

Vision stratégique et plan de mise en oeuvre régional 2005-2010



**des services
aux personnes
âgées de
65 ans et plus**

Région des Laurentides

Vision stratégique
et plan de mise en oeuvre régional 2005-2010
des services aux personnes âgées de 65 ans et plus



Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides le 6 décembre 2005

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

ISBN : 978-2-89547-108-0
2-89547-108-8

Dépôt légal : 4e trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

Internet : <http://www.rrsss15.gouv.qc.ca>

Table des matières

1. CONTEXTE RÉGIONAL	5
1.1 LE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE CIBLÉE	7
1.1.1 Démographie.....	7
1.1.2 Les habitudes de vie et l'état de santé de la clientèle	10
1.2 LE PORTRAIT DE L'ORGANISATION DES SERVICES.....	12
1.2.1 Les services disponibles par territoire de CSSS.....	12
1.2.2 Hébergement permanent de type CHSLD (personnes de 65 ans et plus nécessitant plus de trois heures-soins)	14
1.2.3 Hébergement permanent en ressources alternatives - personnes de 65 ans et plus nécessitant moins de trois heures-soins, personnes de moins de 65 ans	16
1.2.4 Hébergement temporaire en ressources alternatives - personnes de 65 ans et plus en convalescence, en répit-dépannage, en évaluation-observation, en réadaptation ou en soins palliatifs	16
1.2.5 Unités de courte durée gériatriques	17
1.2.6 L'offre actuelle des services	18
1.2.7 Budget régional du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (2003- 2004)	20
1.3 LES PARTICULARITÉS RÉGIONALES	20
1.3.1 Santé publique	20
1.3.2 Sept réseaux locaux de services à configuration variable	20
1.3.3 Mécanismes d'accès à l'hébergement	21
1.3.4 Accessibilité aux services en langue anglaise.....	21
2. ENJEUX ET DÉFIS À RELEVER :	22
2.1 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES	22
2.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES.....	23
2.3 ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES ET DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS	24
3. PRIORITÉS ET STRATÉGIES D'ACTION	25
3.1 <i>Mettre en place des réseaux de services intégrés.....</i>	<i>25</i>
3.2 <i>Parachever la mise en place de la gamme complète de services.....</i>	<i>28</i>
3.3 <i>Assurer la qualité et la sécurité des services.....</i>	<i>38</i>
4. MODALITÉS DE RÉALISATION ET DE SUIVI DES ACTIONS ENVISAGÉES.....	41
4.1 <i>Mettre en place des réseaux de services intégrés.....</i>	<i>41</i>
4.2 <i>Parachever la mise en place de la gamme complète de</i>	<i>42</i>
4.3 <i>Assurer la qualité et la sécurité des services.....</i>	<i>44</i>
5. ESTIMATION DES IMPACTS DU PLAN	45
5.1 IMPACTS SUR LE SYSTÈME DE SERVICES	45
5.2 IMPACTS SUR LES RESSOURCES DU SYSTÈME	46
Annexe	48
Signification des acronymes	49

1. CONTEXTE RÉGIONAL

Préambule

L'amélioration de l'offre de services aux personnes âgées de 65 ans et plus a fait l'objet d'un souci constant de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et des établissements concernés de la région au cours des dernières années.

Dès 1999, l'Agence élaborait une programmation régionale en concertation avec les établissements concernés dans le cadre de ses travaux sur le réseau de services intégrés pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie. Cette programmation couvrait la gamme complète des services : services de soutien à domicile, services externes en centre de jour et hôpital de jour, services gériatriques en milieu hospitalier et services d'hébergement temporaire et permanent. Plusieurs éléments de cette programmation n'ont pu être implantés, faute de ressources humaines et financières suffisantes.

Au cours des dernières années, l'Agence a travaillé étroitement avec les centres hospitaliers pour s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie sont dépistées dès leur admission à l'urgence et prises en charge rapidement afin de favoriser un retour à domicile et prévenir le recours à l'hébergement.

L'Agence a également injecté régulièrement des sommes supplémentaires dans les services de soutien à domicile afin de favoriser le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel.

En 2004, l'Agence a élaboré un plan d'action régional concernant **l'amélioration des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)** et a soutenu chacun des CHSLD de la région dans l'élaboration de leur plan d'action local. Elle a de plus collaboré de plus aux visites ministérielles en CHSLD qui ont débuté en 2004 et qui se sont poursuivies en 2005.

L'Agence a continué ses efforts dans la mise sur pied de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel en suscitant l'élaboration de six projets novateurs dans le cadre du programme gouvernemental « Pour un nouveau partenariat au service des aînés ». Un seul projet a été retenu par le ministère et a permis la mise en place d'une ressource pour la clientèle de type Alzheimer dans le territoire d'Argenteuil.

En 2004, l'Agence a produit, de concert avec les établissements concernés, un **Document de soutien à l'élaboration du projet clinique et organisationnel pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement**. Elle a également effectué une tournée régionale des sept centres de santé et de services sociaux (CSSS) afin de s'assurer que leur projet clinique s'inscrit dans les grandes orientations ministérielles en ce qui touche l'intégration, l'accessibilité et la qualité des services aux personnes âgées.

Les CSSS sont donc en action afin de mettre en place les changements requis pour que l'offre de services corresponde aux besoins des personnes et de leurs proches et vise le maintien dans leur milieu de vie et l'utilisation efficace et efficiente des ressources. De plus, tous les CSSS ont réalisé ou réaliseront des consultations formelles auprès de la population de leur territoire concernant, notamment, l'organisation des services aux personnes âgées sur leur territoire respectif.

Les participants aux travaux réalisés en 2004 ont convenu que pour assurer une réelle continuité et coordination des services et éviter une approche « silo » par programme, il fallait élargir la notion de continuité. Celle-ci pourrait s'appliquer à six niveaux différents et vise la prestation continue et coordonnée de services :

- pour une même problématique, offrir toute la gamme de services : promotion, prévention, traitement, réadaptation;
- dans un même programme-service, consolider le réseau de services intégrés ;
- d'un programme à l'autre, assurer une continuité de services entre les différents réseaux de services intégrés;
- d'une profession à l'autre, développer l'*interdisciplinarité*;
- d'une installation à l'autre, définir des modalités de référence et de transfert personnalisés;
- d'un établissement à l'autre, développer des ententes inter-établissements pour des services supra-territoriaux, régionaux ou supra-régionaux.

Dans le cas des services aux personnes âgées, cette continuité et cette coordination s'exerceront entre :

- les différentes missions des CSSS : CLSC, CHSGS et CHSLD;
- les différents programmes concernant la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) : particulièrement ceux de Santé publique, Santé physique, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Santé mentale;
- les CSSS et les établissements à mission supra-territoriale ou régionale : centres de réadaptation, CSSS dont la mission CH couvre le territoire d'un CSSS sans CH, CSSS d'Antoine-Labelle (mission régionale pour la clientèle à profil gériatrique avec potentiel de violence), Résidence Lachute (mission régionale pour la clientèle anglophone);
- les différents professionnels et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal dans le cadre des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS);
- les différentes professions : médecins, infirmières, professionnels en réadaptation et en services sociaux, pharmaciens, autres professionnels, etc.
- les CSSS et les différents partenaires : organismes communautaires, résidences privées, cabinets privés, groupes de médecine de famille (GMF), pharmacies, municipalités, etc.

Le présent document présente donc les grandes lignes et les stratégies convenues avec les partenaires de la région visant à assurer l'intégration, l'accessibilité et la qualité des services aux personnes de 65 ans et plus. Il a été réalisé par un comité de travail de 13 personnes formé de représentants des sept CSSS, du CRDP Le Bouclier (centre de réadaptation en déficience physique) et de l'Agence.

Par ailleurs, il a fait l'objet de consultations et d'avis favorables de la part des instances suivantes :

- les CHSLD privés conventionnés et la Résidence Lachute;
- la Table régionale des aînés des Laurentides;
- les centres de bénévolat;
- les directeurs généraux des CSSS;
- les instances consultatives de l'Agence :
 - Commission médicale régionale;
 - Commission régionale des infirmiers et infirmières;
 - Commission régionale multidisciplinaire;
 - Comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise.

Il a été adopté à l'unanimité par le conseil d'administration de l'Agence à sa rencontre du 6 décembre 2005.

1.1 Le portrait de la clientèle ciblée

1.1.1 Démographie

Le tableau suivant illustre :

- le nombre de personnes par groupes d'âge dans l'ensemble de la région (2005 et 2010);
- le pourcentage de chaque groupe d'âge sur la population totale de la région (2005 et 2010);
- les taux d'accroissement pour la région et l'ensemble du Québec entre les années 2005 et 2010.

	Population	Population	% pop. totale	% pop. totale	Taux accroiss. Laurentides	Taux. accroiss. Québec
Gr.d'âge	2005	2010	2005	2010	2005-2010	2005-2010
0-64	446 800	462 038	88,3 %	86,4 %	3,4 %	0,2 %
65+	59 045	72 956	11,7 %	13,6 %	23,6 %	14,8 %
65-74	35 213	44 121	7,0 %	8,2 %	25,3 %	16,0 %
75-84	18 991	22 371	3,8 %	4,2 %	17,8 %	8,8 %
85+	4 841	6 464	1,0 %	1,2 %	33,5 %	28,7 %
Pop. totale	505 845	534 994	100,0 %	100,0 %	5,8 %	2,2 %

Les tableaux suivants illustrent les taux d'accroissement 2005-2010 par territoire de CSSS :

- pour les groupes d'âge 65 à 74 ans et 75 ans et plus
- pour les 65 ans et plus.

CSSS	65-74 ans			75 ans et plus		
	2005	2010	Taux accroiss.	2005	2010	Taux accroiss.
Lac-des-Deux-Montagnes	5 663	7 290	29 %	3 871	4 610	19 %
Thérèse-De Blainville	6 963	9 430	35 %	4 518	5 718	27 %
Antoine-Labelle	3 383	4 094	21 %	2 240	2 643	18 %
Saint-Jérôme	8 362	10 507	26 %	5 908	7 144	21 %
Pays-d'en-Haut	4 030	4 795	19 %	2 356	3 025	28 %
Des Sommets	4 034	4 814	19 %	2 671	3 155	18 %
Argenteuil	2 778	3 191	15 %	2 268	2 540	12 %
Région	35 213	44 121	25 %	23 832	28 835	21 %

65 ans et plus			
CSSS	2005	2010	Taux accroissement
Lac-des-Deux-Montagnes	9 534	11 900	25 %
Thérèse-De Blainville	11 481	15 148	32 %
Antoine-Labelle	5 623	6 737	20 %
Saint-Jérôme	14 270	17 651	24 %
Pays-d'en-Haut	6 386	7 820	22 %
Des Sommets	6 705	7 969	19 %
Argenteuil	5 046	5 731	14 %
Région	59 045	72 956	24 %

Les tableaux suivants illustrent pour les années 2005 et 2010 :

- le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans chaque territoire;
- le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus d'un territoire par rapport à sa population totale et par rapport à l'ensemble de la région.

CSSS	2 005	2010	2 005	2010
	65 ans +	65 ans +	Pop.totale	Pop.totale
Lac-des-Deux-Montagnes	9534	11900	100 879	105 764
Thérèse-De Blainville	11481	15148	143 232	151 897
Antoine-Labelle	5623	6737	34 756	35 634
Saint-Jérôme	14270	17651	121 980	129 911
Pays-d'en-Haut	6386	7820	34 303	37 510
Des Sommets	6705	7969	41 235	44 129
Argenteuil	5046	5731	29 460	30 149
Région	59045	72956	505 845	534 994

CSSS	2 005	2010	2 005	2010
	% 65+/pop	% 65+/pop	% 65+/région	% 65+/région
Lac-des-Deux-Montagnes	9,5 %	11,3 %	16,1 %	16,3 %
Thérèse-De Blainville	8,0 %	10,0 %	19,4 %	20,8 %
Antoine-Labelle	16,2 %	18,9 %	9,5 %	9,2 %
Saint-Jérôme	11,7 %	13,6 %	24,2 %	24,2 %
Pays-d'en-Haut	18,6 %	20,8 %	10,8 %	10,7 %
Des Sommets	16,3 %	18,1 %	11,4 %	10,9 %
Argenteuil	17,1 %	19,0 %	8,5 %	7,9 %
Région	11,7 %	13,6 %	100,0 %	100,0 %

Les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle

- Taux d'accroissement des 65 ans et plus nettement supérieur au taux d'accroissement des 0-64 ans et de la population totale;
- Taux d'accroissement des 85 ans et plus nettement supérieur au taux d'accroissement des 65-74 ans et des 75-84 ans;
- Taux d'accroissement des 65 ans et plus de la région des Laurentides nettement supérieur à celui de l'ensemble du Québec, en partie à cause de l'apport de la migration interrégionale (solde migratoire positif de 2,2 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus);
- Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale d'un territoire en progression dans tous les territoires de 2005 à 2010.

Nous constatons que les établissements de santé centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (mission CHSGS) de **Laval** et de **Montréal** attirent une proportion significative de la clientèle du sud de la région des Laurentides. Par ailleurs, nous constatons un **très fort déplacement des personnes vieillissantes** de Montréal vers la région des Laurentides. Les personnes de 65 ans et plus choisissent le milieu de vie des Laurentides pour prendre leur retraite; les promoteurs ont d'ailleurs réagi en développant des milieux de vie pour ces personnes qui requièrent ou requerront des services du réseau. Elles se rapprochent ainsi de leurs enfants qui ont fondé leur famille dans les villes du centre et du sud de la région, lesquelles ont connu la plus forte progression démographique des dernières années. Nous nous retrouvons ainsi devant une population où le poids des deux extrémités (jeunes et personnes âgées) se fait de plus en plus sentir.

De plus, un nombre significatif de personnes âgées choisissent de convertir leur résidence secondaire située dans les Laurentides en résidence principale lors de leur retraite, ce qui explique en partie le **solde migratoire positif de 2,2 %**.

Les taux d'accroissement élevés de la population des personnes âgées obligent les réseaux locaux à s'adapter rapidement à une demande accrue, surtout que le taux d'accroissement des **85 ans et plus**, qui connaît la plus forte hausse avec 33 % en 5 ans, est, de tous les groupes d'âges, celui qui est le plus susceptible d'avoir des effets sur la demande de services au réseau de santé.

Le tableau suivant illustre le **rapport de féminité** (nombre de femmes pour un homme) pour les personnes de 65 ans et plus par territoire (2005).

CSSS	Rapport de féminité
Lac-des-Deux-Montagnes	1,29
Thérèse-De Blainville	1,28
Antoine-Labelle	1,06
Saint-Jérôme	1,27
Pays-d'en-Haut	1,02
Des Sommets	1,1
Argenteuil	1,21
Total région	1,2
Province de Québec	1,38

Le tableau suivant illustre la proportion des hommes et des femmes de 65 ans et plus vivant dans les ménages privés qui déclarent avoir **besoin d'aide pour effectuer des activités de la vie quotidienne** (ex. : préparer les repas, faire les courses, effectuer les travaux ménagers, s'occuper de ses soins personnels, se déplacer, payer les factures).

	Hommes	Femmes	Total
Région des Laurentides	20 %	37 %	29 %
Province de Québec	26 %	47 %	38 %

Le tableau suivant illustre la proportion des personnes de 65 ans et plus **vivant seules** dans les ménages privés.

	1996	2001
Région des Laurentides	26 %	28 %
Province de Québec	30 %	31 %

La proportion des personnes prodiguant **sans rémunération des soins** à des personnes âgées est de 20 % dans la région des Laurentides. Parmi ces proches aidants, 80 % sont des femmes (conjointe, fille, voisine, amie).

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

Habitudes de vie et comportements préventifs

- Dans l'ensemble, les personnes âgées de la région des Laurentides ont des habitudes de vie qui se comparent à celles des personnes âgées de l'ensemble du Québec, à l'exception de l'usage du tabac plus répandu dans la région.

Quelques chiffres

Proportion de fumeurs chez la population âgée de 65 ans ou plus vivant en ménages privés — Laurentides (2003) : 15,6 %; Québec : 12,7 %

- Une bonne partie de la population âgée de 65 ans ou plus ne suit pas les recommandations ayant trait aux saines habitudes de vie. Ainsi, des progrès peuvent sans doute être accomplis, que ce soit en matière de lutte au tabagisme, d'activité physique, d'alimentation ou de couverture vaccinale contre l'influenza. À cet égard, si la couverture vaccinale en milieu ouvert chez les 60 ans est semblable dans les Laurentides à celle du Québec (2003-2004), il n'en est pas de même pour la couverture vaccinale en milieu fermé qui est de 72,8 % dans les Laurentides par rapport à 82,3 % pour le reste du Québec.
- À plusieurs égards, les femmes semblent plus enclines que les hommes à adopter les caractéristiques d'un mode de vie sain.

- La place croissante des médicaments dans le contrôle de multiples problèmes de santé nous rappelle l'importance de l'information diffusée à l'égard du bon usage des médicaments.

État de santé et principales causes de mortalité

- Dans les Laurentides, l'espérance de vie des personnes ayant atteint l'âge de 65 ans est inférieure de presque une année comparativement à l'ensemble du Québec, soit 17,4 ans pour la région, contre 18,3 ans pour le Québec. L'espérance de vie varie en fonction du sexe dans la région : elle est de 84 ans pour les femmes et de 81 ans pour les hommes.
- La majorité des personnes âgées ont une bonne santé.

Quelques chiffres

Proportion de la population âgée de 65 ans ou plus qui présente un bon état de santé fonctionnel (d'après l'indice de l'état de santé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2003) :

Laurentides : 80,3 %; (Québec : 74,1 %).

Hommes : 84 %, femmes : 77 %.

- Une proportion importante (87 %, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003) de personnes âgées vivant en ménage privé déclarent avoir à composer avec un ou plusieurs problèmes chroniques de santé. Les approches préventives ont un rôle à jouer pour contrôler la progression de ces maladies et de leurs symptômes.

Quelques chiffres

Pourcentage de la population de 65 ans ou plus ayant déclaré un problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé, région des Laurentides (ESCC, 2003)	%*
Arthrite ou rhumatisme	41,7
Hypertension	34,9
Maux de dos autres que reliés à la fibromyalgie ou à l'arthrite	18,9
Cataractes	15,9
Allergies autres qu'alimentaires	15,7
Maladie cardiaque	15,0
Diabète	14,6

* Ces proportions ne sont pas mutuellement exclusives (un même répondant peut déclarer plusieurs problèmes)

- Environ un quart des personnes âgées (22,2 % dans les Laurentides, selon l'ESCC 2003) vivant en ménage privé déclarent avoir des **troubles de cognition** à un niveau ou à un autre. Cette proportion augmente de façon significative avec l'âge.
- Les actions sur l'**environnement physique** (comme l'aménagement d'environnements plus sécuritaires et mieux adaptés aux personnes vieillissantes) et sur l'environnement social (actions visant à atténuer l'isolement, par exemple) présentent des pistes à ne pas négliger.

- Au chapitre des principales **causes d'hospitalisation** (incluant les chirurgies d'un jour), les maladies de l'œil et de ses annexes (principalement les cataractes) se démarquent chez les 65 à 84 ans. Les cinq autres principaux regroupements de causes d'hospitalisation, les cardiopathies, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies vasculaires cérébrales, les pneumonies et gripes, de même que les fractures d'un membre inférieur représentent toutes des causes dont le risque peut être diminué par des activités de prévention ou de protection (promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation, vaccination, programme de prévention des chutes, etc.).
- Près de 80 % des **décès** des personnes âgées de 65 ans ou plus se retrouvent dans les quatre grandes causes de décès que sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs malignes, de même que les accidents, traumatismes et empoisonnements.
- Si la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire augmente avec l'âge, celle qui découle d'une tumeur maligne frappe de façon plus importante les 65-74 ans.

1.2 Le portrait de l'organisation des services

1.2.1 Les services disponibles par territoire de CSSS

SERVICES	THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	SAINT-JÉRÔME	ARGENTEUIL
Services à domicile	CSSS de Thérèse-De Blainville	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	CSSS de Saint-Jérôme	CSSS d'Argenteuil
Services externes	CSSS de Thérèse-De Blainville	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	CSSS de Saint-Jérôme	CSSS d'Argenteuil
Clinique externe en gériatrie	NIL	NIL	NIL	NIL
Gériatrie de courte durée	NIL	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	CSSS de Saint-Jérôme	CSSS d'Argenteuil
Hébergement temporaire	CSSS de Thérèse-De Blainville	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes • CHSLD Deux-Montagnes • Ressources intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS de Saint-Jérôme • Villa Soleil - • Ressources intermédiaires 	CSSS d'Argenteuil – Ressources intermédiaires Jardins d'Audrey
Hébergement permanent	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS de Thérèse-De Blainville • Boisé Ste-Thérèse ** • Ress. intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes • CHSLD Deux-Montagnes * • Domaine des Trois-Pignons ** • Manoir d'Oka ** • Ressources intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS de Saint-Jérôme • Villa Soleil * • Ressources intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS d'Argenteuil • Résidence de Lachute • Ressources intermédiaires • Jardins d'Audrey
Transport, popote, visites d'amitié	Organismes communautaires	Organismes communautaires	Organismes communautaires	Organismes communautaires
Services d'entretien ménager	Entreprise d'économie sociale	Entreprise d'économie sociale	Entreprise d'économie sociale	NIL
Services médicaux	Cliniques médicales; GMF	Cliniques médicales	Cliniques médicales	Cliniques médicales
Soins palliatifs	CSSS de Thérèse-De Blainville	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes ▪ Sercan (maison de soins palliatifs) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CSSS de Saint-Jérôme ▪ Pallia-Vie (projet de maison de soins palliatifs) 	CSSS d'Argenteuil

SERVICES	THÉRÈSE-DE BLAINVILLE	LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	SAINT-JÉRÔME	ARGENTEUIL
Services pharmaceutiques	Pharmacies	Pharmacies	Pharmacies	Pharmacies
Services résidentiels privés	Résidences privées	Résidences privées	Résidences privées	Résidences privées

SERVICES	PAYS-D'EN-HAUT	DES SOMMETS	ANTOINE-LABELLE
Services à domicile	CSSS des Pays-d'en-Haut	CSSS des Sommets	CSSS d'Antoine-Labelle
Services externes	CSSS des Pays-d'en-Haut	CSSS des Sommets	CSSS d'Antoine-Labelle
Clinique externe en gériatrie	NIL	NIL	NIL
Gériatrie de courte durée	NIL	NIL	CSSS d'Antoine-Labelle
Hébergement temporaire	CSSS des Pays-d'en-Haut	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS des Sommets • Ressources intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS d'Antoine-Labelle • Ressources intermédiaires
Hébergement permanent	CSSS des Pays-d'en-Haut	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS des Sommets • Ressources intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • CSSS d'Antoine-Labelle • Ressources intermédiaires
Transport, popote, visites d'amitié	Organismes communautaires	Organismes communautaires	Organismes communautaires
Services d'entretien ménager	Entreprise d'économie sociale	Entreprise d'économie sociale	Entreprise d'économie sociale
Services médicaux	Cliniques médicales ***	Cliniques médicales; GMF (1)	Cliniques médicales; GMF (1)
Soins palliatifs	CSSS des Pays-d'en-Haut	CSSS des Sommets	CSSS d'Antoine-Labelle
Services pharmaceutiques	Pharmacies	Pharmacies	Pharmacies
Services résidentiels privés	Résidences privées	Résidences privées	Résidences privées

* CHSLD privé conventionné;

** CHSLD privé non conventionné;

*** Entente particulière entre le CSSS et une clinique médicale

1.2.2 Hébergement permanent de type CHSLD (personnes de 65 ans et plus nécessitant plus de trois heures-soins)

a) Listes et délais d'attente pour une place en CHSLD

Le tableau suivant illustre l'évolution grandissante du nombre de **personnes en attente d'hébergement** et des **délais d'attente** en mois pour une place en CHSLD au cours des trois dernières années.

CSSS	Nombre de personnes en attente				Délais d'attente en mois			
	2003-03-31	2004-03-31	2005-03-31	2005-11-21	2003-03-31	2004-03-31	2005-03-31	2005-11-21
Lac-des-Deux-Montagnes	9	12	15	28	7,7	3,8	5,3	6,2
Thérèse-de-Blainville	3	11	20	34	9,7	2,1	4,0	5,3
Antoine-Labelle	20	25	25	21	3,6	7,9	6,8	7,4
Saint-Jérôme	35	32	37	36	5,4	4,0	5,6	5,6
Pays-d'en-Haut	2	2	0	2	4,8	0,4	0,0	0,6
Des Sommets	12	9	5	12	2,2	2,4	3,7	3,7
Argenteuil	10	7	5	4	2,8	3,2	5,0	6,1
Hors-région	33	64	56	62	14,1	9,8	11,3	11,8
Total région	124	162	163	199	7,2	6,5	7,4	7,6

b) Répartition de la clientèle hébergée en CHSLD par catégorie d'heures-soins requises

Le tableau suivant illustre la répartition de la clientèle hébergée en CHSLD par **catégorie d'heures-soins requises** selon la dernière évaluation PLAISIR effectuée dans chacun des CHSLD. On note que 26,2 % de la clientèle nécessite 3,2 heures-soins et moins par jour.

Heures-soins par jour	1 à 1,7	1,7 à 2,4	2,4 à 3,2	3,2 à 3,9	3,9 à 4,7	4,7 à 6,2	6,2 et plus	Total
Total région	96	136	250	561	487	309	4	1843
Pourcentage	5,2 %	7,4 %	13,6 %	30,4 %	26,4 %	16,8 %	0,2 %	100,0 %

c) Répartition de la clientèle hébergée en CHSLD par catégorie d'âges

Le tableau suivant illustre la répartition de la clientèle hébergée en CHSLD par **catégorie d'âge** selon la dernière évaluation PLAISIR effectuée dans chacun des CHSLD.

	-30	30-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	Total	18-64	65+
Nb	4	33	73	141	97	170	277	346	365	246	91	1843	251	1592
%	0%	2 %	4 %	8 %	5 %	9 %	15 %	19 %	20 %	13 %	5 %	100 %	14 %	86 %

d) Écart à combler pour les places d'hébergement permanent

Le tableau suivant indique l'écart à combler en 2005 et en 2010 en ce qui concerne les places d'hébergement permanent de type CHSLD pour la clientèle nécessitant trois heures-soins et plus par jour :

- selon le **taux d'hébergement de 3,1 %** retenu par le ministère et appliqué à la population de 65 ans et plus (à noter que le taux de 3,1 % est retenu dans le présent plan d'action);
- selon les **taux d'hébergement par strates d'âge** élaborés par le ministère (mars 2001) (à noter que ces taux ne sont pas retenus dans le présent plan d'action car ils peuvent fluctuer dans le temps selon la date d'observation).

CSSS	Lits		selon 3,1 % (65 ans et plus)		
	2005*	2005	2010	2005	2010
Lac-des-Deux-Montagnes	377	81	8	30	-19
Thérèse-De Blainville	393	37	-77	-63	-144
Antoine-Labelle	220	46	11	-14	-44
Saint-Jérôme	479	37	-68	-6	-74
Pays-d'en-Haut	89	-109	-153	-165	-204
Des Sommets	212	4	-35	-83	-119
Argenteuil	181	25	3	-60	-81
Total région	1951	121	-311	-360	-685

- * • Les lits du Domaine des Trois-Pignons réservés pour le bassin sud (28 lits) sont comptabilisés à moitié dans le territoire du Lac-des-Deux-Montagnes, et à moitié dans le territoire de Thérèse-De Blainville.
- Les lits du Domaine des Trois-Pignons réservés pour le bassin de St-Jérôme (23 lits) sont comptabilisés dans le territoire de St-Jérôme.
- Les lits de la Résidence de Lachute occupés par une clientèle anglophone en provenance d'autres territoires (12/52 au 29-11-05) sont comptabilisés dans le territoire d'Argenteuil.
- Les lits régionaux du CSSS d'Antoine-Labelle pour une clientèle avec potentiel de violence physique (23 lits) sont comptabilisés dans le territoire d'Antoine-Labelle.

L'écart de places selon le taux de 3,1 % **tend à augmenter** avec les années et il se situerait à 864 places en 2015.

Cette projection sur l'écart à combler est faite sur la base hypothétique que tous les lits en CHSLD seraient occupés par des personnes de 65 ans et plus, ce qui n'est pas le cas. Dans les faits, en 2005, 251 lits (14 % des lits) étaient occupés par des **personnes de moins de 65 ans** présentant une lourde perte d'autonomie résultant d'une déficience physique, d'une maladie dégénérative ou de troubles cognitifs importants.

En matière d'hébergement, ce plan d'action pour les personnes âgées doit nécessairement être complété par des mesures visant le développement d'alternatives résidentielles pour les personnes de moins de 65 ans en perte d'autonomie.

1.2.3 Hébergement permanent en ressources alternatives - personnes de 65 ans et plus nécessitant moins de trois heures-soins, personnes de moins de 65 ans

Le tableau suivant indique l'écart à combler en 2005 et en 2010 en ce qui concerne les places d'hébergement permanent en ressource alternative pour une partie de la clientèle nécessitant moins de trois heures-soins par jour et une partie de la clientèle de moins de 65 ans, selon le taux d'hébergement de 0,52 % appliqué à la population de 65 ans et plus; ce taux a été retenu par l'Agence lors de la planification des places d'hébergement adoptée par le conseil d'administration de l'Agence en 2000 pour la période 2000-2006.

CSSS	Places 2005	Écart 2005	Écart 2010
Lac-des-Deux-Montagnes	42	-8	-20
Thérèse-De Blainville	37	-23	-42
Antoine-Labelle	56	27	21
Saint-Jérôme	61	-13	-31
Pays-d'en-Haut	0	-33	-41
des Sommets	11	-24	-30
Argenteuil	22	-4	-8
Total région	229	-78	-150

Il est à noter que l'écart de places selon le taux d'hébergement de 0,52 % tend à augmenter avec les années et qu'il se situerait à 243 places en 2015.

1.2.4 Hébergement temporaire en ressources alternatives - personnes de 65 ans et plus en convalescence, en répit-dépannage, en évaluation-observation, en réadaptation ou en soins palliatifs

Le tableau suivant indique l'écart à combler en 2005 et en 2010 en ce qui concerne les places d'hébergement temporaire en ressource alternative pour la clientèle nécessitant un hébergement temporaire aux fins de convalescence, de répit-dépannage, d'évaluation-observation, de réadaptation ou de soins palliatifs, selon le taux d'hébergement de 0,18 % appliqué à la population de 65 ans et plus; ce taux a été retenu par l'Agence lors de la planification des places d'hébergement adoptée par le conseil d'administration de l'Agence en 2000 pour la période 2000-2006.

CSSS	Lits 2005	Écart 2005	Écart 2010
Lac-des-Deux-Montagnes	8	-9	-13
Thérèse-De Blainville	8	-13	-19
Antoine-Labelle	3	-7	-9
Saint-Jérôme	5	-21	-27
Pays-d'en-Haut	2	-9	-12
Des Sommets	7	-5	-7
Argenteuil	2	-7	-8
Total région	35	-71	-96

Il est à noter que l'écart de places selon le taux d'hébergement de 0,18 % tend à augmenter avec les années et qu'il se situerait à 128 places en 2015.

1.2.5 Unités de courte durée gériatriques

Les deux tableaux suivants indiquent le **nombre de lits requis** dans les unités de courte durée gériatrique selon les deux normes régionales retenues, soit 1 lit par 1000 personnes âgées de 65 ans et plus et 2 lits par 1000 personnes âgées de 65 ans et plus pour les années 2005 et 2010.

CSSS	Nb 65 ans +	Équiv-lits	Équiv-lits	Lits	Écart 2005	Écart 2005
	proj. 2005	selon 1:1000	selon 2:1000	2005	selon 1:1000	selon 2:1000
Lac-des-Deux-Montagnes	9 534	10	19	10	0	-9
Thérèse-De Blainville	11 481	11	23	0	-11	-23
Antoine-Labelle	5 623	6	11	5	-1	-6
Saint-Jérôme	14 270	14	29	18	4	-11
Pays-d'en-Haut	6 386	6	13	0	-6	-13
Des Sommets	6 705	7	13	0	-7	-13
Argenteuil	5 046	5	10	2	-3	-8
Total région	59 045	59	118	35	-24	-83

CSSS	Nb 65 ans +	Équiv-lits	Équiv-lits	Lits	Écart 2010	Écart 2010
	proj. 2010	selon 1:1000	selon 2:1000	2005	selon 1:1000	selon 2:1000
Lac-des-Deux-Montagnes	11900	12	24	10	-2	-14
Thérèse-De Blainville	15148	15	30	0	-15	-30
Antoine-Labelle	6737	7	13	5	-2	-8
Saint-Jérôme	17651	18	35	18	0	-17
Pays-d'en-Haut	7820	8	16	0	-8	-16
Des Sommets	7969	8	16	0	-8	-16
Argenteuil	5731	6	11	2	-4	-9
Total région	72956	73	146	35	-38	-111

1.2.6 L'offre actuelle des services

Forces :

PROGRAMMATION

- a) programmation régionale des services aux personnes âgées - effectuée en 1999;
- b) document de soutien à l'élaboration du projet clinique et organisationnel pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement - réalisé en 2004;

PRÉVENTION PROMOTION

- c) programme de prévention des chutes chez les personnes âgées - en implantation;
- d) programme de vaccination contre l'influenza et les infections à pneumocoque - en place;

SERVICES POUR LE MAINTIEN EN MILIEU DE VIE

- e) services de soutien à domicile - en place dans chacun des territoires (à consolider);
- f) services externes (centre de jour ou hôpital de jour) déjà en place dans chacun des territoires (à consolider);
- g) services d'hébergement temporaire - en place dans chacun des territoires (à consolider);
- h) processus de dépistage à l'urgence des clientèles en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie - en place dans certains centres hospitaliers;
- i) services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle ou auditive - en place au CR Le Bouclier;
- j) services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) - offerts à l'interne et à l'externe dans 5 établissements desservant les 7 territoires locaux;

MILIEU D'HÉBERGEMENT

- k) certaines installations d'hébergement en CHSLD sont fonctionnelles et sécuritaires;
- l) services d'hébergement temporaire et permanent - en place dans chacun des territoires (à consolider);
- m) unité spécifique d'hébergement de 23 lits à Rivière-Rouge pour la clientèle ayant un potentiel de violence physique;

MÉCANISMES DE COORDINATION

- n) outil unique d'évaluation des besoins (outil multIClientèle) - implanté;
- o) mécanismes de concertation locale – implantés dans certains territoires;
- p) processus de gestion de cas sont - en place dans certains territoires (à consolider);
- q) pratiques interdisciplinaires - implantées dans chacun des territoires (à consolider);
- r) plans d'intervention disciplinaires (PID) et interdisciplinaires (PII) - implantés (à consolider);
- s) mécanismes de liaison entre le milieu hospitalier et services de soutien à domicile - en place dans chacun des territoires (à consolider);
- t) mécanismes d'accès à l'hébergement - décentralisés dans cinq territoires locaux depuis 1997 (Guide de gestion en révision);

QUALITÉ

- u) cadre de référence sur les clientèles hébergées en résidences privées - en place dans la région depuis 1998 (révisé en 2004);
- v) programme de qualification des résidences privées (Programme des Roses d'Or) - en place dans la région depuis 2002 (60 résidences sur 150);
- w) programme de certification obligatoire pour les résidences privées pour personnes âgées - sera mis en place suite à l'adoption du projet de loi 83 en novembre 2005.

Faiblesses :

FINANCEMENT

- a) pour l'année 2004-2005, le ministère a évalué à 9,12 M\$ l'écart négatif du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement;

PRÉVENTION PROMOTION

- b) insuffisance des activités de prévention, de promotion et de dépistage;

SERVICES POUR LE MAINTIEN EN MILIEU DE VIE

- c) insuffisance des services de soutien à domicile: listes d'attente, faible intensité de services;
- d) insuffisance des services externes en centre de jour et en hôpital de jour; manque de ressources financières pour offrir la récupération et le maintien des capacités fonctionnelles dans chacun des territoires locaux;
- e) insuffisance des services gériatriques en milieu hospitalier : absence de dépistage à l'urgence et sur les unités dans certains CHSGS, absence de prise en charge rapide en vue d'un retour à domicile, absence de gériatres et de psychogériatres, insuffisance de personnel dans les équipes multidisciplinaires;

HÉBERGEMENT

- f) manque prévu, en 2010, de 311 places en hébergement permanent de type CHSLD (selon un taux provincial de 3,1 %) avec comme impacts : listes d'attente, occupation de lits de courte durée par des personnes en attente d'hébergement, taux d'hébergement inférieur à la moyenne québécoise (3,5 % en 2002-03);
- g) manque prévu, en 2010, de l'équivalent de 150 places d'hébergement permanent en ressource alternative (selon un taux régional de 0,52 %) pour les personnes âgées en perte d'autonomie ayant besoin de moins de trois heures-soins par jour et nécessitant un séjour permanent dans un milieu substitut au domicile naturel;
- h) manque prévu, en 2010, de l'équivalent de 96 places d'hébergement temporaire en ressource alternative (selon un taux de 0,18 %) pour les personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un hébergement temporaire dans un milieu substitut aux fins de répit, de dépannage, de convalescence, d'évaluation-observation, de réadaptation ou de soins palliatifs;
- i) manque de ressources alternatives pour les personnes de moins de 65 ans ayant une déficience physique et qui sont présentement hébergées en CHSLD (251 personnes hébergées en CHSLD ont moins de 65 ans, soit 14 % de la clientèle totale);
- j) insuffisance des ressources humaines pour atteindre la cible ministérielle 2010 pour les soins infirmiers et d'assistance et les autres services professionnels en CHSLD;
- k) lacunes du point de vue matériel : immeubles non fonctionnels et non sécuritaires dans certains CHSLD, chambres de trois places et plus;
- l) insuffisance de ressources financières pour les services administratifs et les services de soutien en CHSLD.

MÉCANISMES DE COORDINATION

- m) guichet unique non implanté;
- n) faible utilisation des plans de services individualisés (PSI) inter-établissements;
- o) gestion de cas peu implantée;
- p) dossier clinique informatisé non implanté;
- q) liaison entre les CSSS et les cliniques médicales privées peu articulée;

- r) absence de mécanisme de concertation locale entre les CSSS et les partenaires dans plusieurs territoires;

QUALITÉ

- s) la majorité des résidences privées non accréditées par le programme des Roses d'Or (90 sur 150);
- t) programme de certification des résidences privées à mettre en place sans l'assurance des ressources requises pour ce faire.

1.2.7 Budget régional du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (2003-2004)

Le tableau suivant illustre la **répartition des dépenses** de la région des Laurentides pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement selon le contour financier du ministère pour l'année financière 2003-2004.

	Services à domicile	Services externes	Ressources intermédiaires	Organismes communautaires	CHSLD	Total
Dépenses 2003-2004	8 084 880 \$	2 052 539 \$	4 686 695 \$	1 138 996 \$	71 340 052 \$	87 303 162 \$
	9,3 %	2,4 %	5,4 %	1,3 %	81,7 %	100 %

Il est à noter que la dépense autorisée par le MSSS dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement s'élève à 102 millions \$ en 2005-2006.

Nous constatons que les dépenses du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement sont très majoritairement en hébergement de type CHSLD. Nonobstant la reconnaissance des besoins de la clientèle hébergée en CHSLD, nous constatons que d'importants investissements devront être consacrés aux mesures qui favorisent le maintien dans le milieu de vie naturel des personnes, et ce, afin de respecter leur souhait de demeurer dans leur domicile.

1.3 Les particularités régionales

1.3.1 Santé publique

Dans la région des Laurentides, les établissements, de concert avec la Direction régionale de santé publique, ont convenu de ne pas situer les activités de promotion, de prévention et de dépistage de la santé publique dans une direction ou un programme distinct, mais bien de les intégrer dans les différents programmes-services. À cet égard, le présent plan d'action indique les activités de promotion, de prévention et de dépistage du programme de santé publique comme étant intégrées dans le continuum de services du programme PALV.

1.3.2 Sept réseaux locaux de services à configuration variable

La région est couverte par sept CSSS qui ont chacun une responsabilité quant à l'organisation des services aux personnes âgées sur leur territoire respectif. Deux des sept CSSS n'ont pas la mission de centre hospitalier : le CSSS de Thérèse-De Blainville et le CSSS des Pays-d'en-Haut. Ces deux CSSS devront assurer une intégration des services aux personnes âgées de leur territoire en complémentarité avec les CSSS limitrophes ayant la mission de centre hospitalier.

1.3.3 Mécanismes d'accès à l'hébergement

Les mécanismes d'accès à l'hébergement sont décentralisés depuis 1997 dans cinq CSSS (CLSC). Deux des cinq mécanismes d'accès gèrent l'accès à l'hébergement pour deux réseaux locaux de services : CSSS Thérèse-De Blainville (territoires Thérèse-De Blainville et Lac-des-Deux-Montagnes) et CSSS des Sommets (territoires Des Sommets et Pays-d'en-Haut).

1.3.4 Accessibilité aux services en langue anglaise

Notre région compte près de 4 000 personnes de 65 ans et plus dont la langue maternelle est l'anglais. Plusieurs personnes âgées anglophones de la région sont unilingues et elles sont souvent pauvres et isolées socialement et géographiquement.

Nombre de personnes âgées de la région des Laurentides, dont la langue maternelle est l'anglais

CSSS	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +
Lac-des-Deux-Montagnes	605	280	255	70
Thérèse-De Blainville	510	250	210	45
Antoine-Labelle	95	40	35	20
Saint-Jérôme	305	195	90	20
Pays-d'en-Haut	680	365	240	70
des Sommets	635	360	250	30
Argenteuil	1150	685	355	115
Région	3980	2175	1435	370

Source de données : Recensement Canadien 2001, Statistiques Canada

Le **programme d'accès** aux services en langue anglaise, adopté par l'Agence en 1999 et qui doit être révisé en 2006, précise les établissements et les services qui doivent être rendus accessibles à la population anglophone de la région.

Un établissement est **désigné** comme devant offrir l'ensemble de ses services en langue anglaise : La Résidence de Lachute.

Huit autres établissements sont **indiqués** comme devant offrir certains services en langue anglaise :

- CSSS de Thérèse-De Blainville,
- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes,
- CSSS d'Argenteuil,
- CSSS de Saint-Jérôme,
- CSSS des Pays-d'en-Haut,
- CSSS des Sommets,
- Centre jeunesse des Laurentides,
- CHSLD Deux-Montagnes.

2. ENJEUX ET DÉFIS À RELEVER :

L'offre de services pour les personnes âgées de 65 ans et plus regroupe un ensemble de services issus de plusieurs programmes-clientèles. Or cette offre de services est incomplète en raison de la pauvreté de la région des Laurentides, qui est reconnue dans plusieurs programmes-services selon la méthode d'allocation budgétaire du ministère.

Afin de compléter cette offre de services, un exercice structuré, réalisé de concert avec les établissements concernés, a permis d'établir un ordre de priorité dans les diverses mesures à inscrire dans le présent plan et une certaine gradation dans les différentes activités à réaliser.

Ainsi, l'accent sera mis sur une meilleure intégration et continuité de services, afin d'assurer à la personne âgée une réponse adaptée à ses besoins. Plusieurs mesures d'intégration pourront être réalisées en réorganisant nos façons de faire, sans injections budgétaires supplémentaires. Par ailleurs, certaines mesures nécessiteront des investissements importants.

De même, en ce qui a trait à l'accessibilité à la gamme de services, la priorité sera accordée aux mesures visant à soutenir la personne âgée dans son milieu de vie naturel et ce, nonobstant le manque important de places d'hébergement en CHSLD dans notre région. De plus, lorsque le maintien à domicile d'une personne âgée ne sera plus possible malgré le support de son entourage, le recours à des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel sera privilégié.

Enfin, un effort important sera fait afin d'améliorer la qualité et la sécurité des services et des milieux de vie grâce à diverses mesures tant dans le milieu de vie naturel qu'en institution.

Afin de répondre aux orientations ministérielles, les objectifs et priorités régionales convenus avec les établissements lors des travaux antérieurs ont été repris selon les trois principaux enjeux définis par le ministère:

2.1 Parachever la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

Parachever la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées		
Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
L'intégration des services suppose l'adoption d'une perspective unifiée d'organisation de services. Elle s'appuie sur la collaboration entre les intervenants, les gestionnaires, les personnes âgées et leurs proches, ce qui se traduit concrètement par une façon différente de gérer les ressources et l'intervention clinique. Cette intégration favorise donc les liens entre les intervenants d'un même établissement et aussi avec les intervenants des autres établissements ou organismes (ex. : centres de réadaptation, cliniques médicales, organismes communautaires). Cette intégration s'exerce dans les trois composantes suivantes.		

¹ **A** : disponibilité, **B** : accessibilité, **C** : continuité, **D** : qualité des services

² **1**: incontournable; **2** : très important; **3** : important

Parachever la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées		
Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
a) La composante organisationnelle comprend : <ul style="list-style-type: none"> le guichet unique; le système d'évaluation des besoins; le dossier client unique; les mécanismes de liaison et de référence; le mécanisme d'accès à l'hébergement. 	B-C	1 1 2 1 2
b) La composante clinique comprend : <ul style="list-style-type: none"> le système de gestion de cas; le plan d'intervention; l'équipe d'intervention intégrée; les liens entre les médecins de famille et le réseau public. 	C	1 1 1 1
c) La composante administrative comprend : <ul style="list-style-type: none"> les mécanismes de concertation locale; l'autorité unique dans la gestion du continuum de services. 	A-B-C	2 1

2.2 Parachever la mise en place de la gamme complète de services pour les personnes âgées

Parachever la mise en place de la gamme complète de services pour les personnes âgées		
Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
La consolidation de la gamme de services vise surtout à accentuer le virage vers le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel et le maintien de leur autonomie fonctionnelle dans le but de prévenir ou de retarder le recours à l'hébergement institutionnel; cette consolidation s'exerce dans les huit activités prioritaires suivantes.	A-B	
a) accentuer les activités de promotion, de prévention et de dépistage ;		1
b) accentuer le virage vers le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel par l'accroissement des services professionnels, d'aide et de répit aux personnes et à leurs proches aidants;		1
c) améliorer l'accès aux services d'urgence et éviter l'utilisation de l'urgence pour les cas non urgents; assurer le dépistage à l'urgence des personnes en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie;		1
d) améliorer l'accès aux services médicaux : médecins de famille, cliniques médicales sans rendez-vous, GMF et cliniques-réseau;		1
e) accentuer les services de réadaptation en interne, en externe et à domicile visant la récupération et le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées, suite à une maladie ou à un traumatisme;		1

¹ **A** : disponibilité, **B** : accessibilité, **C** : continuité, **D** : qualité des services

² **1**: incontournable; **2** : très important; **3** : important

Parachever la mise en place de la gamme complète de services pour les personnes âgées		
Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
f) développer des ressources alternatives par des ententes entre les CSSS et des partenaires locaux (ex. résidences privées, HLM) pour les personnes nécessitant moins de trois heures-soins par jour qui ne peuvent demeurer dans leur domicile naturel malgré le soutien de leur entourage ainsi que pour les personnes nécessitant un hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence, observation, réadaptation, soins palliatifs);		2
g) développer des nouvelles places d' hébergement de type CHSLD pour répondre aux besoins des personnes qui requièrent plus de 3 heures-soins par jour et qui ne peuvent demeurer dans leur domicile naturel malgré le soutien de leur entourage;		2
h) développer des ressources alternatives pour des personnes de moins de 65 ans qui sont présentement hébergées en CHSLD et qui pourraient bénéficier d'un milieu mieux adapté à leurs besoins.		2

2.3 Assurer la qualité et la sécurité des services et des milieux de vie et de soins

Assurer la qualité et la sécurité des services et des milieux de vie et de soins		
Description	Type d'enjeu ¹	Niveau de priorité ²
La qualité et la sécurité sont des valeurs constantes qui concernent autant les pratiques et les interventions que les milieux dans lesquels vivent les personnes. Cette priorité s'exerce dans les sept activités suivantes.	D	
a) agrément des établissements publics et privés conventionnés;		1
b) amélioration du milieu de vie en CHSLD et en ressource intermédiaire, incluant les visites d'appréciation;		1
c) contrôle de la qualité du milieu de vie et des services en résidences privées pour personnes âgées;		1
d) réception et traitement des plaintes des usagers des établissements;		1
e) application de la Loi sur la prestation sécuritaire des soins et des services;		1
f) contrôle de la qualité des services dispensés à domicile par les entreprises d'économie sociale et les travailleurs autonomes;		2
g) monitoring des services aux personnes âgées.		2

¹ **A** : disponibilité, **B** : accessibilité, **C** : continuité, **D** : qualité des services

² **1**: incontournable; **2** : très important; **3** : important

3. PRIORITÉS ET STRATÉGIES D'ACTION

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.1 METTRE EN PLACE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS DANS LES SEPT TERRITOIRES DE CSSS			
3.1.1 Guichet unique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guichet unique aucunement implanté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guichet unique implanté dans tous les CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation du travail; ▪ information à la population et aux partenaires.
3.1.2 Système d'évaluation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outil unique d'évaluation des besoins déjà implanté, mais non informatisé : <i>Outil d'évaluation multiclientèle</i>; ▪ profils-types ISO-SMAF non implantés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation systématique des profils ISO-SMAF pour les services de soutien à domicile, l'orientation des usagers et les services en hébergement; ▪ <i>Outil d'évaluation multiclientèle</i> et profils ISO-SMAF informatisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatisation de l'<i>Outil d'évaluation multiclientèle</i> (décision ministérielle); ▪ décision ministérielle de déployer et d'informatiser les profils ISO-SMAF; ▪ décision de l'Agence et des CSSS sur l'utilisation des profils ISO-SMAF; ▪ formation des gestionnaires et du personnel.
3.1.3 Dossier unique client	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier clinique informatisé non implanté; ▪ dossier unique client non implanté. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatisation du dossier clinique dans tous les CSSS; ▪ implantation du dossier unique client dans tous les CSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décision ministérielle; ▪ investissements dans la mise en place du dossier client.
3.1.4 Liaison et référence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En place à l'interne des CSSS; ▪ à améliorer entre les CSSS et les autres partenaires (ex. CR, cliniques médicales, organismes communautaires). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mécanismes de liaison et de référence en place entre les CSSS et les autres partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'un outil régional de liaison et de référence standardisé.
3.1.5 Accès hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon les programmes CTMSP, les critères d'admission en CHSLD se situent entre les programmes 17 et 37 pour l'équivalent de 1,3 heures-soins et plus; ▪ de façon globale, les heures-soins requises en CHSLD selon l'évaluation PLAISIR, se situent en moyenne à 4 heures-soins par jour; ▪ dans les faits, environ 20 % de nos clients en CHSLD nécessitent moins de 3 heures-soins par jour. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La grande majorité des clients hébergés en CHSLD nécessitent 3 heures-soins et plus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision du Guide de gestion du mécanisme d'accès afin de situer à 3 heures-soins le seuil minimum d'accès en CHSLD. <p><i>Note : nuances à faire concernant la clientèle atteinte de troubles cognitifs et dont les besoins sont sous-estimés en terme d'heures-soins requises.</i></p>

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.1 METTRE EN PLACE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS DANS LES SEPT TERRITOIRES DE CSSS			
3.1.6 Gestion de cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestion de cas est peu implantée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonction de gestionnaire de cas implantés dans tous les CSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des gestionnaires de cas à partir de contenus standardisés; ▪ investissements majeurs (\$) dans la fonction de gestionnaire de cas.
3.1.7 Plan d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'intervention disciplinaire (PID) et interdisciplinaire (PII) en place; ▪ plan de services individualisés (PSI) peu utilisé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'intervention en place pour chaque client qui en a besoin et révision périodique (PID, PII ou PSI selon le cas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation sur les plans d'intervention (PID, PII et PSI).
3.1.8 Équipe intégrée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe d'intervention peu intégrée entre les trois missions CLSC-CHSGS-CHSLD dans certains CSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les nouveaux plans d'organisation des CSSS permettront une meilleure intégration entre les trois missions CLSC-CHSGS-CHSLD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation du travail permettant l'intégration; ▪ liaison et intégration des interventions entre les CSSS sans mission hospitalière et un autre CSSS et ce, par entente de services.
3.1.9 Médecins de famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de lien entre les médecins de pratique privée et le réseau de la santé et des services sociaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication systématique des médecins de famille dans les pratiques préventives, le dépistage de la perte d'autonomie et le suivi des clientèles; ▪ collaboration établie entre les médecins et les CSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet d'implication des médecins de famille avec l'aide du DRMG; ▪ stratégies locales à développer entre chaque CSSS et les médecins de son territoire.
3.1.10 Concertation locale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mécanismes de concertation locale ne sont pas présents dans tous les territoires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mécanisme de concertation locale regroupant le CSSS et les partenaires concernés en place dans chacun des sept territoires : ex. : <ul style="list-style-type: none"> • organismes communautaires, • entreprises d'économie sociale, • cliniques médicales privées, • pharmacies, • résidences privées, • autres CHSLD, • centres de réadaptation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un mécanisme de concertation locale dans les territoires où il n'y en a pas.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?
3.1 METTRE EN PLACE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS DANS LES SEPT TERRITOIRES DE CSSS		
3.1.11 Continuum des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unité de direction du programme PALV en voie d'implantation dans chacun des CSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unité de direction du programme PALV en place dans chacun des sept CSSS.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision du modèle d'organisation des CSSS : mise en place d'une unité de direction du programme PALV.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES		
3.2.1 Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de la mise en place, au printemps 2005, du volet « interventions multifactorielles non personnalisées » du Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) du programme de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile, les deux autres volets du programme n'étant pas encore implantés; ▪ programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en place; ▪ absence de programmes de prévention dans les autres domaines : <ul style="list-style-type: none"> • maladies chroniques • abus et négligence • usage inapproprié des médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action régional et plans d'action locaux en santé publique; ▪ maintien et protection des investissements consacrés aux activités de prévention (financement récurrent protégé); ▪ investissement de ressources pour l'implantation des activités de prévention, notamment l'équipement, les fournitures et les aides techniques en relation avec l'aménagement domiciliaire pour la prévention des chutes; ▪ désignation d'un répondant local en prévention des chutes responsable de la coordination des activités; ▪ mobilisation des partenaires et des collaborateurs; ▪ développement d'outils de dépistage et d'évaluation; ▪ mécanismes d'orientation, de référence et de suivi; ▪ plan de formation; ▪ suivi des impacts par la DSP.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.2 Saines habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme Viactive de Kino-Québec en place; ▪ services de counselling sur la cessation tabagique par les Centres d'abandon tabagique (CAT) en place; ▪ participation aux différentes campagnes de sensibilisation et de promotion provinciales visant l'adoption de saines habitudes de vie; ▪ implantation de pratiques cliniques préventives en santé dentaire dans les CHSLD, à faire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration, dans l'offre globale de services préventifs, de l'évaluation de l'alimentation et de services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac; ▪ amélioration du profil de risque pour les principaux facteurs de risque des maladies chroniques afin de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité causées par ces maladies; ▪ approche de soins quotidiens d'hygiène buccodentaire en CHSLD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action régional et plans d'action locaux en santé publique; ▪ plan d'action de santé dentaire publique 2005-2010 (à venir); ▪ promotion et soutien des pratiques cliniques préventives de santé dentaire en CHSLD; ▪ maintien et protection des investissements consacrés à ces activités; ▪ investissement pour la mise en place de l'offre de services préventifs; ▪ développement d'outils pour évaluer l'état nutritionnel; ▪ mécanismes d'orientation, de référence et de suivi; ▪ plan de formation; ▪ suivi des impacts par la DSP.
3.2.3 Immunisations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de vaccination contre l'influenza et les infections à pneumocoque selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec, en place. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la couverture vaccinale contre l'influenza (chez les 60 ans et plus) et le pneumocoque (chez les personnes de 65 ans et plus) à 90 % en milieu fermé et à 60 % en milieu ouvert; ▪ réduction de 25 % du taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou +; ▪ réduction de 40 % de l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoques dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action régional et plans d'action locaux en santé publique; ▪ maintien et protection des investissements consacrés à ce programme; ▪ suivi des impacts par la DSP.
3.2.4 Dépistage de la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de programme systématisé de dépistage à l'urgence, en clinique médicale privée et à l'accueil du soutien à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie à un programme de dépistage à l'urgence, en clinique médicale privée et à l'accueil du soutien à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outils de repérage et de dépistage standardisés et utilisés de façon systématique dans tous les milieux de services : établissements publics, cliniques privées (travaux régionaux et décision de l'Agence) ; ▪ formation des intervenants pour le dépistage à l'urgence, en clinique médicale privée et à domicile.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.5 Évaluation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'évaluation des besoins déjà en place (voir 3.1.2); ▪ absence de guichet unique (voir 3.1.1). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées à des services d'évaluation de leurs besoins ; ▪ accessibilité à un guichet unique dans chacun des sept territoires locaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outil d'évaluation des besoins standardisé ; informatisé et utilisé de façon systématique (voir 3.1.2) ; ▪ utilisation des profils ISO-SMAF (voir 3.1.2) ; ▪ mise en place d'un guichet unique (voir 3.1.1).
3.2.6 Services professionnels à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre de services très fragmentée, insuffisante en quantité et en intensité et variable d'un territoire à l'autre ; ▪ pénurie de personnel professionnel ; ▪ services visés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ soins infirmiers ▪ physiothérapie ▪ ergothérapie ▪ inhalothérapie ▪ services médicaux ▪ services psychosociaux ▪ diététique ▪ pharmacie ▪ action communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie à la gamme des services professionnels à domicile adaptés à leurs besoins en fonction du plan d'intervention ; ▪ diminution des listes et des délais d'attente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harmonisation des services de soutien à domicile entre les sept territoires locaux ; ▪ travaux régionaux concernant les modalités de prestation des services des CSSS dans les divers types de domiciles : domicile naturel, résidence privée, ressource intermédiaire, HLM ; ▪ développement de nouveaux modes de collaboration des CSSS avec les résidences privées et les HLM visant à mieux desservir la clientèle âgée en perte d'autonomie ; ▪ organisation du travail ; ▪ attraction et rétention de la main-d'œuvre ; ▪ programmes de stages en région ; ▪ projet de télésoins à domicile (avec le RUIS de l'Université de Montréal) ; ▪ investissements financiers majeurs pour atteindre les cibles ministérielles 2010.
3.2.7 Aide à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté des entreprises d'économie sociale en soutien à domicile (EESAD) de maintenir l'offre de services ; ▪ écart important entre l'offre et la demande ; ▪ impact sur le maintien de l'autonomie ; ▪ difficulté à desservir les clients à domicile et en résidences privées ; ▪ manque de ressources financières ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie à des services adaptés à leurs besoins en fonction du plan d'intervention et nonobstant leur lieu de résidence ; ▪ paiement au juste coût des travaux réalisés par les EESAD ; ▪ diminution des listes et des délais d'attente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadre de référence pour une harmonisation des pratiques en région ; ▪ collecte de données, codification des interventions et indicateurs de mesure pour les services dispensés par les entreprises d'économie sociale et les travailleurs autonomes (chèque emploi-service) ; ▪ investissements financiers majeurs pour atteindre les cibles ministérielles 2010.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?		RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.8 Services aux proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque important de soutien pour les proches aidants (dont 80 % sont des femmes) ; ▪ manque de ressources financières pour les services de répit, de dépannage et de gardiennage ; ▪ impact sur les proches vieillissants et le maintien de leur propre autonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour tous les proches aidants qui en ont besoin à des services de répit, de dépannage ou de gardiennage à domicile, en hébergement temporaire et en services externes ; ▪ accessibilité pour tous les proches aidants qui en ont besoin à des groupes d'entraide. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investissement en places d'hébergement temporaire pour le répit en ressource alternative ; ▪ augmentation des activités de halte-répit en services externes ; ▪ soutien à la mise sur pied de groupes d'entraide ; ▪ investissements financiers majeurs en allocations directes pour les services de gardiennage-répit à domicile.
3.2.9 Soutien technique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de ressources financières pour l'équipement, les fournitures et les aides techniques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie à des équipements, fournitures et aides techniques requis par leur état en fonction de leur plan d'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investissements financiers majeurs dans les programmes d'équipements, de fournitures et d'aides techniques à domicile.
3.2.10 Organismes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de ressources financières pour les organismes communautaires; ex : <ul style="list-style-type: none"> ▪ popote roulante, ▪ transport, ▪ visites d'amitié ▪ support téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie aux services de soutien à domicile des organismes communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investissements financiers majeurs à l'intention des centres de bénévolat et des autres organismes communautaires desservant les personnes âgées.
3.2.11 Services externes (centre de jour et hôpital de jour)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de ressources financières pour offrir la récupération et le maintien des capacités fonctionnelles sur chacun des territoires locaux; ▪ pénurie de personnel professionnel; ▪ contribution de l'utilisateur non standardisée d'un territoire à l'autre (repas, transport). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie aux quatre programmes des services externes (centre de jour et hôpital de jour) dans chacun des sept territoires ; ▪ récupération des capacités fonctionnelles ; ▪ maintien des capacités fonctionnelles ; ▪ halte-répit ; ▪ activités socio-récréatives ; ▪ contribution de l'utilisateur standardisée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantation du programme de récupération des capacités fonctionnelles (hôpital de jour) et du programme de maintien des capacités fonctionnelles (centre de jour) dans les territoires concernés ; ▪ réorganisation interne et investissements ; ▪ mise sur pied du programme d'activités socio-récréatives en collaboration avec les organismes communautaires et les municipalités ; ▪ travaux régionaux sous l'égide de l'Agence sur une contribution de l'utilisateur standardisée dans la région.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.12 Courte durée gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de gériatres; ▪ équipes multidisciplinaires incomplètes; ▪ problème d'accès direct à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) pour la clientèle à domicile et en clinique privée; ▪ expertise en gériatrie variable d'un territoire à l'autre (selon la présence ou non d'omnipraticiens et autres professionnels dédiés à la gériatrie) ; ▪ problème d'accès aux services de 2^e et de 3^e lignes en gériatrie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin à des services en UCDG. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une offre de services gérontologiques en milieu hospitalier ; ▪ formation sur l'approche gérontologique ; ▪ recrutement d'un gériatre ; ▪ organisation du travail : consolidation des équipes multidisciplinaires en gériatrie ; ▪ omnipraticiens et autres professionnels dédiés à la gériatrie ; ▪ liaison avec RUIS pour consultation, formation et recrutement.
3.2.13 Psychogériatrie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de psychogériatrie inexistants dans la région. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin à des services de psychogériatrie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une offre de services gérontologiques en milieu hospitalier ; ▪ formation sur l'approche gérontologique ; ▪ recrutement d'un psychogériatre ; ▪ organisation du travail : consolidation des équipes multidisciplinaires en gériatrie ; ▪ liaison avec RUIS pour consultation, formation et recrutement.
3.2.14 Consultations gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de gériatres pour consultations dans les unités de soins en milieu hospitalier; ▪ équipes multidisciplinaires incomplètes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin à des services de consultations gériatriques dans les unités de soins (médecine, chirurgie). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une offre de services gérontologiques en milieu hospitalier ; ▪ formation sur l'approche gérontologique ; ▪ recrutement d'un gériatre ; ▪ omnipraticiens et autres professionnels dédiés à la gériatrie ; ▪ organisation du travail : consolidation des équipes multidisciplinaires en gériatrie ; ▪ liaison avec RUIS pour consultation, formation et recrutement.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?		RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.15 Cliniques externes gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de cliniques externes gériatriques dans la région. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin à des services en clinique externe gériatrique dans tous les milieux hospitaliers de la région. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'une offre de services gérontologiques en milieu hospitalier ; ▪ formation sur l'approche gérontologique ; ▪ recrutement d'un gériatre ; ▪ omnipraticiens et autres professionnels dédiés à la gériatrie ; ▪ organisation du travail : consolidation des équipes multidisciplinaires en gériatrie ; ▪ liaison avec RUIS pour consultation, formation et recrutement.
3.2.16 Hébergement temporaire et alternatif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de places d'hébergement temporaire en dehors des CHSLD pour le répit, le dépannage, la convalescence, l'évaluation-observation, la réadaptation ou les soins palliatifs (nonobstant l'âge) ▪ lits de CHSLD occupés à ces fins; ▪ absence d'entente cadre pour formaliser les rapports entre établissements publics et ressources privées (autres que ressources intermédiaires); ▪ selon l'évaluation régionale, nous aurions besoin de l'équivalent de 96 places supplémentaires pour répondre à ce type de besoin d'ici 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité locale de telles ressources alternatives hors CHSLD en nombre suffisant; ▪ disponibilité des services infirmiers, professionnels et de réadaptation requis pour desservir cette clientèle; ▪ entente-cadre formalisée de type partenariat public-privé (PPP). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement dans des ressources alternatives de la clientèle en hébergement temporaire hébergée en CHSLD; ▪ conversion des lits d'hébergement temporaire en lits d'hébergement permanent en CHSLD; ▪ cadre de référence régional sur les ententes de services entre un CSSS et une ressource privée aux fins d'hébergement temporaire ou permanent de personnes adultes en perte d'autonomie; ▪ investissement financiers en soutien à domicile (SAD) pour offrir les services requis; ▪ investissements financiers majeurs pour la création de l'équivalent de 96 places en ressources alternatives d'ici 2010.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.17 Hébergement pour les personnes ayant besoin de moins de trois heures-soins par jour	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de ressources pour les personnes qui ont besoin d'un séjour permanent dans un domicile substitut parce qu'elles ne peuvent plus demeurer à leur domicile malgré le soutien de leur entourage et ce, même si elles requièrent moins de trois heures-soins par jour; ▪ absence d'entente cadre pour formaliser les rapports entre établissements publics et ressources privées (autres que ressources intermédiaires); ▪ environ 20 % des lits de CHSLD sont occupés par des personnes nécessitant moins de trois heures-soins par jour; ▪ selon l'évaluation régionale, nous aurions besoin de l'équivalent de 150 places supplémentaires pour répondre à ce type de besoins d'ici 2010. (voir 3.2.18). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité locale de telles ressources hors CHSLD en nombre suffisant; ▪ disponibilité des services infirmiers, professionnels et de réadaptation requis pour desservir cette clientèle; ▪ entente cadre formalisée de type partenariat public-privé (PPP). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement dans de telles ressources d'une partie de la clientèle hébergée en CHSLD et nécessitant moins de trois heures-soins; ▪ cadre de référence régional sur les ententes de services entre un CSSS et une ressource privée aux fins d'hébergement temporaire ou permanent de personnes adultes en perte d'autonomie; ▪ investissement financiers en SAD pour offrir les services requis; ▪ investissements financiers majeurs pour la création de 150 places en ressources alternatives d'ici 2010 pour des séjours permanents visant à combler les besoins selon le taux régional de 0,52 % (voir 3.2.18).

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.18 Hébergement pour les personnes de moins de 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2005, 251 personnes de moins de 65 ans occupaient un lit de CHSLD avec comme impacts; <ul style="list-style-type: none"> ▪ une réduction de l'offre de services d'hébergement pour les personnes âgées de 65 ans et plus; ▪ une réponse inadéquate aux besoins pour une partie de ces jeunes adultes; ▪ selon l'évaluation régionale, nous aurions besoin de l'équivalent de 150 places supplémentaires pour répondre à ce type de besoin d'ici 2010. (voir 3.2.17). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité locale de telles ressources hors CHSLD en nombre suffisant; ▪ disponibilité des services infirmiers, professionnels et de réadaptation requis pour desservir cette clientèle; ▪ entente cadre formalisée de type partenariat public-privé (PPP). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement dans de telles ressources d'une partie de la clientèle hébergée en CHSLD et ayant moins de 65 ans; ▪ cadre de référence régional sur les ententes de services entre un CSSS et une ressource privée aux fins d'hébergement permanent pour les adultes de moins de 65 ans; ▪ investissement financiers en SAD pour offrir les services requis; ▪ investissements financiers majeurs pour la création de 150 places en ressources alternatives d'ici 2010 pour des séjours permanents visant à combler les besoins selon le taux régional de 0,52 % (voir 3.2.17).

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.19 Hébergement pour les personnes ayant besoin de plus de 3 heures-soins par jour	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une partie des lits en CHSLD utilisés à d'autres fins que les personnes âgées nécessitant trois heures-soins et plus; ▪ en 2010, selon le ratio théorique de 3,1%, il manquerait 311 lits de type CHSLD, à condition que les lits occupés par les clientèles de moins de 65 ans et nécessitant moins de trois heures-soins par jour soient libérés; ▪ listes et délais d'attente importants dans trois territoires sur sept pour un hébergement en CHSLD; ▪ soins et services insuffisants pour la clientèle de plus en plus lourde en CHSLD; ▪ plusieurs établissements désuets et chambres multiples dans deux installations; ▪ manque de ressources pour les équipements et fournitures. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité à une place de type CHSLD pour toutes les personnes âgées en grande perte d'autonomie nécessitant trois heures-soins et plus par jour; ▪ qualité et suffisance des services en CHSLD suivant l'alourdissement de la clientèle; ▪ accessibilité pour tous les usagers des CHSLD à des installations fonctionnelles et sécuritaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'alternatives au CHSLD pour la clientèle nécessitant moins de trois heures-soins par jour, pour la clientèle de moins de 65 ans ayant une déficience physique et pour la clientèle nécessitant un hébergement temporaire; ▪ révision et actualisation des programmes fonctionnels et techniques (PFT) dans les CHSLD concernés; ▪ budget protégé pour les équipements et les fournitures; ▪ investissements financiers majeurs pour augmenter le taux de réponse aux besoins en CHSLD et atteindre les cibles ministérielles 2010; ▪ investissements financiers majeurs pour le développement de 311 nouvelles places d'hébergement permanent de type CHSLD d'ici 2010.
3.2.20 Troubles graves de comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une seule unité présente dans la région (unité de 23 lits à Rivière-Rouge); ▪ problème d'éloignement des clients hébergés par rapport à leur famille. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité à une place en hébergement près de leur milieu de vie naturel pour toutes les personnes âgées à profil gériatrique ayant un potentiel de violence physique et ne pouvant plus demeurer à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'unités d'hébergement dans le centre et le sud de la région en CHSLD ou en ressource alternative ; ▪ entente avec le CH Douglas de Montréal pour la clientèle anglophone.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
3.2.21 Autres services multicientés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méconnaissance des autres services offerts à l'ensemble de la population auxquels les personnes âgées peuvent avoir accès; <ul style="list-style-type: none"> ▪ services médicaux courants (voir 3.1.9) ▪ services psychosociaux courants ▪ réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) ▪ réadaptation visuelle et auditive (CRDP) ▪ Info-santé ▪ services ambulanciers ▪ services pharmaceutiques ▪ Curateur public ▪ soins palliatifs ▪ problème d'accès aux médecins de famille, aux cliniques médicales sans rendez-vous et aux groupes de médecine de famille (GMF) ; ▪ insuffisance de ressources en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) ; ▪ insuffisance des ressources en soins palliatifs à domicile, en maison de soins palliatifs, en milieu d'hébergement et en milieu hospitalier. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité pour toutes les personnes âgées aux autres services offerts à l'ensemble de la population ; ▪ accessibilité aux médecins de famille, aux cliniques médicales sans rendez-vous et aux groupes de médecine de famille (GMF) (voir 3.1.9) ; ▪ accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin à des services de RFI ; ▪ accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin à des services de réadaptation visuelle et auditive offerts par le CRDP ; ▪ accessibilité pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui en ont besoin, à des services de soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information aux personnes âgées sur les autres services offerts à l'ensemble de la population ; ▪ plan régional d'effectifs médicaux : ajout de médecins omnipraticiens et spécialistes (voir 3.1.9) ; ▪ meilleure utilisation du temps des médecins (ex. utilisation d'infirmières) ; ▪ augmentation du nombre de GMF dans la région (de 3 à 22) ; ▪ révision de l'organisation actuelle des services de RFI dans la région ; ▪ recrutement de personnel pour compléter les équipes multidisciplinaires en RFI ; ▪ consolidation de l'organisation des soins palliatifs en milieu hospitalier, en milieu d'hébergement, en maison de soins palliatifs et à domicile ; ▪ création de passerelles inter-programmes afin d'améliorer l'accès aux services.

SITUATIONS À CORRIGER D’OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.3 ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES ET DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS			
3.3.1 Agrément	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche d’agrément des établissements publics et privés conventionnés en cours de réalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les établissements publics et privés conventionnés ont terminé leur processus d’agrément; ▪ le processus d’agrément crée l’opportunité de modifier les pratiques et l’organisation du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus d’agrément <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit avec le Conseil canadien d’agrément; ▪ soit avec le Conseil québécois d’agrément.
3.3.2 Milieu de vie en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation continue des gestionnaires et des intervenants à faire; ▪ utilisation trop fréquente des mesures de contrôle; ▪ absence de comités de résidents à certains endroits; ▪ les comités de résidents existants ne jouent pas pleinement leur rôle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les CHSLD mettent à exécution leur plan d’action local pour l’amélioration du milieu de vie; ▪ les intervenants en CHSLD sont formés et suivis sur l’approche milieu de vie; ▪ les usagers en CHSLD bénéficient de l’approche milieu de vie; ▪ on note une diminution significative de l’utilisation des mesures de contrôle; ▪ les comités de résidents sont présents dans chacune des installations d’hébergement et ils jouent pleinement leur rôle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en application des plans d’action locaux pour l’amélioration des milieux de vie; ▪ investissements dans l’approche milieu de vie; ▪ recrutement, formation et coaching des intervenants sur l’approche milieu de vie et l’approche interdisciplinaire; ▪ poursuite de l’implantation du protocole sur l’utilisation des mesures de contrôle (contentions, substances chimiques, isolement), formation et coaching des intervenants; ▪ mise en place de comités des résidents dans chaque installation d’hébergement et soutien pour qu’ils jouent pleinement leur rôle.
3.3.3 Appréciation des CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté d’application des éléments des plans d’action avec incidence financière, suite aux visites d’appréciation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60 % des installations de type CHSLD sont visitées (13 sur 21); ▪ 70 % des installations visitées obtiennent la note de 70 % et plus, suite à la réalisation du plan d’action (9/13). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre le commissaire régional à la qualité et la direction de l’organisation des services; ▪ investissements de l’Agence dans le suivi des plans d’action; ▪ mobilisation des établissements.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.3 ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES ET DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS			
3.3.4 Appréciation des RI-RTF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les RI-RTF pour personnes âgées ne faisaient pas l'objet de visites d'appréciation par une instance extérieure à l'établissement contractant jusqu'à maintenant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des visites d'appréciation réalisées dans des RI-RTF hébergeant des personnes âgées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre le commissaire régional à la qualité et la direction de l'organisation des services; ▪ investissements de l'Agence dans le suivi des plans d'action; ▪ mobilisation des établissements et des RI-RTF concernés.
3.3.5 Qualité du milieu de vie en résidence privée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de connaissances du réseau public sur la qualité des services dispensés en résidence privée; ▪ le programme de certification/qualification (Roses d'Or) est sur base volontaire et rejoint 60 résidences sur 150; ▪ absence de programme de certification obligatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les résidences privées sont soumises à des règles de certification obligatoire; ▪ les personnes âgées vivant en résidence privée reçoivent des services adéquats. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Législation et réglementation rendant obligatoire le processus de certification; ▪ élaboration de normes socio-sanitaires (décision MSSS) et mise en application des normes (Agence); ▪ investissement requis dans les agences et les CSSS pour administrer le programme de certification ministérielle; ▪ maintien du programme de qualification des Roses d'Or; ▪ registre des résidences privées; ▪ cadre de référence pour le traitement des signalements; ▪ vigie-qualité en résidence privée via le CSSS.
3.3.6 EESAD et travailleurs autonomes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de contrôle sur la qualité des services dispensés à domicile par les entreprises d'économie sociale (EESAD) et les travailleurs autonomes (chèque emploi service). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les intervenants à domicile des entreprises d'économie sociale et les travailleurs autonomes sont formés et suivis; ▪ les personnes âgées à domicile reçoivent des services complets et de qualité; ▪ les mécanismes de contrôle de la qualité mis en place sont standardisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation et coaching à l'intention des intervenants concernés; ▪ cadre de référence pour le contrôle de la qualité des services dispensés à domicile par des tiers financés par le réseau public (décision MSSS).
3.3.7 Plaintes des usagers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réception et traitement des plaintes des usagers déjà en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les plaintes des usagers sont reçues et traitées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité et, au besoin, par le Protecteur des usagers; ▪ les établissements donnent suite aux recommandations, le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services dans chaque établissement; ▪ procédure pour la réception et le traitement des plaintes des usagers.

SITUATIONS À CORRIGER D'OÙ PART-ON ?	RÉSULTATS ATTENDUS OÙ FAUT-IL ALLER ?	STRATÉGIES À RETENIR QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?	
3.3 ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES ET DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS			
3.3.8 Prestation sécuritaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les établissements sont en processus de se conformer à la Loi sur la prestation sécuritaire des services . 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les établissements sont conformes à la loi; ▪ les personnes âgées sont en sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application du protocole pour le suivi de l'application de la loi dans chaque établissement.
3.3.9 Monitoring des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'interfaces entre les divers systèmes d'information clientèle <ul style="list-style-type: none"> ▪ SIC-CLSC, ▪ SICHELD, ▪ PLAISIR, ▪ IMAGES. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque volet des services aux personnes âgées est suivi et évalué à partir d'indicateurs précis; ▪ les données statistiques pertinentes sont compilées, analysées et les résultats sont transmis aux instances concernées; ▪ les indicateurs convenus dans le cahier de charges sont calculés à partir des données issues des systèmes d'information-clientèle; ▪ un tableau de bord unique permet de suivre l'évolution de divers indicateurs à partir des systèmes d'information clientèle concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateurs pour chacun des volets de la gamme de services; ▪ compilation et analyse des données <ul style="list-style-type: none"> ▪ SIC-CLSC, ▪ SICHELD, ▪ PLAISIR, ▪ IMAGES; ▪ transmission des résultats aux instances concernées; ▪ calcul des indicateurs à partir des données des divers systèmes d'information-clientèle; ▪ cahier de charges; ▪ reddition de compte; ▪ création d'un tableau de bord unique; ▪ architecture des systèmes d'information clientèle (Portail WEB) (décision ministérielle).

4. MODALITÉS DE RÉALISATION ET DE SUIVI DES ACTIONS ENVISAGÉES

Mesures structurantes prioritaires	Échéance/Partenaires	Modalités de suivi
4.1 METTRE EN PLACE DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS DANS LES SEPT TERRITOIRES DE CSSS		
<p>1° Composante organisationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Implantation du guichet unique; b. Informatisation de l'outil multicientèle (OEMC); c. informatisation et implantation des profils ISO-SMAF; d. implantation du dossier client unique et numérisé; e. amélioration des mécanismes de liaison et de référence; f. révision du mécanisme d'accès à l'hébergement. <p>2° Composante clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mise en place des gestionnaires de cas; b. systématisation des PI, des PII et des PSI; c. systématisation des outils de dépistage; d. formation aux concepts et aux modalités des réseaux de services intégrés; e. arrimage avec les cliniques privées . <p>3° Composante administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mise en place d'un mécanisme de concertation locale; b. unité de direction dans la gestion du continuum de services. 	<p>Échéance : 2010</p> <p>Responsable : CSSS</p> <p>Collaborateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agence; ▪ Établissements à vocation régionale; ▪ Établissements privés conventionnés et privés non conventionnés; ▪ R.U.I.S.; ▪ Cliniques médicales; ▪ GMF; ▪ Organismes communautaires; ▪ Entreprises d'économie sociale; ▪ Pharmacies; ▪ Résidences privées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de direction des établissements; ▪ comités locaux de concertation; ▪ forums et groupes témoins locaux et régionaux; ▪ comité de gestion régional regroupant les directeurs généraux des établissements; ▪ comité régional regroupant les directeurs du programme PALV des CSSS; ▪ portrait de santé par la DRSP; ▪ ententes de gestion MSSS-Agence; ▪ ententes de gestion Agence-CSSS; ▪ bilan annuel des établissements et de l'Agence (reddition de compte).

Mesures structurantes prioritaires	Échéancier/Partenaires	Modalités de suivi
4.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES		
<p>1° Accentuation de la promotion, de la prévention, du dépistage</p> <p>2° Accentuation du virage milieu de vie naturel</p> <p>a. Consolidation des services SAD; b. consolidation des services pour proches aidants; c. ententes avec RI, résidences privées et HLM; d. consolidation des entreprises d'économie sociale; e. consolidation des programmes d'équipements, de fournitures et aides techniques; f. consolidation des organismes communautaires.</p> <p>3° Utilisation pertinente des urgences</p> <p>a. Mesures pour un meilleur accès aux services d'urgence lorsque requis.</p> <p>4° Accroissement majeur de l'accès aux services médicaux</p> <p>a. Mesures pour un meilleur accès aux médecins de famille, cliniques sans rendez-vous, GMF.</p> <p>5° Accroissement de la récupération et du maintien des capacités fonctionnelles</p> <p>a. Consolidation des services externes (centre de jour et hôpital de jour); b. développement d'une offre de services gérontologiques en milieu hospitalier; c. recrutement d'un gériatre, d'un psychogériatre et de professionnels (équipes multidisciplinaires en milieu hospitalier).</p>	<p>Échéance : 2010</p> <p>Responsable : CSSS</p> <p>Collaborateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agence; ▪ Établissements à vocation régionale; ▪ Établissements privés conventionnés et privés non conventionnés; ▪ R.U.I.S.; ▪ Cliniques médicales; ▪ GMF; ▪ Organismes communautaires; ▪ Entreprises d'économie sociale; ▪ Pharmacies; ▪ Résidences privées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de direction des établissements; ▪ comités locaux de concertation; ▪ forums et focus groups locaux et régionaux; ▪ comité de gestion régional regroupant les directeurs généraux des établissements; ▪ comité régional regroupant les directeurs du programme PALV des C.S.S.S.; ▪ ententes de gestion MSSS-Agence; ▪ ententes de gestion Agence-CSSS; ▪ bilan annuel des établissements et de l'Agence (reddition de compte).

Mesures structurantes prioritisées	Échéancier/Partenaires	Modalités de suivi
4.2 PARACHEVER LA MISE EN PLACE DE LA GAMME COMPLÈTE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES		
<p>6° Virage vers l'hébergement alternatif au CHSLD (moins de trois heures-soins par jour, hébergement temporaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Développement de l'équivalent de 96 places d'hébergement temporaire en ressource alternative; b. développement de l'équivalent de 150 places <p>7° Hébergement alternatif pour les moins de 65 ans</p> <p>8° Consolidation de l'hébergement de type CHSLD (plus de trois heures-soins par jour)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Consolidation des services en CHSLD; b. développement de 311 nouvelles places de type CHSLD c. réalisation des PFT dans les établissements retenus 		

Mesures structurantes prioritisées	Échéance/ Partenaires	Modalités de suivi
4.3 ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES ET DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS		
<p>1° Processus d'agrément complété pour chaque établissement public et privé conventionné;</p> <p>2° application de processus et de modalités d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD;</p> <p>3° certification et qualification des résidences privées;</p> <p>4° contrôle de la qualité des services dispensés à domicile (EESAD, travailleurs autonomes);</p> <p>5° réception et traitement des plaintes des usagers;</p> <p>6° application de la Loi sur la prestation sécuritaire des soins et services;</p> <p>7° monitoring des services aux personnes âgées.</p>	<p>Échéance : 2010</p> <p>Responsables : Établissements et Agence</p> <p>Collaborateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliniques médicales; ▪ GMF; ▪ Organismes communautaires; ▪ Entreprises d'économie sociale; ▪ Pharmacies; ▪ Résidences privées; ▪ R.U.I.S. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de direction des établissements; ▪ comités locaux de concertation; ▪ forums et groupes témoins locaux et régionaux; ▪ comité de gestion régional regroupant les directeurs généraux des établissements; ▪ comité régional regroupant les directeurs du programme PALV des CSSS; ▪ portrait de santé par la DRSP; ▪ ententes de gestion MSSS-Agence; ▪ ententes de gestion Agence-CSSS; ▪ bilan annuel des établissements et de l'Agence (reddition de comptes).

5. ESTIMATION DES IMPACTS DU PLAN

5.1 Impacts sur le système de services

Impacts Défis prioritaires	Système de services	
	L'offre de services	Le fonctionnement des services
<p>5.1.1 Mettre en place des réseaux de services intégrés dans les sept territoires locaux.</p>	<p>À terme, il sera aisé pour le citoyen âgé de s'y retrouver dans notre système de services, tout en pouvant compter sur un continuum d'interventions, d'un épisode de soins à l'autre, d'un programme à l'autre, d'un site à l'autre et d'un établissement à l'autre.</p> <p>Ceci suppose une transformation majeure du réseau sociosanitaire dans le sens de la consolidation de réseaux de services intégrés.</p>	<p>À terme, l'ensemble des services destinés aux personnes âgées seront intégrés dans un continuum de services interreliés et complémentaires.</p>
<p>5.1.2 Finaliser la mise en place de la gamme complète de services pour les personnes âgées.</p>	<p>À terme, une gamme complète de services sera disponible pour la population âgée de chacun des sept réseaux locaux de services.</p> <p>Ceci suppose des investissements majeurs au cours des cinq prochaines années pour consolider la gamme de services.</p>	<p>À terme, chacun des éléments de la gamme de services disposera des ressources suffisantes pour répondre à la demande de services des personnes âgées.</p>
<p>5.1.3 Assurer la qualité et la sécurité des services et des milieux de vie et de soins.</p>	<p>À terme, les citoyens âgés seront assurés de la qualité et de la sécurité des services dispensés par le réseau sociosanitaire et ses partenaires.</p> <p>Ceci suppose la mise en place de systèmes de contrôle et de suivi de la qualité et de la sécurité des services dispensés aux personnes âgées.</p>	<p>À terme, l'ensemble des services destinés aux personnes âgées seront dispensés en conformité avec des normes et des standards de qualité reconnus.</p>

5.2 Impacts sur les ressources du système

RESSOURCES DU SYSTÈME			
RESSOURCES HUMAINES	RESSOURCES INFORMATIONNELLES	RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES
<ul style="list-style-type: none"> Recrutement et embauche de personnel professionnel et non professionnel; formation du personnel et coaching; approche gériatrique en milieu hospitalier, approche milieu de vie en CHSLD, intégration dans les pratiques des activités de santé publique, dossier unique et dossier informatisé du client, gestion de cas, adaptation aux changements de pratique et de l'organisation du travail, approche interdisciplinaire; standardisation régionale de l'offre de services et des pratiques professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes de liaison et de référence à développer; informatisation des dossiers clients; informatisation d'outils de dépistage, d'évaluation, de référence; réseau de communication entre le CSSS et les partenaires locaux (ex : médecins, pharmaciens, organismes communautaires, résidences privées, entreprises d'économie sociale); interfaces à développer entre les systèmes d'information clientèle; campagnes d'information auprès de la population et de la clientèle (clients et proches aidants). 	<ul style="list-style-type: none"> Via le programme de rénovations fonctionnelles majeures : <ul style="list-style-type: none"> construction de nouveaux immeubles (CHSLD) où requis, rénovation majeure d'immeubles existants (CHSLD) où requis; via le programme de rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD : la correction de problématiques régionales d'ordre fonctionnel, <ul style="list-style-type: none"> ramener le nombre de chambres doubles à un maximum de 20% lorsque possible, assurer une superficie minimale de 15 m² pour une chambre simple et de 26 m² pour une chambre double, adapter les toilettes lorsque possible, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> L'écart à combler selon le MSSS pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) dans notre région se situait à 9,12 millions \$ en 2004-2005; investissements dans les secteurs prioritaires suivants : <ul style="list-style-type: none"> prévention-promotion (santé publique), soutien à domicile (CSSS et organismes communautaires), hébergement de type CHSLD (3 h/s et plus), hébergement temporaire en ressource alternative, hébergement permanent en ressource alternative (moins de 3 h/s, moins de 65 ans), rehaussement des heures travaillées en CHSLD, mesures d'intégration et de qualité-sécurité (voir estimé des coûts 2005-2010 en annexe).

RESSOURCES DU SYSTÈME			
RESSOURCES HUMAINES	RESSOURCES INFORMATIONNELLES	RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES
		<ul style="list-style-type: none"> • via le programme de rénovations fonctionnelles mineures dans les autres établissements: la correction de problématiques locales d'ordre fonctionnel, <ul style="list-style-type: none"> ▪ aménager des cours sécuritaires lorsque requis, ▪ aménager des fumoirs lorsque requis, ▪ améliorer l'accessibilité aux balcons lorsque requis, etc.; • augmentation des équipements, fournitures et aides techniques à domicile et en hébergement; • ajout d'équipements et de logiciels informatiques; ex. : <ul style="list-style-type: none"> ▪ dossier unique, ▪ intégration des services, ▪ communication entre les établissements et le réseau privé et communautaire; • matériel de visioconférence pour permettre le support des équipes gériatriques dans le cadre des RUIS. 	

Annexe
Services aux personnes âgées de 65 ans et plus
Estimation des coûts (2005-2010)

Services de maintien dans le milieu de vie naturel	Budget requis (voir note 1)	Commentaires
Services de prévention-promotion	5 492 250 \$	Voir note 2
Services de soutien à domicile des CSSS	14 950 000 \$	Basé sur la cible ministérielle 2010 (ajout de 15% pour gestion des programmes et soutien administratif)
Services de soutien à domicile des organismes communautaires	1 495 000 \$	Base sur 10 % du montant requis en SAD pour les CSSS
Autres mesures	10 000 000 \$	Ex.: Gestion de cas, services externes, services gériatriques, certification des résidences privées
Sous-total	31 937 250 \$	

Services d'hébergement en ressources alternatives et en CHSLD	Budget requis (voir note 1)	Commentaires
Rehaussement des heures travaillées en CHSLD	2 849 347 \$	Basé sur la cible ministérielle 2010
Hébergement temporaire en ressources alternatives (96 places)	3 854 400 \$	Basé sur un per diem net de 100 \$ avec ajout de 10% pour encadrement
Hébergement permanent en ressources alternatives (150 places)	6 022 500 \$	Basé sur un per diem net de 100 \$ avec ajout de 10% pour encadrement
Hébergement permanent de type CHSLD (331 places)	15 101 875 \$	Basé sur un per diem net de 125 \$
Sous-total	27 828 122 \$	
Grand total	59 765 372 \$	

Note 1 : En dollars 2004-2005

Note 2 : L'estimation des coûts des services de prévention-promotion n'inclut pas les coûts locaux et/ou régionaux pour:

- les activités d'information et de sensibilisation, l'achat de matériel et d'outils de dépistage, l'octroi d'allocations en soutien aux aménagements domiciliaires, la formation, le suivi et l'évaluation relatifs au volet interventions multifactorielles personnalisées ;
- le volet « pratiques cliniques préventives » du Programme de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Estimation des coûts normés actuellement non disponible (à venir probablement en 2006) ;
- interventions dans le cadre du Plan d'action en santé dentaire publique (à venir) ;
- les services déjà en place tels que la vaccination, le PQDCS, les activités des centres d'abandon tabagique et de Kino-Québec.

Signification des acronymes

CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRPDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSC	Direction de la santé publique
EESAD	Entreprises d'économie sociale en soutien à domicile
GMF	Groupes de médecine de famille
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisés
PPP	Partenariat public-privé
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
UCDG	Unité de courte durée gériatrique