domicile :				CSSS							<p><b>Constats :</b> Actuellement, les services de soutien à domicile répondent aussi aux besoins des clientèles en postchirurgie, convalescence et autres soins physiques pour une clientèle de courte durée. L'intégration massive de cette clientèle à l'offre de service, à la suite du virage ambulatoire, a eu pour effet de réduire l'intensité de l'offre faite aux PPALV. L'intensité des services devra être rehaussée, afin d'éviter le recours à l'hébergement. L'application de la politique de soutien à domicile vient préciser les balises d'application, mais elle ne pourra être réalisée sans des investissements majeurs. L'accès à des services adaptés, d'intensité importante, auprès de la clientèle en fin de vie autre que celle atteinte de cancer, présente encore des lacunes importantes qui obligent l'utilisateur à recourir à l'hospitalisation.</p> <p><u>Enjeux</u></p>
o serv. Médicaux ;		M D	X	CSSS							
o soins infirmiers ;				CSSS							
o services psychosociaux ;				CSSS							
o soins d'assistance ;				CSSS		X				X	
o service pharmaco ;				CSSS/ CHSLD		Phar mcom m.				X	
o service nutrition ;				CSSS		X	CH			X	
o service inhalo ;				CSSS			CH				
o serv. réad. (ergo-physio) ;				CSSS			CH				
o serv. pastorale ;				CSSS		X				X	
o serv. de garde méd. ;			CSSS								
o serv. de garde inf.				CSSS							

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
											<p>Recentrer les services sur les PPALV et augmenter l'intensité de façon à obtenir un impact sur le soutien à domicile.</p> <p>Prévoir un financement adapté aux besoins de consolidation des services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir l'offre de service en 1<sup>e</sup> ligne à la clientèle en fin de vie (pour autres raisons que le cancer) ;</li> <li>Développer et mettre en place une offre de service adaptée aux besoins des proches aidants en fonction d'un plan d'intervention spécifique et individualisé ;</li> <li>Rendre accessible au personnel concerné en 1<sup>e</sup> ligne la mise à jour nécessaire pour le maintien des compétences ;</li> <li>Revoir le programme de soins respiratoires afin de l'intégrer au continuum de services.</li> </ul>
Services intersectoriels :											Les interventions se font encore en « juxtaposition ».	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un comité de concertation et de coordination impliquant les propriétaires de résidences privées dans une optique de services intégrés, de complémentarité et de qualité de services ;</li> <li>Développer, en collaboration avec les municipalités, les partenaires intersectoriels et l'entreprise privée, des alternatives à l'hébergement institutionnel ;</li> <li>Favoriser l'implication des municipalités pour la</li> </ul>
▫ aide domestique ;	X					EES					La venue du partenariat public-privé sollicite des niveaux d'échanges et d'expertises avec lesquels le réseau de santé et services sociaux est moins familier (plusieurs expériences intéressantes et porteuses, notamment pour la popote, le transport accompagné, la pastorale).	
▫ popote ;	OC					X						
▫ transport/Acc. ;	OC					X						
▫ soutien civique ;	OC											
▫ loisir ;	X					X						
▫ pastorale.						X			X	X		

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			
											<p>La mise en place de traitements spécialisés pour la clientèle externe (dialyse, hyperbare) exerce une pression accrue sur les OC responsables d'assurer le transport de la clientèle de même que sur les CSSS. Des problèmes d'accès persistent face aux services offerts dans la communauté pour la clientèle démunie. Les EES couvrent une large part de l'offre de service disponibles pour les PPALV. Ces services se doivent d'être coordonnés et offerts en complémentarité avec ceux des établissements publics. Mis à part quelques projets pilotes, les besoins d'accompagnement spirituel demeurent peu répondus, et cela, tant en CHSLD qu'au SAD.</p> <p>conformité et le suivi de la sécurité dans les ressources privées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une connaissance mutuelle et approfondie de l'offre globale de service ;</li> <li>• Situer le rôle des partenaires communautaires et privés dans la gamme de services à offrir aux personnes vivant dans leur milieu de vie naturel ;</li> <li>• Impliquer les municipalités dans les projets alternatifs (surveillance à domicile, réseautage communautaire) de même que pour résoudre les problématiques reliées au transport ;</li> <li>• Développer une expertise quant à l'utilisation des programmes d'assurances privées, des modalités de crédits d'impôt pour supporter et rendre accessibles à la clientèle vulnérable les services dont elle a besoin ;</li> <li>• Développer des équipes d'animateurs de pastorale en collaboration avec les communautés locales afin de répondre aux besoins d'accompagnement des PPALV.</li> </ul>



Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
Hébergement en ressources privées				X		X					<p>Certaines ressources privées d'hébergement n'offrent pas les services adaptés aux besoins des clientèles et sont non accréditées.</p> <p>Avec le développement d'ententes de partenariat public-privé, on peut se questionner sur le droit au choix qu'auront les personnes qui n'ont pas la capacité financière d'aller en résidence privée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des mécanismes de liaison et de partenariat avec les ressources privées accréditées ;</li> <li>Prévoir des mesures incitatives pour que les propriétaires des résidences privées s'inscrivent à un programme de certification (mesures de soutien mutuel, association de propriétaires, offre de service du CLSC, etc.) ;</li> <li>Prévoir des modalités pour favoriser une équité dans l'accès aux projets d'hébergement alternatifs avec les résidences privées.</li> </ul>
Serv. en CHSLD publics :											<p><u>Constats :</u></p> <p>L'offre de service devra être consolidée et diversifiée dans plusieurs milieux CHSLD. La culture « organisation du travail » prévaut encore, dans plusieurs milieux, sur celle du « milieu de vie ». La clientèle-cible des CHSLD est à redéfinir. Un arrimage devra être fait avec les services de SAD et des partages de services et d'expertises expérimentés.</p>	
▫ serv. méd. ;		X	CSSS									
▫ soins inf. ;			CSSS									
▫ soins d'ass. ;			CSSS									
▫ serv. prof. (ergo-physio-TS-nutrition) ;			CSSS									
▫ pastorale ;			CSSS			X						
▫ pharmaco			CSSS			X					<ul style="list-style-type: none"> <li>Implanter les orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » (mesure de la satisfaction, interdisciplinarité et plan d'intervention, mesures de contrôle, etc.) ;</li> <li>Statuer sur l'offre de service en hébergement pour la clientèle présentant des comportements perturbateurs ;</li> <li>Développer des alternatives</li> </ul>	

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			
											<p>Il y aurait lieu de revoir l'offre de service de pharmaco afin de l'adapter aux besoins des PPALV. Les services de pastorale seront également à revoir à court terme.</p> <p>à l'hébergement en CHSLD pour les personnes ayant des déficits cognitifs sans troubles de comportements majeurs ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une présence et une implication médicale en fonction des besoins des usagers ;</li> <li>Mettre en place un système de garde médicale pour la clientèle hébergée ;</li> <li>Assurer des liens de complémentarité avec l'URFI et rendre ces services accessibles aux clientèles hébergées en CHSLD.</li> </ul>
Serv. en CHSLD privés conv. :											<p><u>Constats :</u> Certains CHSLD privés ne reçoivent pas la même clientèle que celle reconnue admissible en CHSLD (Desjardins et Amiante).</p> <p>L'offre de service est variable d'un milieu à l'autre et devra être consolidée et diversifiée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uniformiser les critères d'accès et le type de clientèle admise dans l'ensemble des CHSLD ;</li> <li>Consolider et diversifier l'offre.</li> </ul>
◦ serv. méd. ;			X	CHSLD							
◦ soins inf. ;				CHSLD							
◦ soins d'ass. ;				CHSLD							
◦ serv. prof. (ergo-physio-TS-nutrition) ;				CHSLD							
◦ pastorale ;				CHSLD							
◦ pharmaco.				CHSLD							
Hébergement multiproblématique				CSSS							<p><u>Constats :</u> Certaines clientèles ayant des problématiques particulières ne reçoivent pas les services adaptés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Développer des milieux de vie alternatifs et non institutionnels pour la clientèle des jeunes adultes, avec ou sans troubles du</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			
											<p>auxquels elles auraient droit dans l'offre actuelle de services. Notons à titre d'exemples : les jeunes adultes présentant des handicaps physiques, avec ou sans problèmes cognitifs et/ou de comportement et qui sont en nombre peu significatif par MRC, la clientèle ayant des troubles majeurs de comportement, la clientèle à déficits cognitifs légers ayant besoin d'accompagnement et de surveillance sans soins physiques, etc.</p> <p>comportement et cognitifs, le plus près possible du milieu et des gens qui leur sont significatifs. Ceci ne doit pas se faire au détriment d'une offre de service adaptée, et ce, tant dans l'intérêt des personnes elles-mêmes que de celui des autres résidents ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'ententes de partenariat entre le secteur public et les résidences privées d'hébergement ;</li> <li>• Prévoir des modalités pour favoriser une équité dans l'accès aux projets d'hébergement alternatifs avec les résidences privées.</li> </ul>

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne			
<b>SERVICES SPÉCIALISÉS</b>											
Hôpital de jour gériatrique								CH			<p>Il existe une équipe ambulatoire de gériatrie dans Montmagny-L'Islet qui compte également six lits pour la clientèle à comportements perturbateurs de ces territoires. Une équipe de psychogériatrie (HD Lévis) offre des services d'évaluation avec hébergement. Elle donne également du support aux <i>CHSLD</i> du territoire pour une clientèle problématique. Une équipe gériatrique au <i>CHBE</i> offre des services aux <i>PPALV</i>. Des services sont également offerts en cliniques externes. Le <i>CIRA</i> dans l'Amiante (Hôp. de jour) dispense des services de cliniques externes spécialisées. Il existe également une unité de gérontopsychiatrie avec hébergement. Un hôpital de jour est également opéré par le <i>CSSS Grand Littoral</i> (Paul Gilbert). Il offre des services d'évaluation et de réadaptation à une clientèle en perte d'autonomie pour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir l'engagement de gériatres et la formation d'omnipraticiens en gériatrie ;</li> <li>• Diminuer les délais de réponse en psychogériatrie ;</li> <li>• Harmoniser la nomenclature des services sur l'ensemble du territoire ;</li> <li>• Faire en sorte que les services de consultation et d'évaluation gériatrique se déplacent davantage dans les milieux (Littoral) ;</li> <li>• Faciliter l'accès aux omnipraticiens à des services de support professionnel de 2<sup>e</sup> ligne ;</li> <li>• Établir des trajectoires de services claires et bidirectionnelles ;</li> <li>• Développer des liens de complémentarité, entre autres dans le volet évaluation de la clientèle ;</li> <li>• Consolider l'unité de médecine de jour (Littoral et Beauce) et documenter sa localisation en 2e ligne ;</li> <li>• Développer une véritable approche gériatrique, et ce, dans tous les programmes</li> </ul>
UCDG								CH			
Clinique externe spécialisée								CH			
Unité de gérontopsychiatrie								CH			

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 <sup>e</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne				
											<p>l'ensemble du Littoral. Un certain dédoublement existe sur le Littoral compte tenu du manque de services médicaux aux PPALV en 1<sup>e</sup> ligne. Des personnes sont reçues à l'<i>UCDG</i> ou encore dans les cliniques externes spécialisées pour des services d'évaluation qui auraient pu être dispensés en 1<sup>e</sup> ligne. Des protocoles ou trajectoires de services définis favoriseraient une meilleure utilisation des ressources existantes. Les services offerts en médecine de jour sont à caractère médical. S'y ajoutent, au besoin, des services de pharmaco et de nutrition. Une approche interdisciplinaire serait à privilégier.</p> <p>L'unité de gérontopsychiatrie est un service de courte durée devant être intégré au <i>programme santé mentale</i>.</p>	<p>dispensant des services aux PPALV ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accorder au <i>CHBE</i> les services de support de la part de gériatres tel que prévu dans l'offre de service de 2<sup>e</sup> ligne dans la région ou lui permettre de recruter un gériatre ;</li> <li>• Supporter l'actualisation du « centre de services intégrés en gériatrie » dans le territoire de Beauce.</li> </ul>

## Références aux orientations ministérielles et régionales<sup>1</sup>

<b>ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES SUR LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE</b> (Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 2001)		
<b>ORIENTATION 1</b> <b>L'INTÉGRATION DES SERVICES</b>	<b>ORIENTATION 2</b> <b>L'ACCÈS À UNE GAMME DE SERVICES MIEUX ADAPTÉS À LA DIVERSIFICATION ET À LA COMPLEXITÉ DES PRATIQUES</b>	<b>ORIENTATION 3</b> <b>LA QUALITÉ ET L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES, DES INTERVENTIONS ET DES MILIEUX</b>
<p><b>VOLET ORGANISATIONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Guichet unique : un point d'entrée ;</li> <li>◦ Système d'évaluation unique ;</li> <li>◦ Systèmes de communication interactifs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ OEMC, 2001 ;</li> <li>◦ Référentiel régional sur la mise en place des principales composantes d'un RSI-PPA, 2003 ;</li> <li>◦ Trajectoires de communication avec les centres hospitaliers : Lévis, Montmagny et Saint-Georges.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>VOLET CLINIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Gestion par cas ;</li> <li>◦ Équipe locale de maintien à domicile ;</li> <li>◦ Médecins de famille :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Référentiel régional sur la mise en place des principales composantes d'un RSI-PPA, 2003 ;</li> <li>◦ Devenir un GMF, guide d'accompagnement, oct. 2003, MSSS.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>VOLET ADMINISTRATIF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Mécanisme de concertation ;</li> <li>◦ Budget PPALV ;</li> <li>◦ Responsable local de la gestion des ressources :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Référentiel régional sur la mise en place des principales composantes d'un RSI-PPA, 2003.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>GAMME DE SERVICES ADAPTÉS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Information, prévention, dépistage :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Programme national de santé publique, 2003-2012 ;</li> <li>◦ Plan d'action régional en Santé Publique 2004-2007, déc.2003.</li> </ul> </li> <li>◦ Aide à la personne ;</li> <li>◦ Aide aux proches ;</li> <li>◦ Services professionnels de base ;</li> <li>◦ Services spécialisés de gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation ;</li> <li>◦ Soins palliatifs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Chez-soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile, Février 2003 ;</li> <li>◦ Fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes : 27 expériences de répit, de formation et de soutien ;</li> <li>◦ OEMC, Formulaire proches aidants (à venir) ;</li> <li>◦ Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles, Octobre 2003 ;</li> <li>◦ Politique en soins palliatifs et fin de vie, Avril 2004.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>QUALITÉ DES PRATIQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Travail en équipe multidisciplinaire ;</li> <li>◦ Utilisation systématique des technologies ;</li> <li>◦ Guides de pratique ;</li> <li>◦ Instances externes ;</li> <li>◦ Démarches d'agrément :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles, Octobre 2003 ;</li> <li>◦ Visites d'appréciation de la qualité des services – Suivi des recommandations ;</li> <li>◦ Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques ;</li> <li>◦ Loi 113 – Prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux dans les établissements de santé.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ÉVOLUTION DES INTERVENTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Recherche ;</li> <li>◦ Développement professionnel continu :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Formation-réseau ;</li> <li>◦ Programme de formation continue ;</li> <li>◦ Formation en gestion de cas ;</li> <li>◦ Formation sur le travail en interdisciplinarité.</li> </ul> </li> </ul>

<sup>1</sup> Les références sont identifiées en italique.

**ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES SUR LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE**  
(Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 2001)

<p align="center"><b>ORIENTATION 1</b> <b>L'INTÉGRATION DES SERVICES</b></p>	<p align="center"><b>ORIENTATION 2</b> <b>L'ACCÈS À UNE GAMME DE SERVICES MIEUX ADAPTÉS À LA DIVERSIFICATION ET À LA COMPLEXITÉ DES PRATIQUES</b></p>	<p align="center"><b>ORIENTATION 3</b> <b>LA QUALITÉ ET L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES, DES INTERVENTIONS ET DES MILIEUX</b></p>
	<p><b>MODALITÉS D'ACCÈS AUX SERVICES SELON LES LIEUX DE PRESTATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Soins et services offerts en habitations collectives ;</li> <li>◦ Soins et services offerts en résidences privées :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Chez-soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile, Février 2003 ;</i></li> <li>◦ <i>Politique en soins palliatifs et fin de vie, Avril 2004.</i></li> </ul> </li> </ul> <p><b>CONDITIONS DE RECOURS AUX MILIEUX D'HÉBERGEMENT SUBSTITUTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Resserrement des critères d'admission en CHSLD publics et privés conventionnés ;</li> <li>◦ Modalités d'accès aux ressources non institutionnelles (RI-RTF) ;</li> <li>◦ Connaissance de services de longue durée accessibles dans les territoires locaux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Plan d'intervention ministériel immobilier en CHSLD ;</i></li> <li>◦ <i>Chez-soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile, Février 2003 ;</i></li> <li>◦ <i>Ententes de gestion – Volet Hébergement ;</i></li> <li>◦ <i>Document de référence Mécanisme d'accès en hébergement pour les personnes en perte d'autonomie. Déc. 2004 ;</i></li> <li>◦ <i>Modèle régional de développement des ressources intermédiaires ;</i></li> <li>◦ <i>Guide de pratique en ressource intermédiaire.</i></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>ÉVOLUTION DES MILIEUX SUBSTITUTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Augmentation du nombre de personnes âgées dont l'état de santé est très détérioré ;</li> <li>◦ Aménagement des milieux pour répondre aux besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles cognitifs et de troubles de comportements :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Plan d'intervention ministériel immobilier en CHSLD ;</i></li> <li>◦ <i>Visites d'appréciation de la qualité des services – Suivi des recommandations ;</i></li> <li>◦ <i>Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles, Octobre 2003.</i></li> </ul> </li> </ul> <p><b>APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Standards de qualité des services offerts en résidences privées ;</li> <li>◦ Programme de qualification des résidences privées ;</li> <li>◦ Appréciation des services offerts en CHSLD publics et privés conventionnés :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Visites d'appréciation de la qualité des services – Suivi des recommandations ;</i></li> <li>◦ <i>Visites d'appréciation de la qualité de vie des personnes hébergées en ressources non institutionnelles ;</i></li> <li>◦ <i>Programme de certification des résidences privées.</i></li> </ul> </li> </ul> <p><b>COMPLÉMENTARITÉ DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Développement de milieux alternatifs dans la communauté :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Dossier ministériel : Pour un nouveau partenariat au service des aînés (projets novateurs d'hébergement).</i></li> </ul> </li> </ul>