

**PLAN D'ACTION RÉGIONAL
2005 – 2010**

**LES SERVICES AUX PERSONNES
ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE**

Adopté par le conseil d'administration

le 21 septembre 2006

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Auteurs

L'ouvrage qui suit est le fruit d'un travail collectif d'un comité composé de membres nommés par les directions générales des établissements ainsi que de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Secrétariat et mise en page

Micheline Fagnan
Karine Vanasse
France St-Laurent

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, veuillez vous adresser à :
Service des ressources documentaires – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse :
www.rsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-360-4
978-2-89342-360-9

REMERCIEMENTS

Le *Plan d'action régional 2005-2010 : les services aux personnes âgées en perte d'autonomie* est le résultat des travaux d'un comité régional « Perte d'autonomie liée au vieillissement » (PALV). Ce comité, composé de membres nommés par les directions générales des établissements, a été coordonné par madame Rachel Goupil, coordonnatrice du programme Perte d'autonomie et vieillissement à la Direction générale associée à la coordination du réseau de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie :

Line Ampleman	Institut Nazareth-Louis-Braille
Chantal Arseneault	CSSS Jardins-Roussillon
Sylvie d'Aragon	CSSS Vaudreuil-Soulanges
Jean-Pierre Beaudry	CSSS de la Haute-Yamaska
Danielle Boisvert	CSSS du Suroît
Danielle Carbonneau	Hôpital Charles LeMoine
Céline Charest	CSSS Pierre-Boucher
Normand Gaudet	CSSS du Haut-Saint-Laurent
Martine Gendron	CSSS de la Haute-Yamaska
Christian Grégoire	CSSS Pierre-Boucher
Lydia Ingenito	CSSS de Sorel-Tracy
Colette Lambert	CSSS la Pommeraie
Paul Moreau	Directeur général -accompagnateur
Rachel Portelance	CRDI-Montérégie
Jean-Pierre Ratelle	CSSS Richelieu-Yamaska
Ginette Senez	CSSS Richelieu-Yamaska
Lucie Tétrault	CSSS Haut-Richelieu—Rouville

Le comité remercie toutes les personnes aidant au quotidien des personnes âgées en perte d'autonomie qui ont participé aux *focus group* réalisés à travers la Montérégie. La synthèse de ces consultations auprès des proches aidants est consignée à l'ANNEXE I du plan.

Merci au comité interne PALV, composé de représentants de toutes les directions de l'Agence, mandaté pour assurer la logistique des travaux du comité régional PALV et le lien avec leurs collègues de tous les secteurs de leur direction.

Le nombre impressionnant de professionnels, de personnel technique, de soutien, de secrétariat qui ont été impliqués dans la préparation de ce plan révèle la préoccupation que représentent le vieillissement de la population en Montérégie et l'importance accordée à l'organisation et la dispensation de services adaptés à la clientèle âgée en perte d'autonomie et à leurs proches. À toutes ces personnes, merci pour leur expertise inestimable et leur grande disponibilité à répondre aux demandes du comité.

La Table des directeurs des services professionnels et hospitaliers, celle du Département de médecine générale, la Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire, après consultation du plan, ont émis des commentaires et suggestions très profitables, nous les en remercions.

Un merci particulier à mesdames Micheline Fagnan et Karine Vanasse, du secteur Perte d'autonomie et vieillissement de la Direction générale associée à la coordination du réseau pour la mise en forme du présent document.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

En Montérégie, le vieillissement de la population s'accélère à un rythme supérieur à celui du Québec et perdurera jusqu'à 2011. Les conséquences de ce phénomène démographique impliquent dès maintenant des changements dans l'organisation et la dispensation des services de santé et des services sociaux pour les adapter aux besoins pressants des personnes âgées de 65 ans et plus, en particuliers celles en perte d'autonomie.

Reflète de l'importance de ces changements à apporter, voici le *Plan d'action régional 2005-2010 : les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Il a été élaboré en étroite collaboration avec les directions générales et les représentants des CSSS, les établissements régionaux et les établissements d'hébergement privés conventionnés. Celui-ci s'inspire du plan ministériel « *Un défi de solidarité* » ainsi que des travaux régionaux sur les continuums de service et de la mise en place des projets cliniques. Il s'articule autour de sept principaux enjeux et défis à relever, à partir desquels des mesures d'action ont été retenues pour parvenir à fournir, en Montérégie, des services mieux intégrés, coordonnés et continus aux personnes âgées en perte d'autonomie qui désirent demeurer le plus longtemps possible à domicile.

Le plan a été déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le 25 décembre 2005 pour appréciation. Au cours des mois suivants, le plan régional a fait l'objet de consultations auprès de la Commission multidisciplinaire, de la Commission infirmière régionale, du Département de médecine générale, de la Table des directeurs des services professionnels et hospitaliers qui nous ont soumis leurs avis. Les commentaires d'appréciation du MSSS et ceux des instances consultées ont été intégrés au plan.

Par ailleurs, le moteur de l'actualisation de cet ambitieux plan stratégique sont les ressources humaines. Leur savoir-faire et l'esprit novateur de leurs interventions, reconnus notamment en harmonisation des services à domicile, l'implantation de l'approche « Milieux de vie » en hébergement de longue durée, le développement d'alternatives à l'hébergement traditionnel et le soutien aux proches aidants témoignent de l'expertise régionale acquise en santé et services sociaux pour répondre efficacement aux besoins évolutifs de la population vieillissante en Montérégie.

Le travail à accomplir est exigeant, mais nous sommes confiants qu'en encourageant de plus en plus le partenariat avec tous les secteurs préoccupés, comme nous, de la santé et du bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, nous pourrons progresser vers de meilleures pratiques professionnelles permettant aux personnes âgées de mieux vivre en recevant des services plus adaptés à leurs besoins.

La directrice générale associée à la coordination du réseau,



Claire Pagé

TABLE DES MATIÈRES

<p>INTRODUCTION..... 11</p> <p>1. CONTEXTE RÉGIONAL..... 13</p> <p>1.1 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE CIBLÉE..... 13</p> <p> 1.1.1 Profil des personnes âgées de 65 ans et plus en Montérégie..... 13</p> <p> 1.1.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population de 65 ans et plus..... 13</p> <p> 1.1.3 État de santé de la population de 65 ans et plus..... 14</p> <p>1.2 PORTRAIT DE L'ORGANISATION DES SERVICES..... 15</p> <p> 1.2.1 Configuration de l'organisation des services..... 15</p> <p> 1.2.2 Situation financière actuelle..... 15</p> <p> 1.2.3 Utilisation des services par la clientèle..... 15</p> <p>1.3 PARTICULARITÉS RÉGIONALES..... 18</p> <p>2. ENJEUX ET DÉFIS À RELEVER..... 21</p> <p>3. CHOIX ET MODALITÉS DE RÉALISATION ET DE SUIVI..... 23</p> <p> ENJEU 1 Éviter, diminuer et retarder la perte d'autonomie par la prévention..... 23</p> <p> ENJEU 2 Poursuivre l'implantation du modèle «Intégration des services», centré sur les besoins de la personne âgée en perte d'autonomie..... 31</p> <p> ENJEU 3 Privilégier le maintien à domicile par l'adaptation des services aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie..... 34</p> <p> STRATÉGIE 1 : Poursuite de la mise en oeuvre de la politique de soutien à domicile..... 34</p> <p> STRATÉGIE 2 : Harmonisation des mesures de soutien aux proches aidants : collaboration et soutien accrus à l'entourage de la personne âgée en perte d'autonomie..... 37</p> <p> STRATÉGIE 3 : Repositionnement du rôle des RNI et des CHSLD..... 39</p> <p> STRATÉGIE 4 : Harmonisation de programmes spécialisés..... 42</p> <p> ENJEU 4 Soutenir le maintien à domicile par l'accès et la coordination des services médicaux et autres services..... 45</p> <p> ENJEU 5 Assurer la qualité des services et des ressources : application de normes et standards..... 49</p> <p> ENJEU 6 Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant pour offrir les services aux personnes âgées en perte d'autonomie..... 52</p> <p> ENJEU 7 Promouvoir la recherche et l'enseignement..... 55</p> <p>4 ESTIMATION DES IMPACTS DU PLAN..... 57</p> <p> 4.1 BESOINS EN RESSOURCES FINANCIÈRES..... 57</p>	<p>4.2 BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES..... 58</p> <p>4.3 BESOINS EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES..... 58</p> <p>5 PLAN GLOBAL D'INTERVENTION IMMOBILIÈRE..... 59</p> <p> 5.1 AJOUT DE NOUVELLES PLACES..... 59</p> <p> 5.2 RÉNOVATION FONCTIONNELLE MAJEURE..... 59</p> <p> 5.3 RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE..... 59</p> <p>CONCLUSION..... 61</p> <p>BIBLIOGRAPHIE..... 63</p> <p>ANNEXE I SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION AUPRÈS DES PROCHES AIDANTS..... 65</p> <p>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES..... 9</p> <p>LISTE DES TABLEAUX</p> <p> TABLEAU 1 POURCENTAGE DU POIDS DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC..... 13</p> <p> TABLEAU 7 RÉPARTITION DE DÉPENSES DU PROGRAMME-SERVICE "PERTE D'AUTONOMIE ET VIEILLISSEMENT"..... 15</p> <p>ANNEXE II TABLEAUX..... 69</p> <p> TABLEAU 2A POPULATION SELON LE SEXE, LE GROUPE D'ÂGE ET LE POIDS DÉMOGRAPHIQUE, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2006..... 71</p> <p> TABLEAU 2B POPULATION SELON LE SEXE, LE GROUPE D'ÂGE ET LE POIDS DÉMOGRAPHIQUE, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2011..... 71</p> <p> TABLEAU 3A PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001..... 73</p> <p> TABLEAU 3B HOMME DE 65 ANS ET PLUS VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001..... 73</p> <p> TABLEAU 3C FEMMES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001..... 73</p> <p> TABLEAU 4A PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SEULES EN MÉNAGE PRIVÉ, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001..... 75</p> <p> TABLEAU 4B HOMMES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SEULS EN MÉNAGE PRIVÉ, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001..... 75</p>
--	---

TABLEAU 4C	FEMMES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SEULES EN MÉNAGE PRIVÉ, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001	75
TABLEAU 5A	PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU, CSSS, MONTÉRÉGIE, ET QUÉBEC, 2001	77
TABLEAU 5B	HOMMES DE 65 ANS ET PLUS EN MÉNAGE PRIVÉ VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU, CSSS, MONTÉRÉGIE, ET QUÉBEC, 2001	77
TABLEAU 5C	FEMMES DE 65 ANS ET PLUS EN MÉNAGE PRIVÉ VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU, CSSS, MONTÉRÉGIE, ET QUÉBEC, 2001	77
TABLEAU 6	POPULATION DE 65 ANS ET PLUS DONT LE PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ EST INFÉRIEUR À UNE 9^E ANNÉE, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2001	77
TABLEAU 8	CIBLES MINISTÉRIELLES À ATTEINDRE ET ESTIMATION DES COÛTS EN MAINTIEN À DOMICILE, CSSS, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC	79
TABLEAU 9	RÉPARATION DES PLACES D'HÉBERGEMENT, CSSS, 2005	79
TABLEAU 10	TRANSFORMATION DE PLACES D'HÉBERGEMENT LD ET RNI	81
TABLEAU 11	PROJECTION DES PLACES EN CHSLD REQUISES 2006 ET 2011, SELON UN SCÉNARIO DE 3.1 % PLACES PAR 100 PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, CSSS, 2005	83
TABLEAU 12	PROJECTION DE PLACES EN RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES (RNI) REQUISES EN 2006 ET 2011	85

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADS	Analyse différenciée selon les sexes	LD	Longue durée
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux	MPOC	Maladies pulmonaires, obstructives chroniques
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral	OC	Organisme communautaire
CES	Chèque emploi-service	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèles
CAU	Centre affilié universitaire	PAD	Programme d'adaptation de domicile
CH	Centre hospitalier	PAL	Plan d'action local de santé publique
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	PAR	Plan d'action régional de santé publique
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée	PI	Plan d'intervention
CLSC	Centre local de services communautaires	PCP	Pratique clinique préventive
CMA	Cabinet médical associé	PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
CMR	Centre montérégien de réadaptation	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	PPP	Partenaire public privé
CRV	Centre de recherche sur le vieillissement	PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	PSI	Plan de services individualisé
CTMSP	Classification par types en milieux de soins et services prolongés longue durée	PALV	Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
DI	Déficience intellectuelle	PA	Personne âgée
DRH	Direction des ressources humaines	PEIO	Programme d'évaluation, d'intervention et d'orientation
DRMG	Département régional de médecine générale	PNPSA	Pour un nouveau partenariat au service des aînés
DSEIQ	Dossier santé électronique interopérable du Québec	RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
DSI	Direction des soins infirmiers	RI	Ressource intermédiaire d'hébergement
DSP	Direction de santé publique	RIS	Réseau intégré de services
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en soutien à domicile	RLS	Réseau local de services
GESTRED	Gestion de reddition de comptes	RNI	Ressource non institutionnelle
GMF	Groupe de médecine de famille	ROMAN	Regroupement des organismes montérégiens de soutien aux aidants naturels
H/F	Hommes/femmes	RTF	Résidence d'accueil de type familial
HLM	Habitation à loyer modique	RUIS	Réseau universitaire d'instituts de santé
HTA	Hypertension artérielle	SAD	Soutien à domicile
I-CLSC	Intégration CLSC	SHQ	Société d'habitation du Québec
IMAGES	Information des mécanismes d'admission pour fins de gestion	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille	UGCD	Unité gériatrique de courte durée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
Iso-SMAF	Système de gestion de l'information de groupe iso-ressources (ISO) basé sur le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)		

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène important dont les impacts se font déjà sentir sur les systèmes de santé et de services sociaux de plusieurs pays du monde à différents degrés. La région de la Montérégie se distingue par l'accélération du vieillissement de sa population au cours des vingt prochaines années. Pour faire face aux défis de cette augmentation très rapide du nombre de personnes âgées, le réseau montréalais doit procéder à une adaptation de toutes ses composantes organisationnelles, cliniques et administratives pour mieux répondre aux besoins grandissants et pressants de cette clientèle.

Ce plan d'action 2005-2010 de la Montérégie concerne la clientèle des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie. Cette clientèle recoupe en bonne partie celle du continuum « Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) » dont les travaux ont servi de base à l'identification de plusieurs des enjeux, stratégies et pistes d'action de ce plan. La clientèle du plan d'action comprend aussi les personnes âgées en perte d'autonomie qui présentent des problématiques multiples telles le cancer, la santé mentale ou les maladies chroniques et qui sont alors desservies par les services offerts par les autres continums d'intervention. Par ailleurs, les personnes de 65 ans et plus, ne présentant pas de perte d'autonomie, qui ont recours au système de santé lors d'un épisode de soins ponctuel, ne font pas partie de la clientèle visée par le plan d'action 2005-2010 sur les personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, on devra s'assurer de la prise en charge précoce de ces personnes lorsqu'un épisode de soins d'importance se produit, par exemple une hospitalisation d'urgence pour une fracture de hanche ou un AVC, afin de diminuer le risque de séquelles entraînant la perte d'autonomie.

MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PLAN

L'élaboration de ce plan a débuté par une démarche d'identification des enjeux et des stratégies à partir des balises régionales tirées du continuum PALV. Rappelons que les travaux portant sur les différents continums d'intervention en Montérégie et réalisés en 2004-2005 avaient permis d'identifier, selon les continums, des balises régionales ou pistes d'action ainsi que le potentiel d'impact de chacune de ces pistes. Pour sa part, le continuum PALV comporte 27 balises régionales classées selon les aspects *accessibilité*, *continuité* ou *qualité* des services. À la suite de l'identification des enjeux, stratégies et pistes d'action, le plan a été soumis à une démarche de consultation auprès des représentants du réseau de la santé et des services sociaux montréalais lors de rencontres avec les membres du comité régional PALV,

les directeurs généraux des CSSS et les représentants des établissements travaillant sur les projets cliniques.

Dans le but de connaître les besoins des aidants naturels qui constituent des partenaires essentiels aux services de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, une démarche de consultation a été réalisée auprès d'eux sous forme de *focus group*. Les résultats de cette consultation sont présentés en ANNEXE I du présent document.

PRINCIPES DIRECTEURS ET ACTIONS TRANSVERSALES

Plusieurs principes directeurs ont servi de base à l'élaboration de ce plan d'action régional 2005-2010. Certains principes ont une couleur plus régionale tandis que d'autres, incontournables, sont tirés intégralement du plan d'action national « Un défi de solidarité ».

Ces principes directeurs sont :

- Centrer le plan d'action sur les besoins des personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie.
- Tenir compte des assises liées aux continums : accessibilité, continuité, qualité.
- Respecter la liberté de la personne de choisir pour elle-même.
- Démontrer une volonté ferme de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté.
- Démontrer une solidarité à l'égard des proches aidants, à titre de citoyens, de partenaires et de clients, et la reconnaissance du caractère volontaire de leur engagement.
- Offrir l'information à la population sur le soutien auquel elle est en droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente et respectueuse de ses besoins.

Les axes ou actions transversales suivants ont également été identifiés comme importants à retenir dans l'ensemble de l'élaboration du plan :

- Intégrer l'approche gériatrique dans toutes les interventions effectuées auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Avoir une flexibilité dans l'organisation des services à la clientèle afin de la modéliser le plus possible en fonction des besoins variés.
- Positionner le rôle de soutien à l'élaboration des priorités en collaboration avec le réseau et à la mise en œuvre du plan d'action régional que doit nécessairement développer l'Agence pour faciliter l'atteinte de résultats en termes de qualité, d'accessibilité et de continuité de services.

- Mettre de l'avant le rôle de l'Agence dans la création de mécanismes de diffusion des pratiques probantes, des connaissances et des expériences gagnantes de transformation du travail et des pratiques pouvant soutenir l'adaptation de l'offre de service.
- S'assurer des arrimages nécessaires et du partage des responsabilités avec les partenaires intersectoriels (municipalités, éducation, organismes communautaires et bénévoles, etc.) afin de tenir compte des apports et des complémentarités de chacun dans l'optique d'une offre globale de service.

Ce plan d'action tient compte également des notions d'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans le but de discerner, de manière préventive, les effets distincts de son application sur les femmes et sur les hommes.

Finalement, un des défis importants auquel aura à faire face le réseau montérégien, au cours des prochaines années, sera d'assurer la diffusion à la population âgée d'une information précise sur les services existants pour tous les types de problématiques et sur la façon d'y accéder et de les utiliser afin de pouvoir y avoir recours au bon moment.

Outre le portrait de la clientèle ciblée, le présent plan d'action fait également état du portrait de l'organisation des services et des particularités régionales qui viennent teinter l'offre de service actuelle et à venir. Il s'articule autour des sept enjeux suivants pour lesquels il présente les stratégies et pistes d'action retenues et inclut un plan global d'intervention immobilière :

- Enjeu 1 : Éviter, diminuer et retarder la perte d'autonomie en misant sur la prévention.
- Enjeu 2 : Poursuivre l'implantation du modèle « intégration de services » centré sur les besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.
- Enjeu 3 : Privilégier le maintien à domicile par l'adaptation des services aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.
- Enjeu 4 : Soutenir le maintien à domicile par l'accès et la coordination des services médicaux et des autres services.
- Enjeu 5 : Assurer la qualité des services et des ressources par l'application de normes et standards.
- Enjeu 6 : Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant pour offrir les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- Enjeu 7 : Promouvoir la recherche et l'enseignement.

1. CONTEXTE RÉGIONAL

1.1 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE CIBLÉE¹

1.1.1 PROFIL DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS EN MONTÉRÉGIE

La Montérégie est la deuxième région sociosanitaire la plus peuplée du Québec abritant 18 % de l'ensemble des personnes âgées. En 2001, on a dénombré près de 150 000 Montérégiens âgés de 65 ans et plus. Ceux-ci représentaient 11,4 % de l'ensemble de la population comparativement à 13 % au Québec.

	2001	2006	2011	2026
Montérégie	11,4	12,7	15,1	24,1
Québec	13,0	14,1	15,9	24,4

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), perspectives démographiques, édition 2003, publié en janvier 2005

Les perspectives démographiques prévoient une accélération du vieillissement de la population. En 2006, 12,7 % de la population montérégienne sera âgée de 65 ans et plus. Cette proportion grimpera à 15 % en 2011. Ainsi, entre 2006 et 2011, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter de 37 000 individus, soit un accroissement de 21 %. Cette augmentation est plus importante que celle obtenue entre 2001 et 2006. Au cours des vingt prochaines années, la population de 65 ans et plus va plus que doubler par rapport à 2001, passant à plus de 350 000 individus en 2026. La proportion des personnes âgées sera alors sensiblement la même en Montérégie et au Québec, soit 24,1 % comparativement à 24,4 %. Cela signifie que le vieillissement de la population montérégienne s'avère nettement plus accéléré que celui de la population québécoise. D'ailleurs, la Montérégie connaîtra un vieillissement démographique un peu plus rapide que le Japon² où le processus est le plus important de toutes les sociétés industrialisées.

¹ Personnes âgées de 65 ans et plus

² La proportion de personnes âgées passera de 12 % à 24 % en 21 ans en Montérégie et en 22,2 ans au Japon.

Les femmes âgées de 65 ans et plus sont plus nombreuses que les hommes. En effet, en 2006, la population montérégienne comportera 7,2 % de femmes âgées de 65 ans et plus contre 5,5 % d'hommes. En 2011, ces proportions atteindront respectivement 8,4 % et 6,7 %.

Une telle évolution démographique est importante puisqu'elle concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus. En 2001, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 4,7 % de la population. Cette proportion doublera en 2026 pour atteindre 10,7 %. On observe cette même tendance démographique dans tous les territoires de CSSS; le nombre ainsi que la proportion de personnes de 65 ans et plus y progressent. Le poids démographique des personnes de 65 ans et plus va plus ou moins doubler selon le territoire de CSSS (ANNEXE II – Tableaux 2A, 2B).

1.1.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS

Distribution géographique : En Montérégie, près de 85 % des personnes âgées vivent en milieu urbain ou semi-urbain.

Lieu de résidence : En 2001, la vaste majorité (90,6 %) des personnes âgées vivait en ménages privés, c'est-à-dire à domicile dans des logements privés (ANNEXE II – Tableaux 3A, 3B, 3C). Ce pourcentage baisse avec l'âge (87,7 % des 75-84 ans et 58,5 % des 85 ans et plus). Les hommes, particulièrement ceux de 75 ans et plus, étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à vivre en ménages privés (91 % des hommes contre 86 % des femmes de 74-85 ans, 68 % des hommes de 85 ans et plus comparativement à 55 % des femmes du même groupe d'âge).

En 2001, 23,3 % des personnes âgées de 65-74 ans vivant à domicile y vivaient seules (ANNEXE II – Tableaux 4A, 4B, 4C). Cette proportion atteignait 36,5 % chez les 75-84 ans et 46 % chez les 85 ans et plus. Les femmes de 65 ans et plus sont significativement plus nombreuses que les hommes à vivre seules (38,4 % contre 16,3 %).

Faible revenu : En 2001, près de 20 % des personnes âgées résidant en ménages privés vivaient sous le seuil de faible revenu (ANNEXE II, Tableaux 5A, 5B, 5C). Cette proportion atteignait 23 % chez les 75-84 ans et 31 % chez les 85 ans et plus. Au Québec, en 2001, 23 % des 65 ans et plus, 26 % des 75-84 ans et 35 % des 85 ans et plus vivaient sous le seuil de faible revenu. Les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à vivre sous le seuil de faible revenu. En 2001, 25,1 % des femmes comparativement à 12,4 % des hommes de 65 ans et plus vivaient sous le seuil de faible revenu. L'écart

entre les femmes et les hommes est plus considérable chez les personnes très âgées. Ainsi en 2001, chez les 75-84 ans, 29,2 % des femmes comparativement à 12,3 % des hommes vivaient sous le seuil de faible revenu tandis que chez les 85 ans et plus, c'est 37,2 % des femmes comparativement à 17,6 % des hommes qui étaient dans cette situation.

Scolarité : Le groupe des personnes âgées est moins scolarisé que les autres groupes d'âge de la population (ANNEXE II – Tableau 6). En 2001, 47 % des personnes âgées de 65 ans et plus n'avait pas complété la 9^e année du secondaire comparativement à 14 % chez l'ensemble des 20 ans et plus.

1.1.3 ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS

Perception de l'état de santé : En Montérégie, en 2003, 21 % des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considéraient que leur état de santé général était « passable ou mauvais ». Cette proportion était deux fois plus élevée que pour la population de 12 ans et plus (10 %).

Morbidité : En 2003, environ 89 % des personnes âgées sont atteintes d'au moins un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire un état qui dure depuis plus de 6 mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire, des cancers, du diabète et autres.

Limitation des activités : En 1998, on a estimé que l'espérance de vie en bonne santé était de 10,8 ans chez les personnes de 65 ans et plus de la Montérégie, soit 11,5 ans pour les femmes et 9,8 ans pour les hommes.

La prévalence des limitations d'activités se révèle très importante car la vaste majorité des Montérégiens âgés de 75 ans et plus vit à domicile. En 2003, la proportion de personnes ayant des limitations d'activités augmentait significativement avec l'âge selon le type d'activité. Ainsi, 36 % des personnes âgées de 65 ans et plus de la Montérégie requéraient une aide pour effectuer leurs activités de vie quotidienne. Des problèmes physiques (80 %) ou mentaux (18 %) sont à l'origine des difficultés dans les activités de vie quotidiennes. Chez les personnes âgées, les maladies chroniques constituent une cause fréquente d'incapacités.

En 2001, environ 5,3 % de la population de 65 ans et plus de la Montérégie vivant à domicile présentait un risque possible ou probable de dépression. D'après les grandes études¹ épidémiologiques, 15 % des personnes âgées vivant dans la société présenteraient un syndrome dépressif. En centre d'hébergement, les pourcentages d'état dépressif peuvent atteindre 25 %.

Déficits cognitifs : En 1997, une étude² canadienne sur le vieillissement a établi la prévalence des déficits cognitifs avec ou sans démence à 26 % chez les personnes de 65 ans et plus, soit 13 % chez les 65-74 ans, 35 % chez les 75-84 ans et 65 % chez les 85 ans et plus. Ainsi, selon ces estimations, en Montérégie le nombre de personnes de 65 ans et plus présentant des déficits cognitifs passerait de 44 880 en 2006 à 53 790 en 2011. Parmi elles, la population souffrant de démence augmenterait de 14 900 en 2006 à environ 18 000 en 2011. De tous les cas de démence, on estimait que 64 % étaient de type Alzheimer et 50 % des personnes atteintes vivaient en communauté. Ainsi, en Montérégie, la population de 65 ans et plus souffrant d'Alzheimer pourrait passer de 9 540 en 2006 à 11 490 en 2011.

Comportements préventifs : En 2003, 35 % de la population âgée de 65 ans et plus a rapporté pratiquer rarement des activités physiques de loisir. Les habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises ainsi que le faible niveau de soutien social peuvent affecter la santé et le bien-être des personnes de 65 ans et plus.

La polymédication est un phénomène qui caractérise les personnes âgées et elle augmente avec l'âge. En 2000, selon une enquête de la RAMQ, 18 % des 65-74 ans, 27 % des 75-84 ans et 32 % des 85 ans et plus avaient au moins cinq ordonnances actives lors d'une journée donnée.

¹ Arcand-Hébert, (1997). Précis pratique de gériatrie, Edisem inc.

² Janice E. Graham et al. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. The Lancet, Vol. 349, June 21, 1997, pp.1793-1796.

1.2 PORTRAIT DE L'ORGANISATION DES SERVICES

1.2.1 CONFIGURATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES

En 2003-2004, la Montérégie consacrait 277,1 millions \$ pour le programme-service « Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) »

SERVICE	M\$	%
Services d'hébergement	208,8	75,3
Services à domicile	39,5	14,3
Ressources intermédiaires et résidences d'accueil	10,1	3,7
Services dans la communauté	14,3	5,2
Autres services	4,4	1,5
Total	277,1	100,0

Source : Contour financier préliminaire, les programmes-services et les programmes-soutien du réseau de la santé et des services sociaux 2003-2004, MSSS

Le budget alloué à ce programme a continué de s'accroître d'années en années. Notre défi est d'optimiser la répartition actuelle afin d'offrir une réponse adaptée aux besoins de la clientèle.

1.2.2 SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE

Une récente analyse des contours financiers des différents programmes et services du MSSS démontre, pour la Montérégie, un manque à gagner important dans le programme PALV, soit 29 M\$ (méthode Malouin, 2005-2006).

Certes, les allocations budgétaires sont historiquement le fruit de décisions locales. Cependant, il faut préciser que la majorité des autres programmes et services montérégiens se retrouve dans la même situation. Il devient, dès lors, évident que la mise en œuvre du plan d'action nécessitera un effort financier important.

1.2.3 UTILISATION DES SERVICES PAR LA CLIENTÈLE

PRÉVENTION

En matière de prévention, l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie se réalise essentiellement par les mêmes intervenants que pour les autres catégories de services. Ces intervenants sont ceux du système public de santé, des ressources privées, des organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale en aide domestique, des partenaires sectoriels, sans oublier, bien sûr, l'apport très important des proches aidants.

Cependant, les équipes de soins du système public de santé doivent se responsabiliser de façon très particulière quant aux services préventifs à assurer. Nous croyons que l'approche gériatrique est la meilleure garantie à cet égard puisqu'elle fait passer l'offre de service d'un mode réactif à un mode proactif axé sur la protection et le rehaussement des potentiels.

Par ailleurs, cette responsabilité de l'équipe de soins ne diminue en rien l'importante contribution à fournir par les autres partenaires. En Montérégie, où l'approche du maintien à domicile a depuis longtemps été favorisée, nous croyons que ces principes de l'offre de soin sont en bonne voie d'actualisation et nécessitent d'être soutenus avec énergie.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les 70 organismes communautaires financés par l'Agence et qui offrent des services aux personnes âgées sont des centres d'action bénévole, des centres communautaires pour personnes âgées, des regroupements d'aidants naturels, des popotes roulantes et des sociétés Alzheimer.

L'offre de ces organismes comprend les services suivants : conférences, dépannage, formation, groupes d'entraide, repas communautaires, repas livrés à domicile, soutien psychosocial, transport-accompagnement et autres. À noter que chaque organisme ne fournit pas toute cette gamme de services. L'offre peut varier d'un seul service (ex. : popote roulante) à presque tous les services précités (ex. : centre d'action bénévole).

Dans un souci d'équité et d'accessibilité aux services, on vise donc la réduction des écarts constatés au niveau de l'offre de service et du financement par territoire de CSSS. L'Agence a tout récemment adopté son *Cadre de référence régissant les relations entre l'Agence de santé et de services sociaux, les centres*

de santé et de services sociaux, les établissements régionaux et les organismes communautaires et bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce cadre, qui trace les balises qui encadrent dorénavant les collaborations entre les différents acteurs de notre réseau et les organismes communautaires, facilitera la participation des organismes communautaires à la concertation locale et la mise en œuvre du plan.

SOUTIEN À DOMICILE

Les travaux d'harmonisation des pratiques en soutien à domicile ont permis de statuer sur une offre de service commune à la clientèle, peu importe le territoire où elle habite. L'implantation des profils Iso-SMAF et le traitement informatisé des données nous donnent une connaissance plus exhaustive des besoins de la personne âgée desservie par les CSSS. Les travaux en cours nous permettent d'affirmer que les informations disponibles dans les tableaux de bord (besoins, services requis, écarts, contribution des proches aidants, situation de vie, etc.) nous permettront de cibler, non seulement nos interventions par profil clientèle mais également d'identifier les trajectoires de soins et les coûts associés. Nos défis sont de diminuer les listes d'attente, d'optimiser notre offre de service et de mettre en lien les informations contenues dans les différents tableaux de bord afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle et d'infléchir le rythme de croissance des demandes d'hébergement.

En ce qui concerne l'utilisation des services par la clientèle, dans le cadre du programme PALV, 19 975 personnes ont reçu des services et 6 700 d'entre elles ont également reçu des services dans d'autres programmes, notamment en santé physique et services généraux. La moyenne d'interventions par usager en 2004-2005 était de 23,34 (ANNEXE II – Tableau 8). Selon les cibles ministérielles à atteindre pour 2010, la Montérégie devra augmenter son volume d'usagers de 67 % et son nombre d'interventions de 72 %. Vous trouverez en ANNEXE le détail de ces renseignements par CSSS. Il est à souligner que les services offerts selon la modalité de l'allocation directe ne sont pas comptabilisés actuellement dans le système d'information I-CLSC.

RÉSIDENCES PRIVÉES

Une particularité importante de la configuration de l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie en Montérégie est le nombre de places d'hébergement disponibles en résidence privée, soit 12 500 (*registre 2004*) comparativement aux places dans le réseau d'hébergement public, soit 5 194 places

en longue durée, 1 079 en ressources non institutionnelles (RNI) et 140 en places achetées (ANNEXE II – Tableau 9).

Les professionnels du programme « perte d'autonomie et vieillissement » estiment que la moitié des personnes âgées hébergées dans ces résidences privées ont besoin de services infirmiers réguliers. Par ailleurs, les tableaux de bord des mécanismes d'accès à l'hébergement, implantés depuis 2003, fournissent des renseignements pour le moins inquiétants concernant les besoins de services pour ces résidents : « 57 %¹ des nouvelles demandes de services proviennent de personnes âgées en perte d'autonomie vivant en résidence privée ». Cette situation requiert une révision, non seulement de la configuration des services mais également des priorités d'accès et de la gestion d'imposantes listes d'attente, notamment au niveau des services d'aide et d'assistance.

SERVICES D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE

Actuellement, le réseau d'hébergement de la Montérégie compte 65 centres d'hébergement de soins de longue durée, soit 46 installations gérées par 11 CSSS, 11 établissements privés conventionnés et 8 établissements privés non conventionnés.

Le temps d'attente moyen pour l'admission dans ces installations pour une personne inscrite est de 148 jours. Ce délai varie selon l'installation choisie par le demandeur de services et le territoire de CSSS où la personne réside. Le délai d'admission le plus long demeure celui des personnes âgées en attente dans un établissement hors région (175 personnes en novembre 2005). Pour restreindre ces délais, des travaux ont été menés en 2004 et 2005 afin de modifier l'approche de gestion des listes d'attente. L'implantation de cette nouvelle manière de faire devrait permettre de réduire, à un maximum de trois mois, le délai d'attente de toute personne âgée inscrite, et ce, indépendamment du territoire d'origine et de la provenance de la demande (domicile, centre hospitalier, établissement hors région).

Quelle que soit la nature des établissements (publics, privés conventionnés, privés non conventionnés, etc.), tous devront mettre de l'avant l'importance d'aménager un réel « milieu de vie » de qualité et adapté aux besoins de la personne hébergée. Cette préoccupation transparaîtra tout autant dans les réaménagements physiques des installations que dans l'adaptation de l'approche de soins et de services.

¹ Données novembre 2005

RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

Afin d'optimiser les ressources dans le cadre d'une approche « Milieux de vie » qui vient imprégner le quotidien de tous les types d'établissements, nous devons faire des choix différents dans l'offre de service. En ce sens, dès 2003-2004, une série de mesures ont été prises, d'une part, pour transformer les places d'hébergement transitoires « achats de places » en ajout de places permanentes en ressources non institutionnelles (RNI) et d'autre part, pour compenser le déficit de places dans certains territoires de CSSS par des places d'hébergement dans les installations existantes en CHSLD (ANNEXE II – Tableau et Graphique 10). Ces mesures ont permis, notamment en 2005, d'assurer une plus grande diversification de formules résidentielles pour les personnes âgées nécessitant des services d'hébergement et de diminuer le haut taux de demandes d'hébergement provenant directement des centres hospitaliers.

On note un développement des ressources non institutionnelles important au cours des deux dernières années. Ce développement se situe surtout au niveau des ressources intermédiaires : 264 places RI en mars 2003 versus 717 places en décembre 2005. Pour ce qui est des places en RTF, celles-ci ont quelque peu diminué depuis deux ans : 454 places en mars 2003 versus 406 en décembre 2005.

Dans cet ordre d'idées et afin de mieux faire correspondre les besoins spécifiques de certaines clientèles avec un milieu de vie et un lieu d'hébergement mieux adaptés, il y a lieu d'examiner par exemple, l'hébergement actuel en RI de clients qui présentent des déficits cognitifs.

Il faudrait également évaluer si d'autres personnes hébergées, entre autres, celles occupant des places en unités prothétiques ou des lits-programme d'hébergement temporaire (convalescence, halte-répit, soins palliatifs de fin de vie, etc.), ne pourraient recevoir les mêmes services dans des ressources intermédiaires locales ou régionales plus adaptées à leurs besoins.

Pour répondre aux projections de places requises d'ici 2011 (ANNEXE II – Tableaux 11 et 12), plusieurs avenues de formules résidentielles restent à exploiter comme celles qui s'intéressent aux soins palliatifs en fin de vie ou celles qui permettent à des couples de personnes âgées de demeurer ensemble malgré des diagnostics de perte d'autonomie différents.

SERVICES MÉDICAUX

Toutes les personnes âgées en perte d'autonomie (domicile, RNI, résidences privées) n'ont pas accès à un médecin de famille. De plus, peu de médecins se déplacent à domicile pour la clientèle non ambulatoire.

Des liens plus étroits avec les cliniques sans rendez-vous et les services Info-Santé devront être établis pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services et ainsi éviter que la clientèle ait recours aux urgences hospitalières. De plus, le vieillissement des médecins omnipraticiens risque de compromettre la fragile prise en charge de la clientèle âgée.

Le passage d'un niveau de soins à un autre est souvent difficile pour la personne âgée en perte d'autonomie. Des mécanismes de concertation doivent être actualisés pour faciliter l'accessibilité. En l'absence de gériatres dans la région, quelques médecins généralistes ont développé une approche gériatrique. Dans les RUIS, les liens sont à consolider avec les médecins de clinique privée et les GMF.

Maladies chroniques : les personnes âgées atteintes de maladies chroniques telles le diabète, l'insuffisance cardiaque et les maladies pulmonaires, obstructives chroniques (MPOC) présentent, en vieillissant, des problèmes de limitation dans leurs activités quotidiennes. À l'image du Québec, on peut considérer qu'il y a 7 % de la population de la Montérégie atteinte de diabète qui, en vieillissant, présente des risques de complications. Elle nécessitera du soutien à domicile et dans les cas plus complexes, une prise en charge au niveau de l'hébergement. Lors de problèmes de santé, cette clientèle utilise davantage les services de consultation à l'urgence plutôt que de recourir aux services de médecine en cabinet ou aux services à domicile, lorsque requis.

L'offre de service est particulièrement déficiente au niveau de l'accès et de la prise en charge de la clientèle âgée par la médecine de première ligne et de l'accès à la radiologie diagnostique. Près de 30 % des patients de la Montérégie n'ont pas de médecin de famille. Les services spécialisés de soutien à la première ligne sont cependant disponibles dans tous les CSSS montérégiens. Pour leur part, les suivis systématiques de clientèle pour les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas disponibles dans tous les CSSS.

Cancer : présentement, dans la lutte contre le cancer, il n'y a pas d'organisation spécifique de services aux personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement. En collaboration avec le RUIS Sherbrooke, l'approche d'oncogériatrie est en développement au centre hospitalier régional et pourra être diffusée dans l'ensemble des CSSS au cours des prochaines années.

Santé mentale : 30 à 40 % des personnes fréquentant les cabinets de médecins présentent un trouble de santé mentale. Les activités ciblant le dépistage des signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux, la promotion et le soutien des pratiques préventives, incluant la formation des médecins, sont peu

développées en Montérégie. L'accessibilité aux services d'évaluation et de traitement pour les personnes âgées aux prises avec un trouble mental modéré ou grave (mission CLSC des CSSS) est très limitée.

Groupe de médecine de famille (GMF) : pour la clientèle âgée non inscrite en GMF, il y a un manque d'accessibilité et de continuité de services même dans les territoires où se trouvent des GMF. La Montérégie compte maintenant 19 GMF accrédités et 4 projets en cours d'évaluation. Les GMF présentement actifs se trouvent surtout en périphérie de la Montérégie et de l'axe urbain. Présentement, 26 872 personnes vulnérables sont inscrites en GMF sur le territoire de la Montérégie, ce qui représente 23 % de toute la clientèle inscrite dans la région. Le ratio de personnes vulnérables inscrites, comprenant les personnes âgées en perte d'autonomie, sur le total d'inscriptions, va de 11 % à 40 % selon le territoire de GMF. Il faudra miser sur la prise en charge de cette clientèle par des GMF dans ces milieux. Par ailleurs, des cliniques-réseau pourraient venir en complément à l'offre de service pour faciliter l'accessibilité.

SERVICES PROFESSIONNELS

La problématique concernant les services professionnels est de deux ordres, premièrement les services professionnels sont souvent difficilement accessibles aux personnes âgées en perte d'autonomie en raison principalement du manque de transport pour se déplacer ou de l'éloignement des services de leur territoire de résidence d'origine. Deuxièmement, des pénuries de main-d'œuvre dans certains services professionnels font en sorte que l'accès à ces services est, soit largement limité en Montérégie, soit à peu près inexistant sur un territoire donné. C'est le cas, notamment, des services en déficience motrice, en langage et parole et en déficience auditive pour les adultes en Montérégie.

De plus, certaines données laissent entrevoir un réel potentiel d'augmentation des besoins en termes de services professionnels puisqu'à titre d'exemple, en 2004-2005, 12 % des 1 078 adultes ayant reçu des services du programme déficience motrice du Centre montérégien de réadaptation (CMR) avaient plus de 65 ans. De même, on peut constater que 57 % de la clientèle de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) a actuellement plus de 65 ans.

1.3 PARTICULARITÉS RÉGIONALES

Au cours des dernières années, la Montérégie a développé plusieurs approches novatrices qui posent les premiers jalons d'une offre de service accessible, diversifiée et de qualité pour les personnes âgées en

perte d'autonomie. Ces approches touchent, entre autres, les champs du soutien à domicile, du soutien aux proches aidants, de l'hébergement, des résidences privées et des alternatives à l'hébergement traditionnel. Des outils d'information en temps réel sont également venus soutenir l'aide à la décision dans le domaine de l'hébergement.

Des projets prometteurs de réorganisation du travail et de développement des compétences viennent compléter cette vision novatrice axée sur la nécessité d'offrir des services de plus en plus adaptés à l'évolution des besoins de la clientèle.

SOUTIEN À DOMICILE

Démarche d'harmonisation des pratiques en SAD : La reconnaissance de l'expertise des CSSS et de l'Agence de la Montérégie dans la démarche d'harmonisation des pratiques en soutien à domicile est acquise au niveau provincial. Chef de file dans ce domaine, la région met à la disposition de l'ensemble des CSSS du Québec, les outils qu'elle développe et qu'elle appuie par le transfert de ses connaissances aux régions qui souhaitent implanter une telle démarche.

L'association de l'Agence avec le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut Universitaire de Sherbrooke lui permet d'acquérir des connaissances dans le domaine des meilleures pratiques et de développer des outils clinico-administratifs, soutien essentiel à la prise de décision, notamment en gestion clinique, opérationnelle et financière.

SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie : Depuis 1994, la Direction de santé publique de l'Agence s'est associée à dix-huit organismes communautaires et cinq missions CLSC de CSSS pour la réalisation d'un *Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie* visant à prévenir l'épuisement des aidants. Ces organismes et établissements partagent expertise, formation et innovation au sein du *Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels* (ROMAN). De plus, tant le profil des aidants et des personnes aidées que le profil des interventions et activités réalisées par les organismes membres du ROMAN font régulièrement l'objet d'un suivi par l'Agence. Ce suivi a démontré l'efficacité de ce projet spécifique à la Montérégie et la pertinence d'en poursuivre le développement.

RÉSIDENCES PRIVÉES

Adoption d'un cadre de référence visant à assurer la qualité des services et des conditions de vie adéquates pour les personnes âgées : articulé à partir d'un modèle original développé par un établissement de la région, le modèle montérégien d'accréditation a fait peau neuve et un cadre de référence, ciblant les résidences privées qui accueillent une clientèle âgée ou vulnérable, a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2004. Le cadre de référence montérégien fera l'objet d'un addendum à la suite de l'adoption du projet de loi 83 en novembre 2005. Ce cadre a été retenu comme modèle national au niveau des modalités et de la fréquence de la certification. La Montérégie contribuera ainsi au développement du processus dans chacune des régions du Québec.

ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT TRADITIONNEL

Programme « Pour un nouveau partenariat au service des aînés » : ce programme a fait l'objet d'un financement exceptionnel par le Ministère. L'objectif visait à solliciter des propositions d'organisation de services pour la clientèle en perte d'autonomie différentes du modèle traditionnel d'hébergement. Au cours de trois phases du programme, la Montérégie a ainsi obtenu le financement de quatre projets dont deux se situent dans des HLM, un dans une installation appartenant à une fondation et le dernier, dans une coopérative d'habitation. Ces projets visent à desservir un minimum de 45 personnes dans quatre territoires de CSSS (Haute-Yamaska, la Pommeraie, Richelieu-Yamaska, Vaudreuil-Soulanges).

HÉBERGEMENT

Développement d'une approche « Milieux de vie » en CHSLD : en 2001, un colloque régional avait lancé les premiers jalons du concept « Milieux de vie » dans les CHSLD de la Montérégie. Depuis 2002, la région a développé, de concert avec les gestionnaires et intervenants des CHSLD, une véritable approche « Milieux de vie ». Les principes de cette approche qui vise à créer un milieu de vie substitut de qualité qui répond aux besoins du résident, où il se sent « chez lui » et où il est valorisé comme membre de la collectivité, ont guidé les orientations nationales en la matière.

L'implantation montérégienne « Milieux de vie » est soutenue par le biais d'une structure qui comprend, outre un comité régional de coordination « Milieux de vie », la présence de porteurs de dossiers milieux de vie dans chacun des CHSLD et un « coaching » régional facilitant le réseautage entre les CHSLD et l'atteinte des objectifs d'implantation. En cours d'année, un outil d'accompagnement à l'implantation

« Milieux de vie » a été développé et mis en place en Montérégie sous l'appellation « *La boîte à outils CHSLD, Milieux de vie* ». Celle-ci est actuellement diffusée au niveau national et permet aux CHSLD de répondre aux demandes d'information sur l'approche, de préciser auprès du personnel et des familles ou proches aidants les services offerts et la philosophie qui guide la qualité de l'intervention au quotidien. Des formations régionales sont également venues soutenir le processus d'implantation de l'approche « Milieux de vie ».

Organisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant les services d'hébergement de longue durée (2005) : au cours des prochaines années, les CSSS seront davantage appelés à offrir des services d'hébergement de longue durée à des personnes présentant une déficience intellectuelle. Un cadre de référence sur l'organisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant les services d'hébergement de longue durée a été adopté en 2005. Ce cadre définit les balises de l'offre de service et les rôles que chacun des partenaires devra y jouer.

OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION DANS LE DOMAINE DE L'HÉBERGEMENT

L'ensemble des outils suivants permet d'accéder à l'information en temps réel assurant ainsi une gestion plus efficace des demandes d'hébergement :

IMAGES, version réseau : (information des mécanismes d'admission pour fins de gestion) : outil, unique au Québec, implanté en Montérégie en 2000, IMAGES, version réseau, permet la diffusion par Lotus Notes de sept rapports de gestion à tous les intervenants responsables des mécanismes d'accès à l'hébergement assurant une meilleure actualisation des données et l'accès rapide à des rapports de gestion valides et fiables.

Relevés hebdomadaires de la clientèle en longue durée présente en CHSGS : ces outils permettent de suivre l'évolution du taux d'occupation des lits de courte durée par des personnes âgées en attente d'hébergement. Une validation continue des données fournit aux dirigeants des CHSGS des informations fiables concernant le mouvement de la clientèle en longue durée et en RNI. Par exemple, l'inventaire validé des places disponibles par installation facilitant la relocalisation de la clientèle vers des ressources externes.

Tableaux de bord des mécanismes d'accès à l'hébergement : outils uniques au Québec, ces tableaux de bord sont diffusés à tous les partenaires du réseau et très utilisés par les responsables du « Programme perte d'autonomie liée au vieillissement » du MSSS. À la fin de chaque période financière, ceux-ci fournissent des indicateurs très utiles pour la gestion quotidienne de l'accès à l'hébergement. Les données saisies dans le cadre de ces tableaux de bord sont régulièrement « éclatées » pour répondre aux besoins spécifiques d'information des CSSS.

PROJETS PROMETTEURS DE RÉORGANISATION DU TRAVAIL ET DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Programme paritaire de dépistage et de prise en charge précoce des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive du territoire du Grand Suroît : dans un contexte régional de main-d'œuvre, le projet vise la continuité d'un développement durable de nouvelles pratiques de travail orientées selon des objectifs d'utilisation optimale des ressources disponibles. Dans une perspective de réorganisation où les priorités sont accordées aux services de santé de première ligne, il propose un modèle de développement et de transformation des pratiques de travail dans l'exercice de dépistage et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie cognitive et vivant sur le territoire des CSSS du Grand Suroît.

Projet interservices de nouvelles pratiques professionnelles et de soutien appuyant la création sous-régionale de ressources intermédiaires de convalescence avec la collaboration des résidences privées sur le territoire des CSSS Champlain et Pierre-Boucher : analyse et actualisation des aspects cliniques reliés aux besoins d'une clientèle à profil « virage ambulatoire » en utilisant les possibilités offertes par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Ce projet est réalisé en ressources intermédiaires telles que décrites par la Loi des services de santé et des services sociaux (1991, c.42, a 301, a 302) et non dans des résidences privées sans contrat RI, comme cela se fait présentement.

Élimination de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (en provenance des agences de placement) au CSSS Vaudreuil-Soulanges : ce projet met de l'avant des stratégies telles que des nouvelles modalités de recrutement et de rétention des ressources humaines, des planifications de transformation de postes et d'affectations, des développements de nouvelles pratiques intra et interdisciplinaires ou des ajustements des rôles et responsabilités de même que de nouvelles mobilités de ressources entre les sites et les missions.

Développement des compétences : le déploiement du plan d'action 2005-2010 nécessitera l'adaptation des compétences au niveau de l'exécution quotidienne du travail afin d'appuyer, entre autres, le fonctionnement en interdisciplinarité et l'implantation de l'approche « Milieux de vie ». Des formations développées spécifiquement pour la Montérégie sur des thématiques telles que le leadership infirmier et le développement des attitudes et du savoir-être des préposés aux bénéficiaires en contexte de « CHSLD-Milieus de vie » permettent de mieux outiller les intervenants afin de répondre aux besoins de la clientèle.

Dans un contexte d'interdisciplinarité et de démarche centrées sur le client, le projet *Plan d'intervention uni ou interdisciplinaire* et le *Plan de services individualisé (PSI)* mise sur la formation de formateurs pour offrir l'enseignement aux pairs et sur un « coaching » auprès des intervenants afin d'assurer une meilleure coordination et un suivi des services. Ce projet se situe à l'intérieur du processus clinique et influence les rôles et responsabilités de tous les intervenants, responsables de clients.

Après avoir fait le survol des faits saillants des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et des forces et faiblesses de l'organisation actuelle de services, nous aborderons maintenant les enjeux du plan d'action régional de même que les priorités, les stratégies et les pistes d'action qui nous permettront de relever les défis qui attendent l'ensemble du réseau montérégien au cours des cinq prochaines années.

2. ENJEUX ET DÉFIS À RELEVER

IDENTIFICATION DES ENJEUX ET DÉFIS	DESCRIPTION	TYPE D'ENJEU ¹	NIVEAU DE PRIORITÉ ²
<p>ENJEU 1</p> <p>Éviter, diminuer, retarder la perte d'autonomie en misant sur la prévention.</p>	<p>La pertinence d'agir en amont des problèmes de santé par des interventions de promotion, protection ou prévention recueille un large consensus auprès de ceux qui offrent des services aux personnes âgées frêles ou en perte d'autonomie; ces actions sont réalisées afin d'assurer les conditions favorisant la santé, d'éliminer ou d'atténuer les risques, d'intervenir précocement et efficacement afin d'éviter la détérioration et les complications liées aux maladies, ou encore de permettre et de hâter la réadaptation.</p>	Accessibilité	1
<p>ENJEU 2</p> <p>Poursuivre l'implantation du modèle « intégration de services » centré sur les besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.</p>	<p>Plusieurs travaux ont déjà été entrepris au niveau des réseaux intégrés de services qui visent une prise en charge complète de la clientèle « personne âgée en perte d'autonomie ». Notre défi est de poursuivre ces travaux et de consolider nos acquis. Cette mesure se doit d'être adaptée au contexte de la prestation de services, tout en satisfaisant aux critères suivants : évaluation globale des besoins, orientation des demandes, accès aux services et suivi adapté à la situation de la personne. L'implantation du modèle suppose l'articulation de trois composantes qui peuvent être modulées différemment mais qui représentent des incontournables pour répondre adéquatement aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur entourage, soit : les composantes clinique, organisationnelle et administrative.</p>	Accessibilité Qualité Disponibilité Continuité	1
<p>ENJEU 3</p> <p>Privilégier le maintien à domicile par l'adaptation des services aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.</p>	<p>Le défi à relever au cours des prochaines années demeure sans contredit la modification importante de l'offre de service actuelle. Afin d'infléchir le rythme de croissance de la demande pour de nouvelles places en hébergement de longue durée, nous devons à la fois rehausser les services de soutien à domicile dans la communauté et développer des liens étroits avec tous les partenaires du territoire. Pour atteindre cet objectif, les services et mesures mises en place doivent être complémentaires et adaptés aux besoins des personnes et de leurs proches. De plus, l'offre de service doit être flexible, connue de la population et les responsabilités de l'ensemble des partenaires clairement identifiées.</p> <p>La Montérégie devra tenir compte également des particularités des onze territoires de CSSS de sa région et assurer à toute personne un traitement égal, quels que soient son âge, son sexe, le type de domicile où elle réside et le dispensateur de services.</p>	Accessibilité Disponibilité Continuité Qualité	1
<p>ENJEU 4</p> <p>Soutenir le maintien à domicile par l'accès et la coordination des services médicaux et des autres services.</p>	<p>Cet enjeu met l'accent à la fois sur l'importance de l'accès et de la disponibilité des services médicaux et professionnels. De plus, il souligne la nécessité d'établir des mécanismes de référence, éléments indispensables à une prise en charge coordonnée de la clientèle.</p> <p>Les pistes d'action visent non seulement l'amélioration de l'accès et de la continuité mais viennent confirmer que toute personne âgée doit recevoir les services médicaux et professionnels requis à sa condition au même titre qu'un autre citoyen. Toutefois, les acteurs impliqués devront également répondre aux spécificités liées à la perte d'autonomie lorsque la situation l'exige.</p>	Disponibilité Accessibilité Continuité	1

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

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

IDENTIFICATION DES ENJEUX ET DÉFIS	DESCRIPTION	TYPE D'ENJEU ¹	NIVEAU DE PRIORITÉ ²
<p>ENJEU 5</p> <p>Assurer la qualité des services et des ressources : application des normes et standards.</p>	<p>Cet enjeu vise à assurer à la personne âgée en perte d'autonomie des services de qualité, peu importe le milieu où elle demeure. Chef de file dans la mise en place de quelques programmes axés sur la qualité (programme de gestion de la qualité des évaluations, protocoles de repérage des clientèles en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie, programme de certification dans les résidences privées, approche « Milieux de vie » en CHSLD, etc.), la Montérégie devra en poursuivre l'implantation.</p> <p>D'autres mesures mises en place actuellement dans les territoires locaux devront faire l'objet d'un recensement et d'une diffusion au niveau régional. Des programmes de formation devront également être offerts lorsque requis et mis à jour selon l'évolution des pratiques dans les différents domaines. Les changements souhaités au niveau de l'offre de service actuelle devront être appuyés par la diffusion des standards de qualité reconnus.</p>	Disponibilité Qualité	1
<p>ENJEU 6</p> <p>Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant pour offrir les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.</p>	<p>La présence de ressources humaines en quantité suffisante et la formation adéquate sont des enjeux majeurs. On connaît partiellement la disponibilité actuelle de la main-d'œuvre dédiée aux services pour les personnes âgées et les besoins futurs qui évolueront en fonction des nouveaux modèles d'organisation de soins et de services qui restent à définir. Dans un contexte de pénurie croissante d'effectifs dans plusieurs occupations et particulièrement chez les infirmières, on sait, d'une part, que les CHSLD seront particulièrement vulnérables puisque plus du tiers des infirmières ont plus de 50 ans et que, d'autre part, le recrutement de ressources supplémentaires requises pour assurer les nouveaux services de maintien à domicile pourrait être problématique pour les infirmières mais aussi pour plusieurs autres occupations dont en réadaptation fonctionnelle.</p> <p>Dans ce contexte de pénurie, il faudrait modifier l'organisation du travail afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines. Il s'agirait d'identifier la composition optimale des équipes de soins et de services. Des transformations organisationnelles s'avèreraient nécessaires dans les domaines de l'administration liés à des nouveaux modèles de gestion, des pratiques professionnelles et du développement professionnel afin de relever ce défi. De plus, pour assurer la formation adéquate de toutes les personnes œuvrant dans l'organisation, il faudra poursuivre et intensifier le programme de développement des compétences requis pour les membres de conseil d'administration, les directeurs généraux, le personnel d'encadrement et le personnel œuvrant dans les établissements ayant une mission de CHSLD et de soutien à domicile ainsi que dans le réseau communautaire.</p>	Disponibilité Accessibilité Continuité Qualité	1
<p>ENJEU 7</p> <p>Promouvoir la recherche et l'enseignement.</p>	<p>Notre défi est de s'engager à mettre en place des conditions nécessaires pour que les établissements universitaires œuvrant en gérontologie et en gériatrie augmentent leurs activités de recherche touchant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être et réalisent des activités permettant le transfert effectif des connaissances aux intervenants travaillant auprès des personnes âgées.</p> <p>Complémentarité des activités d'enseignement et de recherche des établissements universitaires œuvrant en gérontologie et gériatrie (création de liens avec les universités).</p>	Qualité	1

3. CHOIX ET MODALITÉS DE RÉALISATION ET DE SUIVI

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION			
<p>Application aux personnes âgées en perte d'autonomie du plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 et des plans d'action locaux (PAL) qui en découlent.</p>	<p>Prévention de l'influenza et des infections à pneumocoque</p> <p>En 2004-2005, la couverture vaccinale contre l'influenza était de 59 % en milieu communautaire et de 84 % en CHSLD. Celle contre le pneumocoque est inconnue.</p> <p>Les couvertures vaccinales contre ces deux infections chez les personnes suivies par les soins à domicile sont inconnues.</p> <p>Par ailleurs, une enquête provinciale indique que seulement 40 % des personnes de plus de 65 ans seraient immunisées contre le pneumocoque.</p> <p>Prévention des infections nosocomiales</p> <p>Aucune information n'est actuellement disponible sur l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les CHSLD et chez les personnes âgées suivies à domicile.</p> <p>Aucune information n'est disponible actuellement sur le niveau d'application des mesures recommandées dans le programme intégré de prévention des infections nosocomiales dans les CHSLD et chez les personnes âgées suivies à domicile.</p> <p>Prévention des chutes</p> <p>Nécessité de réaliser, sur les territoires locaux, certaines interventions reconnues efficaces afin d'atténuer l'important problème des chutes chez les personnes âgées.</p>	<p>80 % des personnes âgées de 65 ans et plus seront vaccinés contre l'influenza et le pneumocoque.</p> <p>Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques.</p> <p>Que chaque CSSS réalise des interventions efficaces afin de prévenir les chutes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la protection des personnes âgées en perte d'autonomie à l'égard de l'influenza et des infections à pneumocoque. ▪ Appliquer les mesures recommandées afin de prévenir les infections nosocomiales chez les personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services des établissements publics de soins. ▪ Appliquer certaines des interventions proposées par le Cadre de référence provincial en prévention des chutes.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION			
<p>Application aux personnes âgées en perte d'autonomie du plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 et des plans d'action locaux (PAL) qui en découlent (suite de la stratégie).</p>	<p>Promotion des actions de développement des communautés</p> <p>Nécessité de réaliser les interventions prévues par les PAL visant les personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Actuellement, les territoires de CSSS ne possèdent pas tous une table intersectorielle dédiée aux personnes âgées.</p> <p>Usage optimal des médicaments</p> <p>Information et éducation déficientes des usagers à l'égard du bon usage des médicaments.</p> <p>Interventions visant la santé mentale et le suicide</p> <p>Le besoin de mieux informer et outiller le public et les divers intervenants à l'égard des problèmes d'anxiété, de dépression et du suicide est bien établi (PNSP, PAR, PAL).</p> <p>Interventions en nutrition et en activité physique</p> <p>L'état nutritionnel des personnes âgées en perte d'autonomie est fréquemment déficient.</p> <p>Les personnes âgées, particulièrement celles en perte d'autonomie, ont fréquemment un niveau d'activité physique sous-optimal.</p> <p>Application des pratiques cliniques préventives</p> <p>Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont sous-utilisées, dont celles visant l'hypertension (HTA) et les chutes.</p>	<p>Réaliser les interventions destinées aux personnes âgées prévues aux PAL.</p> <p>Compléter et améliorer la couverture des territoires de CSSS par des tables intersectorielles dédiées aux personnes âgées.</p> <p>Réaliser sur l'ensemble du territoire de la Montérégie, des interventions d'information et d'éducation favorisant le bon usage des médicaments.</p> <p>Réaliser les interventions prévues aux PAR et aux PAL afin de mieux informer et outiller le public et les intervenants, à l'égard des problèmes d'anxiété, de dépression et du suicide.</p> <p>Améliorer l'accessibilité à une alimentation de qualité des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Augmenter le niveau d'activité physique des personnes âgées, particulièrement chez celles ayant une perte d'autonomie.</p> <p>Améliorer l'utilisation par les cliniciens des PCP éprouvées, notamment celles portant sur l'HTA et les chutes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les actions de développement des communautés identifiées au PAL, dont la mise en place de « tables de concertation locales personnes âgées ». ▪ Favoriser l'usage optimal des médicaments en réalisant auprès des usagers des interventions d'information et d'éducation. ▪ Réaliser les interventions visant la santé mentale et le suicide. ▪ Réaliser les interventions planifiées en matière de nutrition et d'activité physique. ▪ Appliquer les pratiques préventives (PCP) éprouvées, dont celles sur l'HTA et les chutes.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION			
<p>Application aux personnes âgées en perte d'autonomie du plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 et des plans d'action locaux (PAL) qui en découlent (suite de la stratégie).</p>	<p>Mesures de protection recommandées à l'égard des risques environnementaux</p> <p>Les personnes âgées en perte d'autonomie sont particulièrement à risque à l'égard des incendies, du « smog », de la chaleur accablante et de certains contaminants de l'air intérieur dont le monoxyde de carbone et les moisissures. Les mesures de protection et de prévention à l'égard de plusieurs de ces risques sont actuellement peu connues ou implantées dans les milieux de soins.</p> <p>Mesures pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière</p> <p>Les modes d'intervention appropriés à mettre en œuvre pour agir adéquatement à l'encontre de ces problématiques, souvent complexes, mériteraient d'être mieux connus, maîtrisés et déployés par les intervenants offrant des services socio-sanitaires et par leurs partenaires sectoriels.</p>	<p>Appliquer, dans les milieux de soins, les mesures de protection et de prévention recommandées pour les personnes âgées en perte d'autonomie à l'égard de certains risques environnementaux.</p> <p>Augmenter la compétence des intervenants, des équipes de soins et des partenaires sectoriels pour agir de façon appropriée dans ces situations complexes. Appliquer une approche multidisciplinaire de type CARE¹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer les mesures de protection recommandées à l'égard des risques environnementaux dont les incendies, la chaleur accablante et le « smog », la qualité de l'air intérieur, pour les personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services des établissements publics de soins. ▪ Mettre en place des mesures pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées en perte d'autonomie dans tous les lieux où elles vivent.

¹ CARE : Modèle d'intervention décrit dans : Reis, Myrna et Daphne Nahmiash. « Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées – Un manuel d'intervention », Presse de l'Université Laval, 1998, 135 p.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION					
Améliorer la protection des personnes âgées en perte d'autonomie à l'égard de l'influenza et des infections à pneumocoque.	Monitoring des couvertures vaccinales.	Annuellement	DSP	CSSS Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Taux de couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque. Nombre d'activités annuelles en soutien à la campagne de communication provinciale. Nombre de professionnels formés annuellement et leur provenance. Activités réalisées en lien avec le plan d'urgence relatif à la pandémie appréhendée d'influenza.
	Soutien à la campagne de communication provinciale, tant auprès du public qu'auprès des professionnels.	Annuellement	CSSS	DSP Médecins Pharmaciens	
	Formation des professionnels au besoin.	Annuellement	DSP	CSSS	
	Participation au plan d'urgence relatif à la pandémie appréhendée d'influenza.	Si requis par DSP	CSSS	DSP Médecins Pharmaciens	
Appliquer les mesures recommandées afin de prévenir les infections nosocomiales chez les personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services des établissements publics de soins.	Appliquer les mesures recommandées dans le programme intégré de prévention des infections nosocomiales à réaliser par les établissements publics offrant des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie.	2005 et s.	CSSS	DSP Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'infections observés en milieu de soins, régionalement et par CSSS, à l'égard, entre autres, des infections nosocomiales. Niveau d'application des mesures recommandées. Disponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière dédié(e) dans chaque CSSS.
	Disponibilité dans chaque CSSS d'infirmiers et d'infirmières en prévention des infections dédiées à la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie desservie.	2007 et s.	CSSS CAU	DSP Universités et Instituts	
Appliquer certaines des interventions proposées par le Cadre de référence provincial en prévention des chutes.	Intervention multifactorielle non personnalisée : programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)				<ul style="list-style-type: none"> Nombre de groupes formés et de personnes exposées.
	Former des animateurs de groupe.	2005 et s.	CSSS	DSP OC	
	Publiciser le programme.	2005 et s.	CSSS	DSP OC	
Recruter les participants.		2005 et s.	CSSS	DSP OC Médecins	

¹ R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION					
Appliquer le cadre de référence provincial en prévention des chutes (suite).	Application par les cliniciens de la pratique clinique préventive (PCP) recommandée pour les personnes âgées ayant fait une chute ou à risque de chute :				
	Diffuser le portfolio aux cliniciens visés lorsqu'il sera disponible.	2007 et s.	DSP ou CSSS	INSPQ Instituts de gériatrie Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de portfolios distribués.
	Offrir des formations.	2007 et s.	Instituts de gériatrie ou INSPQ	CSSS Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de formations offertes et nombre de participants.
Soutenir les actions de développement des communautés identifiées au PAL, dont la mise en place de tables de concertation locales personnes âgées.	Réaliser les interventions de développement des communautés identifiées aux PAL et visant les personnes âgées.	2006 et s.	CSSS	DSP OC Partenaires sectoriels	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation des actions prévues aux PAL.
	Mettre en place, sur chaque territoire de CSSS, une table intersectorielle personnes âgées opérationnelle.	2006 et s.	CSSS	DSP OC Partenaires sectoriels	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de territoires de CSSS couverts par une table intersectorielle personnes âgées.
Favoriser l'usage optimal des médicaments en réalisant auprès des usagers des interventions d'information et d'éducation.	Maintenir le déploiement du programme « Les médicaments : Oui... Non... Mais ! ».	2005 et s.	CSSS	DSP OC	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de territoires couverts. Nombre de sessions offertes annuellement. Nombre de personnes exposées.
	Réaliser l'intervention « Ménage de la pharmacie ».	2006 et s.	CSSS	DSP Pharmaciens Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de CSSS réalisant le « Ménage ». Nombre de « Ménages » réalisés. Nombre de professionnels ayant reçu la formation.
	Soutien des campagnes d'information provinciales.	2005 et s.	ASSS	CSSS Pharmaciens Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de campagnes soutenues.
Réaliser les interventions visant la santé mentale et le suicide.	<p>Dépression et troubles anxieux :</p> <p>Réaliser des activités de sensibilisation et d'information du grand public à l'égard des problèmes de dépression et d'anxiété de même que des ressources pour y répondre.</p>	2006 et s.	CSSS	DSP OC Médecins	<ul style="list-style-type: none"> Nature des activités de sensibilisation et d'information réalisées.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION					
	<p>Suicide :</p> <p>Réaliser l'intervention « Ménage de la pharmacie ».</p> <p>Mise en œuvre du programme de sentinelles.</p> <p>Formation de sentinelles.</p> <p>Activités de sensibilisation de professionnels et du grand public.</p>	<p>2006 et s.</p> <p>2006 et s.</p> <p>2006 et s.</p> <p>(à définir)</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>DSP</p> <p>MSSS</p>	<p>DSP Pharmaciens Médecins</p> <p>DSP OC</p> <p>CSSS OC CAU</p> <p>DSP CSSS OC Médecins Infirmières Psychologues Travailleurs sociaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de CSSS réalisant le « Ménage ». Nombre de « Ménages » réalisés. Nombre de professionnels ayant reçu la formation. Nombre de CSSS appliquant le programme de sentinelles. Nombre de formations offertes et de sentinelles formées. Nombre de campagnes réalisées.
<p>Réaliser les interventions planifiées en matière de nutrition et d'activité physique.</p>	<p>Nutrition et activités physiques :</p> <p>25 milieux de vie des aînés, notamment des résidences privées, auront amorcé l'implantation du Programme 0-5-30.</p> <p>Toutes les municipalités avec des ressources permanentes en loisir auront été sensibilisées à l'importance d'offrir des services et de rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés.</p>	<p>2006 et s.</p> <p>2006 et s.</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p>	<p>DSP OC</p> <p>DSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de milieux de vie des aînés ayant amorcé l'implantation du Programme 0-5-30. Nombre de municipalités avec ressources permanentes en loisir ayant été sensibilisées à l'importance d'offrir des services et de rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés.
<p>Appliquer les pratiques cliniques préventives (PCP) éprouvées dont celles sur l'hypertension et les chutes.</p>	<p>Distribuer les portfolios sur l'HTA et les chutes lorsqu'ils seront disponibles.</p> <p>Soutenir l'utilisation des portfolios par les stratégies applicables.</p>	<p>2006 et s.</p> <p>2006 et s.</p>	<p>DSP ou CSSS</p> <p>DSP ou CSSS</p>	<p>INSPQ Instituts de gériatrie Médecins</p> <p>INSPQ Instituts de gériatrie Infirmières Médecins</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de portfolios distribués pour HTA et chutes. Nombre de formations offertes. Nombre de cliniciens formés. Nombre de visites d'accompagnement et de soutien réalisées.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION					
<p>Appliquer les mesures de protection recommandées à l'égard des risques environnementaux dont les incendies, la chaleur accablante et le « smog », la qualité de l'air intérieur, pour les personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services des établissements publics de soins.</p>	<p>Appliquer le programme INFO-SMOG :</p> <p>Poursuivre la campagne de sensibilisation.</p> <p>Offrir des formations au besoin.</p>	<p>Annuellement</p> <p>Annuellement</p>	<p>DSP</p> <p>DSP</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste de diffusion des outils de sensibilisation. ▪ Disponibilité du plan d'intervention local. ▪ Nombre d'intervenants locaux formés. ▪ Liste de diffusion des outils de sensibilisation. ▪ Nombre d'intervenants formés. ▪ Programme disponible et niveau d'implantation.
	<p>Appliquer le programme sur la chaleur accablante :</p> <p>Élaborer le plan d'intervention local.</p> <p>Offrir une formation aux intervenants locaux.</p>	<p>2006</p> <p>2006 et s.</p>	<p>CSSS</p> <p>DSP</p>	<p>DSP</p> <p>CSSS OC Auxiliaires familiales Infirmières Médecins</p>	
	<p>Appliquer le programme de sensibilisation au CO (monoxyde de carbone) :</p> <p>Poursuivre le programme de sensibilisation.</p> <p>Offrir des formations au besoin.</p>	<p>Annuellement</p> <p>Au besoin</p>	<p>DSP</p> <p>DSP</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p>	
	<p>Élaborer et implanter le programme sur les moisissures.</p>	<p>2007</p>	<p>DSP</p>	<p>CSSS</p>	

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 1 : ÉVITER, DIMINUER, RETARDER LA PERTE D'AUTONOMIE EN MISANT SUR LA PRÉVENTION					
Mettre en place des mesures pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées en perte d'autonomie dans tous les lieux où elles vivent.	Assurer la coordination des interventions dans le cadre des activités des « tables intersectorielles personnes âgées ».	2006 et s.	CSSS	ASSS DSP OC Partenaires sectoriels Secrétariat aux aînés	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une structure de concertation sur chaque territoire de CSSS ayant abordé la problématique.
	Offrir la formation.	2006 et s.	Instituts (Experts)	CSSS ASSS DSP OC Partenaires sectoriels	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de formations offertes. Nombre de personnes formées selon le type d'intervenant.
	Assurer la supervision clinique.	2006 et s.	Instituts (Experts)	CSSS ASSS DSP OC Partenaires sectoriels	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'activité de supervision clinique. Nombre de personnes âgées ayant reçu un service. Nombre de volets déployés du modèle d'intervention multidisciplinaire de type CARE (pratique éprouvée).

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 2 : POURSUIVRE L'IMPLANTATION DU MODÈLE « INTÉGRATION DE SERVICES » CENTRÉ SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE			
<p>Systematisation des modalités d'intervention dans tous les réseaux locaux de services (RLS).</p>	<p>Différentes grilles utilisées pour l'identification de la clientèle dont l'utilisation est variable selon le territoire; Outil de repérage 65 ans et plus par les missions CLSC; Dépistage systématique de la clientèle à profil gériatrique à l'urgence; Dépistage pour la clientèle présentant une démence ou perte cognitive.</p> <p>Aucune grille actuellement utilisée par les médecins de cabinet privé ou dans les GMF.</p> <p>Implantation par le tiers des CSSS d'un guichet d'accès unique.</p> <p>Vision non partagée de la définition, des rôles, responsabilités et fonctions du gestionnaire de cas et de l'intervenant-pivot.</p> <p>En RNI, pas d'évaluation systématique (OEMC) de la clientèle PALV (OEMC)</p> <p>Système de classification des besoins (Iso-SMAF) n'est pas implanté dans toutes les composantes du réseau.</p> <p>Avec les différents systèmes d'information implantés en Montérégie, impossible de transmettre des renseignements ou de consulter des dossiers d'un établissement à un autre.</p> <p>Services professionnels autres qu'infirmiers constituent des maillons faibles dans la hiérarchisation des services.</p>	<p>Systematisation de l'application d'outils, de repérage de personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque, validés et reconnus.</p> <p>Implantation des différents éléments des trois composantes d'un réseau intégré de services (RIS) : clinique, organisationnelle et administrative dans chaque CSSS tel que défini dans les <i>Orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées</i>.</p> <p>Amélioration de la hiérarchisation des services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérage des personnes de 75 ans et plus en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. ▪ Implanter les composantes du RIS : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Composante clinique - un système de gestion de cas : un intervenant coordonne un plan de services, s'assure que les services soient effectivement donnés et procède à l'évaluation périodique des besoins. ⇒ Composante organisationnelle : un guichet unique pour simplifier l'accès aux services; un système de classification basé sur le profil de l'autonomie fonctionnelle, un système de communication permettant de relier efficacement les intervenants du réseau. ⇒ Composante administrative : des mécanismes de concertation qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 2 : POURSUIVRE L'IMPLANTATION DU MODÈLE « INTÉGRATION DE SERVICES » CENTRÉ SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
<p>Repérage des personnes de 75 ans et plus en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie.</p>	<p>Convenir de protocoles dans tous les réseaux, incluant cabinets privés, GMF, CMA, urgence des centres hospitaliers : préciser les processus, choisir les outils.</p> <p>Continuer à soutenir attentivement l'implantation des mesures découlant des recommandations du CCNU.</p>	2006 - 2007	CSSS Hôpital Charles LeMoine	<p>Médecins Cabinets privés GMF Établissements régionaux CMA ASSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation du degré d'implantation des protocoles (ex. : nombre des territoires locaux couverts, harmonisation des outils). Degré d'implantation des mesures.
<p>Implantation des composantes du RIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Composante clinique : un système de gestion de cas : un intervenant coordonne un plan de services, s'assure que les services soient effectivement rendus et procède à l'évaluation périodique des besoins. 	<p>Compléter prioritairement l'implantation des RIS Partager une vision commune des définitions, rôles, responsabilités et fonctions du gestionnaire de cas et/ou de l'intervenant-pivot. Implanter la vision retenue.</p> <p>Mettre à jour le programme actuel de formation en gestion de cas en fonction de la vision retenue. Consolider et monitorer l'approche interdisciplinaire en poursuivant la démarche régionale en cours.</p>	2006-2007 2006 et s	CSSS CSSS		<ul style="list-style-type: none"> Nombre des RIS implantés. Nombre (H/F) de personnes âgées en perte d'autonomie et de leur entourage (s'il y a lieu) ayant un seul intervenant responsable de leur dossier (intervenant-pivot et/ou gestionnaire de cas). Nombre d'intervenants formés. Nombre d'intervenants formés à l'approche interdisciplinaire (PI-PSI).
<ul style="list-style-type: none"> Composante organisationnelle : un guichet unique pour simplifier l'accès aux services; un système de classification des besoins basé sur le profil de l'autonomie fonctionnelle; un système de communication permettant de relier efficacement les intervenants du réseau. 	<p>Identifier un seul point d'entrée et devancer prioritairement l'échéance de la mise en place du guichet unique.</p> <p>Établir un seul mécanisme d'orientation pour accueillir sur un territoire de CSSS toutes les personnes âgées en perte d'autonomie et leur entourage demandant des services à domicile et d'hébergement.</p> <p>Implanter le dossier clinique partageable (dossier-patient-maître, évaluation OEMC, profils Iso-SMAF, PI/PSI, notes d'évolution, etc.). Implanter le dossier santé électronique interopérable du Québec (DSEIQ).</p> <p>Participer à l'expérimentation du DSEIQ dans un territoire local de la Montérégie.</p>	2007 2006 et s 2006 et s 2006 et s	CSSS CSSS MSSS ASSS ASSS	ASSS ASSS	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un guichet unique par CSSS. Nombre de personnes âgées (H/F) et de leurs proches desservis au guichet unique par CSSS. Nombre de PI élaborés. Nombre de PSI « monitorés ». Évaluation du degré d'implantation du dossier clinique partageable. Évaluation du degré d'implantation du système de classification des besoins : profils Iso-SMAF. Évaluation du degré de réalisation du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

¹ R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION			MODALITÉS DE SUIVI	
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)		(C)
ENJEU 2 : POURSUIVRE L'IMPLANTATION DU MODÈLE « INTÉGRATION DE SERVICES » CENTRÉ SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composante administrative : des mécanismes de concertation qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs. 	<p>Redéfinition de la hiérarchisation des services visant l'utilisation efficace et efficiente des ressources</p> <p>Clarifier l'offre de service. Définir les modes de référence. Clarifier les rôles et responsabilités des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.</p>		<p>CSSS ASSS</p>	<p>Cabinets privés GMF EÉSAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des conditions facilitantes pour favoriser les composantes du RSI. ▪ Offre de service. ▪ Diffusion des modes de référence.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE STRATÉGIE 1 : Poursuite de la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile			
<p>Poursuivre la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile par l'adaptation des services aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.</p>	<p>Mise en œuvre partielle de la politique de soutien à domicile</p>	<p>Offre de service adaptée aux besoins de la personne et de ses proches (nature, accessibilité, intensité).</p> <p>Disponibilité de nouvelles formules de logements adaptés.</p> <p>Clarification des rôles et responsabilités des partenaires du territoire (intersectorialité).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter la gamme des services offerts et moduler l'offre de service selon les caractéristiques de la population âgée. ▪ Poursuivre les travaux d'harmonisation des pratiques. ▪ Revoir les modalités d'accès aux services d'aide domestique et d'assistance personnelle afin de mieux soutenir les personnes âgées et leurs proches aidants. ▪ Poursuivre les travaux relatifs à l'utilisation des profils Iso-SMAF (gestion clinique, opérationnelle et financière). ▪ Augmenter les ressources humaines, matérielles et financières pour atteindre les cibles ministérielles. ▪ Optimiser, par territoire local, la gestion du programme d'aide technique et d'équipements. ▪ Appuyer le développement et la diversification de logements adaptés aux personnes âgées en perte d'autonomie. ▪ Favoriser le développement d'ententes intersectorielles.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
STRATÉGIE 1 : Poursuite de la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile					
Compléter la gamme de services offerts et moduler l'offre de service selon les caractéristiques de la population.	Consolider le SAD et les services en périphérie de celui-ci offerts dans la communauté.	2006 - 2007	CSSS	Médecins Cabinets privés GMF	▪ Degré d'implantation
	Consolider l'offre de service post hospitalière et de réadaptation en mode ambulatoire.	2006 – 2007	id	OC EÉSAD	▪ Degré d'implantation
	Poursuivre les travaux régionaux « plan de mise en œuvre de la politique de soutien à domicile ».	2006 et s.	id	Secteur privé Établissements régionaux Municipalités	▪ Adoption du plan régional de mise en œuvre de la politique SAD. ▪ Évaluation du degré d'implantation.
Poursuivre les travaux d'harmonisation des pratiques.	Soutenir régionalement les travaux d'harmonisation des pratiques.	2006 et s.	ASSS CSSS	Médecins OC EÉSAD Cabinets privés GMF Établissements régionaux Municipalités	▪ Degré d'harmonisation des pratiques.
Revoir les modalités d'accès aux services d'aide domestique et d'assistance personnelle afin de mieux soutenir les aînés et les proches aidants.	Élaborer un cadre de référence sur les modalités de dispensation des services d'aide à domicile et statuer sur le partage des rôles des différents dispensateurs.	2006 et s	ASSS CSSS	OC EÉSAD Cabinets privés GMF Municipalités	▪ Adoption d'un cadre de référence. ▪ Évaluation du degré d'implantation par territoire (RLS).
Poursuivre les travaux relatifs à l'utilisation des profils Iso-SMAF (gestion clinique, opérationnelle et financière).	Moduler l'intensité de services en fonction des profils Iso-SMAF (décision en fonction du taux d'adéquation).	2006 et s	CSSS ASSS	Centre de recherche sur le vieillissement (CRV) Partenaires de la communauté	▪ Suivi de la conformité de l'utilisation des taux d'adéquation.

¹R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
STRATÉGIE 1 : Poursuite de la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile					
Augmenter les ressources humaines, matérielles et financières pour atteindre les cibles ministérielles.	Mettre à jour et rendre disponible l'information régionale (bilan des activités, tableaux de bord, GESTRED, etc.) pour atteindre les cibles ministérielles. Faire les liens nécessaires avec l'enjeu 6 qui traite de la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée. Développer un outil pour le suivi des besoins en ressources matérielles et financières dans le cadre de la nouvelle offre de service.	2006 et s.	ASSS	CSSS	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour des données des tableaux de bord (accessibilité sur le site de l'ASSS). Suivi des cibles ministérielles : nombre de personnes desservies (H/F) nombre moyen d'interventions par personne (H/F). Suivi des données concernant la main-d'œuvre. Disponibilité de l'outil.
Optimiser, par territoire local, la gestion du programme d'aides techniques et équipements.	Élaborer un cadre de gestion pour le programme d'aides techniques et équipements (évaluation des demandes, accès, entretien, décentralisation des budgets par territoire).	2006 et s.	CSSS ASSS	Médecins OC EÉSAD Secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> Adoption d'un cadre de gestion régional. Évaluation du degré d'implantation dans chaque territoire.
Appuyer le développement et la diversification de logements adaptés aux personnes âgées en perte d'autonomie.	Soutenir les initiatives locales dans le développement de nouvelles formules résidentielles, de logements sociaux ou adaptés. Poursuivre l'analyse à la suite de l'inventaire des logements sociaux. Consolider le programme d'adaptation de domicile (PAD) et en diminuer les délais d'attente.	2006 et s. 2006 et s.	MSSS SHQ CSSS	Secteur privé OMH OC Municipalités Établissements régionaux ASSS	<ul style="list-style-type: none"> Suivi du déploiement des nouvelles formules résidentielles (nombre de places par territoire), de logements sociaux construits ou rénovés par territoire. Nombre de logements sociaux adaptés par territoire. Délai moyen d'attente.
Favoriser le développement d'ententes intersectorielles.	Définir les modalités de participation des partenaires du territoire local. Formaliser les ententes de partenariat.	2006 et s.	CSSS	OC EÉSAD Secteur privé Établissements régionaux Municipalités	<ul style="list-style-type: none"> Ententes de partenariat formalisées et signées.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE STRATÉGIE 2 : Harmonisation des mesures de soutien aux proches aidants : collaboration et soutien accrus à l'entourage de la personne âgée en perte d'autonomie.			
Collaboration et soutien accrus à l'entourage de la personne âgée en perte d'autonomie : harmonisation de l'offre de service de soutien aux proches aidants.	<p>Peu de services spécifiques d'évaluation pour répondre aux besoins de l'entourage des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Soutien psychosocial inégalement disponible.</p> <p>Méconnaissance des programmes d'aide et d'assistance à domicile, provincial et fédéral, pour les proches aidants et des différentes conditions d'octroi.</p> <p>Les services varient en termes de nature et d'intensité : 18 organismes communautaires montréalais et 5 missions CLSC répartis sur le territoire de 3 CSSS, regroupés au sein du Regroupement des organismes montréalais d'aidants naturels (ROMAN) offrent des services variables aux proches aidants.</p>	<p>Implantation de l'évaluation systématique des besoins.</p> <p>Disponibilité de soutien psychosocial pour les proches aidants dans l'ensemble des territoires de CSSS.</p> <p>Augmentation du nombre de proches aidants obtenant des programmes d'aide et d'assistance qui leur sont dédiés.</p> <p>Maintien des acquis du ROMAN.</p> <p>Clarification de l'offre de service aux proches aidants selon les besoins évalués par les différents partenaires incluant les besoins spécifiques des proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée : services d'information, de formation, de répit, de dépannage, de soutien psychosocial, d'entraide de présence-surveillance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implanter l'outil retenu par le MSSS pour l'évaluation des besoins des proches aidants. ▪ Soutenir sur le plan psychosocial les proches aidants dans une perspective d'<i>empowerment</i> et d'intégration sociale. ▪ Assister les proches aidants dans l'obtention des services d'aide (ex. : crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée, programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), allocation directe, prestation directe des services du CSSS, programme Assurance-Compassion). ▪ Clarifier l'offre de service.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
Enjeu 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE STRATÉGIE 2 : Harmonisation des mesures de soutien aux proches aidants : collaboration et soutien accru à l'entourage de la personne âgée en perte d'autonomie.					
Implanter l'outil retenu par le MSSS pour l'évaluation des besoins des proches aidants.	Soutenir l'implantation de l'outil retenu par le MSSS pour l'évaluation des besoins des proches aidants.	Selon disponibilité	MSSS CSSS	ASSS ROMAN	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de proches aidants évalués (H/F).
Soutenir sur le plan psychosocial les proches aidants dans une perspective d'empowerment et d'intégration sociale.	Consolider les appuis au Regroupement des organismes montréalais d'aidants naturels (ROMAN). Accroître l'accès à la gamme complète de services psychosociaux aux proches aidants. Développer les services de répit et d'halte-répît pour soutenir les proches aidants des CSSS.	2007-2007 2006 et s. 2006 et s.	ASSS CSSS ROMAN CSSS ROMAN	CSSS ASSS OC Intersectoriel ASSS OC Intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de proches aidants (H/F) recevant du soutien psychosocial. Nombre de réservations de places d'hébergement temporaire : répit, halte-répît.
Assister les proches aidants dans l'obtention de services d'aide (ex. : crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée, programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), allocation directe, prestation directe des services du CSSS, programme Assurance-Compassion).	Faire connaître les programmes disponibles. Accompagner les proches aidants dans leurs démarches pour l'obtention des services d'aide.	2006 et s.	CSSS ROMAN	OC Intersectoriel	
Clarifier l'offre de service qui s'adresse aux proches aidants.	Faire connaître l'offre de service aux proches aidants notamment celle pour les proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée.	2007	CSSS	ROMAN	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion de l'offre de service. Nombre de proches aidants (H/F) recevant des services par type d'organismes dispensateurs.

¹R = responsable C = collaborateur

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE STRATÉGIE 3 : Repositionnement du rôle des RNI et du CHSLD			
Repositionnement du rôle des RNI et du CHSLD.	<p>Deux outils d'évaluation avec gestion non intégrée du processus global : Iso-SMAF implanté pour évaluation par tous les CSSS, mission CLSC, mais CTMSP 87 (heures/soins) pour orientation en hébergement.</p> <p>Connaissance non actualisée du profil des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans chaque territoire de CSSS.</p> <p>En l'absence d'un nombre insuffisant de RI, des personnes dont le profil correspond à ce type de ressources sont hébergées en LD.</p> <p>Difficultés de recrutement de promoteurs RNI.</p> <p>Transformation des places achetées en ressources permanentes non complétée.</p>	<p>Intégration de la gestion de l'accès aux services d'hébergement à ceux du soutien à domicile.</p> <p>Utilisation du système de classification des besoins (profils Iso-SMAF) et des facteurs de risque pour appuyer la décision d'orientation en hébergement RNI et LD.</p> <p>Mise à jour du profil des clientèles hébergées en RNI et LD et inventaire des places disponibles selon les différents programmes.</p> <p>Poursuite du développement des RI incluant les nouvelles formules résidentielles.</p> <p>Achèvement du plan de transformation des places achetées en ressources permanentes RNI et LD, le cas échéant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer les modalités d'accès aux services RNI et de LD. ▪ Réserver les ressources de soins de LD à la clientèle qui requiert des soins et des services complexes. ▪ Poursuivre le déploiement de formules résidentielles adaptées à des caractéristiques locales variées. ▪ Transformer et développer, le cas échéant, des places d'hébergement dans les territoires les plus déficitaires.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
STRATÉGIE 3 : Repositionnement du rôle des RNI et du CHSLD					
Déterminer les modalités d'accès aux services RNI et de LD.	Appuyer la décision d'orientation en utilisant le système de classification des besoins (profils Iso-SMAF) et les facteurs de risques.	2006 - 2007	CSSS	CHSLD privés conventionnés Comité régional des RNI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition des critères et standards d'accès. ▪ Adoption et application des critères d'accès dans chaque CSSS. ▪ Nombre de CSSS coordonnant les mécanismes d'accès. ▪ Nombre de personnes âgées (H/F) inscrites en attente d'hébergement.
	Réviser en profondeur la gestion des pratiques d'accès et d'admission et les harmoniser dans la région en s'assurant qu'elles soient conformes aux critères énoncés par le Ministère.	2006 - 2007	ASSS CSSS		
	Poursuivre la décentralisation de la coordination des mécanismes d'accès à l'hébergement dans les CSSS.	2006 - 2007	ASSS CSSS		
	Intégrer la priorisation des mesures d'hébergement dans le cadre des travaux initiés dans chaque territoire de CSSS en collaboration avec le Comité de coordination nationale des urgences.	2006 et s.	CSSS		
Réserver les ressources de soins de LD à la clientèle qui requiert des soins et des services complexes.	Soutenir le développement des expertises requises pour offrir les services appropriés aux personnes âgées en perte d'autonomie ayant des besoins complexes.	2006 et s.	CSSS	ASSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau de rehaussement par CHSLD.
	Investir d'abord dans la planification du rehaussement des services professionnels.	2006 - 2007	ASSS		
Poursuivre le déploiement de formules résidentielles adaptées à des caractéristiques locales variées.	Déployer des formules résidentielles de type coopératif, chambre et pension, appartement supervisé et, dans la foulée de projets novateurs, notamment pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres affections apparentées.	2006 et s.	CSSS	Comité régional des RNI Intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de places RNI développées par territoire de CSSS. ▪ Nombre de ressources
	Déployer des ressources témoignant d'efforts de création de partenariats adaptés aux besoins des clientèles et aux particularités des communautés où seront implantées les nouvelles ressources d'hébergement.	2006-2007	CSSS		
	Prioriser la clientèle adultes de moins de 65 ans hébergés actuellement en CHSLD.				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'adultes de moins de 65 ans hébergés en RNI provenant de CHSLD.

¹R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
STRATÉGIE 3 : Repositionnement du rôle des RNI et du CHSLD					
Poursuivre le déploiement de formules résidentielles adaptées à des caractéristiques locales variées (suite).	<p>Soutenir des campagnes de promotion pour les promoteurs de RNI.</p> <p>Un plan détaillé du développement des RNI d'ici 2011 sera produit à l'automne 2006</p>	2006 et s.	CSSS	ASSS Comité régional des RNI Intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de nouveaux promoteurs ▪ Plan de développement RNI 2005-2010
Transformer et développer, le cas échéant, des places d'hébergement dans les territoires les plus déficitaires.	<p>Compléter la transformation des mesures provisoires d'achats de places par des mesures permanentes de type alternatif.</p> <p>Maximiser l'utilisation des espaces des installations pour faciliter la transformation de places.</p> <p>Rehausser le nombre de places en CHSLD. (Plan global d'intervention immobilière)</p> <p>Poursuivre les plans de transformation, notamment ceux portant sur les places en unités prothétiques.</p> <p>Implanter le cadre d'« Organisation de services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant des services d'hébergement de longue durée ».</p> <p>Développer un cadre d'organisation des services d'hébergement pour les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale.</p>	<p>2006 et s.</p> <p>2006-2007</p> <p>2007</p>	<p>CSSS</p> <p>CSSS CRDI</p> <p>CSSS CAU</p>	<p>ASSS CHSLD privé conventionné Comité régional des RNI</p> <p>ASSS</p> <p>ASSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de places transformées. ▪ Nombre de nouvelles places en LD. ▪ Degré d'implantation des éléments du cadre qui concernent les personnes âgées en perte d'autonomie. ▪ Développement et implantation du cadre d'organisation de services.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE STRATÉGIE 4 : Harmonisation des programmes spécialisés			
Harmonisation des programmes spécialisés.	Offre de service des programmes spécialisés suivants non harmonisée : programmes spécialisés de court et moyen séjours : convalescence, hébergement temporaire, hôpital de jour, programme-évaluation-intervention-orientation (PEIO). Programme révisé (centre de jour) (2005) non implanté dans les CSSS.	Révision des programmes spécialisés aux niveaux local et régional : critères d'accès, services offerts, arrimages, lieux de dispensation.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redéfinir l'offre de service des programmes spécialisés. ▪ Implanter le cadre de référence « Centre de jour, volet CHSLD, janvier 2005 ».
	Soins palliatifs de fin de vie : Difficulté de passer des soins curatifs ou des soins prolongés à des soins de fin de vie et accès inégal aux soins palliatifs offerts à domicile et aux lits dédiés en soins palliatifs quant aux critères d'admissibilité et à la disponibilité des ressources.	Harmonisation et compréhension partagée de l'offre de service, peu importe le lieu de dispensation des services et des critères d'admissibilité. Révision des types de ressources disponibles afin d'augmenter la participation des RI et des maisons de soins palliatifs.	
	Accessibilité aux services de réadaptation fonctionnelle intensive plus difficile pour les personnes âgées en perte d'autonomie que pour l'ensemble de la population adulte.	Amélioration de l'accessibilité aux services pour les personnes âgées en perte d'autonomie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier l'offre de service en réadaptation pour l'ensemble des personnes âgées et arrimer les choix avec les recommandations des travaux en cours.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
STRATÉGIE 4 : Harmonisation des programmes spécialisés.					
Redéfinir l'offre de service des programmes spécialisés.	Élaborer des cadres de référence pour tous les programmes spécialisés : convalescence, hébergement temporaire, hôpital de jour, programme-évaluation-intervention-orientation, (PEIO), (nature, intensité et lieu de dispensation des services ainsi que les modalités d'accès et de référence).	2006 et s.	CSSS, ASSS	OC Comité d'usagers GMF Comité régional des RNI CMR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi d'implantation des cadres de référence. ▪ Signe d'implantation.
	Poursuivre la démarche d'implantation du cadre de référence pour le programme « Centre de jour ».				
	Dans le cadre du développement de l'approche oncogériatrique : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Choisir et adapter un outil (grille et algorithme) pour évaluer les traitements en chimiothérapie afin de mieux les adapter aux personnes âgées et par conséquent diminuer la morbidité. ⇒ Revoir et uniformiser les traitements pour la clientèle gériatrique à l'aide de guides de pratiques en oncologie et en soins palliatifs dans le cadre de la recherche évaluative. ⇒ Faire le suivi à l'aide d'un registre des résultats de la morbidité et de la mortalité auprès de la clientèle gériatrique. 	2006 et s.	CSSS CAU Réseau cancer montérégien, ASSS	Médecins Maison de soins palliatifs Résidences privées communautaires DRMG Association montérégienne des soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des résultats de l'application de l'outil adapté. ▪ Suivi des résultats de traitement dans le cadre d'une recherche évaluative. ▪ Suivi de résultats de la morbidité et de la mortalité auprès de la clientèle gériatrique.
Élaborer et actualiser le plan régional de la mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie (2005-2010) : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Effectuer le portrait montérégien (au niveau des services, des outils et des activités de soutien clinique et émotionnel). ⇒ Créer une synergie de réseau de soins palliatifs de fin de vie dans la Montérégie. ⇒ Évaluer les besoins et les prioriser. ⇒ Développer et/ou consolider les éléments appuyant l'approche des soins palliatifs de fin de vie (ex. : équipe interdisciplinaire, outils de prise de décision, etc.). 	2006 et s.	CSSS ASSS CAU	Médecins Maison de soins palliatifs RUIS OC Résidences privées communautaires Comités des usagers DRMG Réseau cancer montérégien Association	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi du plan de la mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie en regard des personnes âgées (H/F) en perte d'autonomie. ▪ Nombre de personnes âgées (H/F) en perte d'autonomie recevant des services à domicile. ▪ Nombre moyen d'interventions à domicile par personne âgée (H/F) en perte d'autonomie. ▪ Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs par type de lieu de prestation. 	

¹R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 3 : PRIVILÉGIER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE					
STRATÉGIE 4 : Harmonisation des programmes spécialisés.					
	⇒ Développer et/ou consolider les éléments facilitateurs et les éléments de soutien identifiés dans la politique (ex. : mécanisme de liaison, soutien clinique et émotionnel, etc.).			montréalaise des soins palliatifs ASSS	
Clarifier l'offre de service en réadaptation pour l'ensemble des personnes âgées et arrimer les choix avec les recommandations des travaux en cours.	Mettre en place un comité de travail conjoint CSSS/CMR.	2006 et s	CSSS CMR CAU INLB	ASSS Comité supra régional OC	
	Dresser le portrait des services offerts en réadaptation aux personnes en perte d'autonomie.	2006 et s	CSSS CMR CAU INLB	ASSS Comité supra régional OC	▪ Portrait de l'offre actuelle de service.
	Élaborer un cadre de référence régional sur l'offre de service, les critères d'accès, les rôles et les responsabilités futures des partenaires. Intégrer les recommandations des travaux régionaux et interrégionaux en cours.	2006 et s	CSSS CMR CAU INLB	ASSS Comité supra régional OC	▪ Implantation du cadre de référence.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 4 : SOUTENIR LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ACCÈS ET LA COORDINATION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES AUTRES SERVICES.			
<p>Harmoniser les stratégies d'accès et de coordination des services.</p>	<p>Problème d'accessibilité et de disponibilité des services médicaux et professionnels.</p> <p>Offre de service parfois non adaptée aux spécificités des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Difficultés d'arrimage entre les organisations, les niveaux de services et les acteurs.</p> <p>Problème de continuité de services et de circulation de l'information.</p>	<p>Accessibilité et disponibilité des services médicaux et professionnels.</p> <p>Offre de service adaptée aux spécificités des personnes âgées en perte d'autonomie lorsque la situation l'exige.</p> <p>Mécanismes de référence clairement établis.</p> <p>Informations cliniques disponibles pour l'ensemble des personnes impliquées dans l'offre de service (en respect des lois en vigueur).</p> <p>Prise en charge rapide des personnes âgées en perte d'autonomie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer de nouvelles avenues de collaboration entre les cliniques médicales, les GMF, les CSSS et les établissements régionaux. ▪ Favoriser la disponibilité de médecins spécialistes en gériatrie et d'omnipraticiens qui se consacrent à l'approche gériatrique. ▪ Augmenter le nombre d'inscriptions de personnes âgées en GMF et aux services Info-Santé (24/7). ▪ Accroître l'accessibilité aux services d'évaluation et de traitement pour la personne âgée aux prises avec un trouble mental modéré ou sévère, selon les mêmes critères que pour la clientèle adulte. ▪ Faciliter l'accès aux services professionnels pour la personne âgée en perte d'autonomie qu'elle vive à domicile ou en hébergement (audiologie, dentiste, ergothérapie, optométrie, orthophonie, physiothérapie, pédicure...) ▪ Systématiser l'accès aux services spécialisés par des ententes entre les différents niveaux de services local et régional. ▪ Implanter l'approche « Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique » à l'urgence des centres hospitaliers. ▪ Rendre les CSSS et l'Hôpital Charles LeMoine imputables de la prise en charge rapide des personnes âgées dans les lits de courte durée.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 4 : SOUTENIR LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ACCÈS ET LA COORDINATION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES AUTRES SERVICES.					
Développer de nouvelles avenues de collaboration entre les cliniques médicales, les GMF, les cliniques-réseau, les CSSS et les établissements régionaux.	<p>Poursuivre les activités de mobilisation médicales dans chacun des pôles sous-régionaux en collaboration avec les CSSS. Procéder à l'embauche des agents de coordination-liaison médicale dans chacun des CSSS pour soutenir les actions du DRMG.</p> <p>Élaborer un cadre de référence pour la mise sur pied de cliniques-réseau.</p> <p>Organiser une campagne d'information auprès des médecins de la région pour favoriser l'adhésion au concept de GMF ou clinique-réseau. Favoriser les ententes de collaboration entre les CSSS et les GMF et cliniques médicales pour établir des corridors de services pour l'accès aux plateaux techniques et aux spécialités.</p>	2006 et s.	CSSS CAU	DRMG Omnipraticiens ASSS CMA GMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des activités de mobilisation. ▪ Diffusion du cadre de référence. ▪ Nombre de GMF ou CMA (cliniques médicales associées)
Augmenter le nombre d'inscriptions de personnes âgées en GMF et aux services Info-Santé (24/7).	<p>Augmenter le nombre de GMF.</p> <p>Renforcer la garde médicale en GMF et clinique-réseau.</p> <p>Assurer une relève constante pour les omnipraticiens pratiquant en GMF en Montérégie.</p> <p>Promouvoir l'accessibilité des services et l'importance de l'inscription à un GMF auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Améliorer les services Info-santé et Info-social pour les clientèles vulnérables en tenant compte des travaux de régionalisation et de l'objectif visant l'augmentation du nombre de GM.</p>	2006-2008	CSSS CAU	Omnipraticiens GMF ASSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évolution du nombre de GMF dans la région. ▪ Couverture de la garde médicale par territoire. ▪ Suivi des plans d'effectifs médicaux. ▪ Pourcentage de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) inscrites par GMF. ▪ Pourcentage de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) inscrites aux services Info-santé (24/7). ▪ Délais de réponse Info-santé et Info-social par CSSS.
Favoriser la disponibilité de médecins spécialistes en gériatrie et d'omnipraticiens qui se consacrent à l'approche gériatrique.	<p>Soutenir les acteurs impliqués auprès des clientèles âgées en perte d'autonomie en favorisant l'accès aux médecins spécialistes en gériatrie et aux omnipraticiens qui se consacrent actuellement à l'approche gériatrique en Montérégie.</p> <p>Favoriser le développement d'équipes d'experts en gériatrie. Établir des communautés de pratiques gériatriques et médico-pharmacologiques</p>	<p>2006 et s.</p> <p>2006 et s.</p>	<p>CSSS CAU</p> <p>CSSS CAU</p>	<p>ASSS Cabinets privés</p> <p>ASSS RUIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'activités, de formations et de « coaching ». ▪ Nombre d'équipes d'experts en gériatrie.

¹R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 4 : SOUTENIR LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ACCÈS ET LA COORDINATION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES AUTRES SERVICES.					
Accroître l'accessibilité aux services d'évaluation et de traitement pour la personne âgée aux prises avec trouble mental modéré ou sévère, selon les mêmes critères que pour la clientèle adulte.	<p>Implanter le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens ».</p> <p>Améliorer l'arrimage entre les services de première ligne et de deuxième ligne pour les personnes âgées aux prises avec un trouble mental.</p> <p>Accroître le repérage des troubles dépressifs et anxieux.</p>	2006 et s.	CSSS	CAU Cabinets privés GMF CMA Omnipraticiens	<ul style="list-style-type: none"> Degré d'implantation du plan d'action. Pourcentage de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) desservies. Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) prises en charge.
Faciliter l'accès aux services professionnels (audiologie, dentiste, ergothérapie, optométrie, orthophonie, physiothérapie, pédicure...) pour la personne âgée en perte d'autonomie qu'elle vive à domicile ou en hébergement.	<p>Améliorer le repérage des déficiences sensorielles, notamment au moyen d'outils standardisés.</p> <p>Fournir les services et les aides techniques requis.</p> <p>Reconnaître l'admissibilité à ces programmes.</p>	2006 et s.	CSSS	Établissements régionaux Corporations professionnelles Commissions régionales	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de CSSS utilisant les outils de repérage. Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) desservies. Nombre de personnes âgées H/F évaluées et dépistées.
Systematiser l'accès aux services spécialisés par des ententes entre les différents niveaux de services locaux et régionaux.	Mettre en place les mécanismes de référence formels entre les services locaux et régionaux et, s'il y a lieu, avec le Comité régional de coordination de Montréal-Métropolitain, afin de convenir d'arrimages nécessaires et des suivis qui seront requis.	2006 et s	CSSS	ASSS Établissements régionaux Établissements extra-régionaux RUIS	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) référées et desservies par les services professionnels par type de services et par CSSS.
Implanter l'approche « Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique » à l'urgence des centres hospitaliers.	<p>Implanter de façon systématique l'approche de prise en charge précoce de la clientèle gériatrique dans les missions hospitalières des CSSS.</p> <p>Prévoir le renforcement de l'approche gériatrique en milieu hospitalier ainsi que la poursuite d'activités de formation et de sensibilisation à cette approche à l'intention des médecins de famille.</p>	2007	CSSS	GMF CMA Secteur privé OC EÉSAD Établissements régionaux ASSS	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) évaluées à l'urgence des centres hospitaliers selon le modèle adopté. Durée de séjour des personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) de plus de 75 ans sur les civières à l'urgence. Nombre de personnes formées en milieu hospitalier à l'approche gériatrique

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 4 : SOUTENIR LE MAINTIEN À DOMICILE PAR L'ACCÈS ET LA COORDINATION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES AUTRES SERVICES.					
Rendre les CSSS imputables et l'Hôpital Charles LeMoine de la prise en charge rapide des personnes âgées dans les lits de courte durée.	Convenir des processus à mettre en place pour assurer une prise en charge rapide des personnes âgées à la suite d'un épisode de soins en centre hospitalier, tout en évitant la rupture entre les différents paliers de services. Éviter une perte d'autonomie plus grande en ciblant les clientèles à l'urgence et dans les lits de courte durée, à la suite d'un épisode de soins ou en attente d'hébergement.	2006 et s.	CSSS	GMF CMA Secteur privé OC EÉSAD Établissements régionaux ASSS CAU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (H/F) prises en charge par les services de soutien dans la communauté à la suite d'un séjour en centre hospitalier. ▪ Diminution du délai de prise en charge. ▪ Diminution des durées de séjour dans les centres hospitaliers.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 5 : ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES RESSOURCES : APPLICATION DES NORMES ET STANDARDS.			
<p>Harmonisation et généralisation de l'application de mécanismes d'appréciation de la qualité des services à tous les RLS peu importe le dispensateur et le lieu de résidence de la personne âgée.</p>	<p>Implantation partielle de certains articles des lois 83 et 113.</p> <p>Implantation partielle du concept « CHSLD, Milieux de vie ». Peu de standards de qualité implantés en ressources non institutionnelles.</p> <p>Absence de formation sur les spécificités des femmes et des hommes pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé incluant les membres des conseils d'administration.</p> <p>Implantation partielle du programme de certification en résidence privée.</p>	<p>Implantation de l'ensemble des articles des lois 83 et 113 relatives à la clientèle âgée en perte d'autonomie.</p> <p>Implantation du concept « CHSLD, Milieux de vie » dans tous les centres d'hébergements LD pour personne âgée en perte d'autonomie.</p> <p>Implantation du programme « Analyse différenciée selon les sexes » telle que prévue.</p> <p>Implantation du programme de certification en résidence privée dans tous les territoires.</p>	<p>MILIEU DE VIE DE QUALITÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se conformer aux exigences qui découleront de l'application des projets de loi 83 et 113. ▪ Poursuivre l'implantation du concept « CHSLD, Milieux de vie » en LD et l'élargir aux ressources RNI. ▪ Déposer un plan global d'intervention immobilière en considérant les éléments suivants : élimination des chambres de trois lits et plus dans les CHSLD et relocalisation des personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée des centres hospitaliers. <p>SERVICES DE QUALITÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir des standards de pratiques professionnelles et d'appréciation de la qualité. ▪ Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 5 : ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES RESSOURCES : APPLICATION DES NORMES ET STANDARDS					
MILIEU DE VIE DE QUALITÉ Se conformer aux exigences qui découleront de l'application des projets de loi 83 et 113	<p>Mettre en place un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour les résidences privées pour personnes âgées.</p> <p>Poursuivre la mise en œuvre des mesures alternatives à l'utilisation de mesures de contrôle (ex. : contention).</p>	2006 et s.	CSSS MSSS ASSS	ASSS CSSS	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de résidences certifiées par rapport au nombre total de résidences inscrites au registre. Nombre de rapports de contrôle déposés au conseil d'administration des établissements et à l'Agence (loi 113). Information standardisée sur les mesures de contrôle, notamment sur l'évolution des taux de contention par milieu de vie (CHSLD, RNI, résidence privée, domicile).
Poursuivre l'implantation du concept « CHSLD, Milieux de vie » et l'élargir aux ressources non institutionnelles.	<p>Poursuivre la mobilisation et la formation à l'approche « Milieux de vie » auprès du personnel, des dirigeants et des administrateurs.</p> <p>Mettre à niveau la formation : rôle et fonctions du personnel dans les milieux de vie, approche relationnelle avec la clientèle actuelle et future et avec leurs proches et famille, travail en équipe.</p> <p>Soutenir régionalement l'implantation du programme « CHSLD, Milieux de vie » en CHSLD.</p> <p>Adapter l'approche « Milieux de vie » pour tous les milieux incluant les RNI.</p> <p>Collaborer aux visites ministérielles et assurer le suivi des plans d'action de ces visites.</p> <p>S'assurer que les investissements envisagés dans la planification seront d'abord consentis au rehaussement des services professionnels</p>	2006 et s. 2006 et s. 2006 et s. 2006 et s. 2006 et s.	CSSS CSSS ASSS CSSS ASSS CSSS MSSS ASSS	ASSS ASSS Établissements privés conventionnés CSSS RNI	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formés à l'approche « Milieux de vie ». Nombre de personnes ayant suivi le programme de formation sur les rôles et fonctions dans les milieux de vie. Nombre de personnes ayant suivi le programme de formation sur l'approche relationnelle. Disponibilité du soutien régional. Disponibilité du programme adapté aux RNI. Nombre d'installations visitées. Nombre d'installations ayant déposé un bilan de correctifs. Indicateur GESTRED (1.3.4).
Déposer un plan global d'intervention immobilière en considérant les éléments suivants : élimination des chambres de trois lits et plus dans les CHSLD et relocalisation des personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers.	<p>Compléter l'étude sur la fonctionnalité des installations immobilières actuelles dans la perspective du concept « Milieux de vie ».</p> <p>Mise en place des mesures identifiées dans le plan global d'intervention immobilière.</p>	2006 et s.	MSSS ASSS		<ul style="list-style-type: none"> Dépôt du plan global d'intervention. Degré d'implantation des mesures.

¹ R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 5 : ASSURER LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES RESSOURCES : APPLICATION DES NORMES ET STANDARDS					
SERVICES DE QUALITÉ Définir des standards de pratiques professionnelles et d'appréciation de la qualité.	Mettre en place des programmes d'appréciation de la qualité des services de longue durée, à domicile, dans la communauté et en hébergement.	Mars 2007	CSSS	ASSS Secteur privé OC EESAD Établissements régionaux	<ul style="list-style-type: none"> Implantation des programmes.
	Définir des standards de pratiques reconnus par les milieux pour l'ensemble des problématiques relatives à la personne âgée en perte d'autonomie, notamment celles reliées aux chutes, fractures et accidents vasculaires cérébraux (AVC).	D'ici 2007	MSSS	CSSS ASSS Secteur privé OC EESAD Établissements régionaux	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion des standards de qualité. Diffusion des données probantes. Décision sur le protocole et les standards.
Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'utilisateurs.	Prévoir une campagne d'information et de sensibilisation auprès des personnes siégeant à ces comités	2006 et s.	MSSS	CSSS ASSS	<ul style="list-style-type: none"> Publication du cadre de référence. Tenue de la campagne de sensibilisation.

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 6 : ASSURER LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE ET EN NOMBRE SUFFISANT POUR OFFRIR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE			
Formalisation d'une démarche avec les établissements permettant de planifier la main-d'œuvre.	Connaissance et distribution de la main-d'œuvre dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, plus particulièrement en mission CH et CLSC des CSSS peu précise. Peu de plans d'action spécifiques de rétention de la main-d'œuvre.	Portraits de la main-d'œuvre par mission ou par service aux populations visées par le continuum perte d'autonomie liée au vieillissement.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documenter, à l'aide d'indicateurs, les déterminants de la disponibilité de la main-d'œuvre aux niveaux régional et local. ▪ Identifier les besoins triennaux en main-d'œuvre des établissements ainsi que l'offre de main-d'œuvre formée par les écoles d'enseignement. ▪ Favoriser la mise en place de moyens de rétention de la main-d'œuvre actuelle.
Identification des structures d'équipe de travail axées sur les modèles de distribution de soins et de services les plus efficaces.	Nécessaire adaptation des modèles de gestion vers un travail d'interdisciplinarité, en réseaux de services, selon une approche populationnelle et suivie d'une reddition de comptes.	Modèle de gestion appuyant les transformations et modèle d'équipe de travail optimale.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les modèles optimaux d'équipes de travail (modèles de distribution de soins et services les plus efficaces). ▪ Identifier et favoriser les modèles de gestion axés sur l'interdisciplinarité.
Mise en place des stratégies de développement de compétences de la main-d'œuvre, notamment en gériatrie, auprès du personnel responsable de l'encadrement clinique dans les CSSS et le CAU ainsi qu'auprès de tout le personnel travaillant auprès des personnes âgées.	Peu de développement systématique des compétences du personnel travaillant auprès des personnes âgées. Manque d'expertise gériatrique aux niveaux local et régional.	Programme intégré de formation visant un meilleur encadrement clinique et un développement des compétences cliniques en gériatrie en lien avec les clientèles ciblées dans le continuum.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre et intensifier les programmes de développement des compétences pour soutenir les meilleures pratiques cliniques et de gestion. ▪ Faciliter la participation aux activités de perfectionnement régionales (incluant la formation sur l'analyse différenciée selon les sexes).
Soutien au développement et au renouvellement des pratiques professionnelles et organisationnelles.	Manque de soutien clinique aux équipes interdisciplinaires locales.	Développement d'une expertise régionale et locale facilitant le soutien clinique et l'interdisciplinarité.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir l'utilisation des pratiques professionnelles et de gestion probantes. ▪ Soutenir le développement de l'approche gériatrique.

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 6 : ASSURER LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE ET EN NOMBRE SUFFISANT POUR OFFRIR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE					
Documenter les enjeux de la main-d'œuvre.	Documenter à l'aide d'indicateurs chacune des priorités retenues par les établissements. Rencontrer sur une base individuelle chaque établissement avec des cibles pour chacun. Évaluer les résultats obtenus. Prioriser les secteurs en pénurie de main-d'œuvre, notamment celui de la réadaptation ou d'autres susceptibles de l'être à court terme.	2005-2006 2005-2006 2006 et 2010	ASSS ASSS ASSS	MSSS ASSS CSSS CSSS	<ul style="list-style-type: none"> Production d'un portrait annuel.
Identifier les besoins triennaux en main-d'œuvre des établissements ainsi que l'offre de main-d'œuvre formée par les écoles d'enseignement.	Comparer les besoins en main-d'œuvre identifiés par les établissements avec le nombre de diplômés potentiels (attraction, recrutement, rétention) et mettre en parallèle avec l'évolution démographique.	2006-2009	ASSS	Milieux d'enseignement CSSS MSSS	<ul style="list-style-type: none"> Production d'un bilan annuel.
Favoriser la mise en place de moyens de rétention de la main-d'œuvre actuelle.	Documenter les meilleures pratiques. Négociation locale des conventions collectives.	2006-2010 2006-2010	CSSS Établissements régionaux ASSS CSSS Établissements régionaux	ASSS	
Identifier les modèles optimaux d'équipes de travail (modèles de distribution de services les plus efficaces).	Documenter les meilleures pratiques. Identifier et diffuser les modèles optimaux d'équipes de travail axés sur les meilleures pratiques en termes de distribution de services les plus efficaces. Appuyer les expériences et projets pilotes mettant à contribution une structure d'équipe qui favorise l'utilisation optimale des ressources humaines et qui permet une couverture élargie des besoins et services.	2005-2010 2004-2006	ASSS CSSS Établissements régionaux RUIS	Universités AQESSS DSI DRH MSSS	<ul style="list-style-type: none"> Étape bilan et production d'un rapport final.

¹ R = responsable C = collaborateur

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 6 : ASSURER LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE ET EN NOMBRE SUFFISANT POUR OFFRIR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE					
Identifier et favoriser les modèles de gestion axés sur l'interdisciplinarité.	Diffuser les meilleures pratiques. <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des programmes de formation qui tiennent compte de l'adaptation des modèles de gestion au contexte de l'interdisciplinarité. 	2006 et s. 2006 et s.	ASSS CSSS ASSS	CSSS	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des formations et du transfert des apprentissages.
Poursuivre et intensifier les programmes de développement des compétences pour soutenir les meilleures pratiques cliniques et de gestion. Faciliter la participation aux activités de perfectionnement régionales (incluant la formation sur l'analyse différenciée selon les sexes).	Programmes de formation : Leadership infirmier en contexte « CHSLD, Milieux de vie » Attitudes et savoir-être des préposées aux bénéficiaires en contexte « CHSLD, Milieux de vie ». Impacts Loi 90/RI-RTF Impacts Loi 90/infirmières responsables de l'encadrement des auxiliaires familiales et sociales. Plan d'intervention (PI-PII) Outils multicientèles Gestion de cas Art de négocier Analyse différenciée selon les sexes. Ouverture des programmes de formation aux RI-RNI (qualité des services).	2005-2007 2006-2008 2006 et s. 2006 et s. 2006 et s. 2006 et s. 2006 et s. 2006 et s. 2005-2007 2006-2010	ASSS ASSS ASSS ASSS ASSS ASSS ASSS ASSS ASSS	Collège Marie-Victorin Collège Marie-Victorin CSSS CSSS CSSS CSSS CSSS CSSS CSSS CSSS RI-RNI	<ul style="list-style-type: none"> Éval. formations/transfert des apprentissages. Idem Idem Idem Idem Suivi indicateurs en lien avec cibles CSSS. Idem Éval. formations/transfert des apprentissages. Nb clients accès questionnaires de cas. Éval. formations/transfert des apprentissages. Idem Éval. formations/transfert des apprentissages.
Soutenir l'utilisation des pratiques professionnelles et de gestion probantes.	Documenter, diffuser et favoriser les pratiques probantes de gestion et les pratiques professionnelles pour atteindre les cibles convenues sur les priorités retenues.	2006-2009	ASSS CSSS Établissements régionaux	Universités AQESSS DSI DRH MSSS	
Soutenir le développement de l'approche géro-geriatrique.	Sélection d'un groupe cible de personnes mandatées par leur établissement pour accompagner les équipes ou les organisations au niveau du réseau local. Possibilités de soutien au niveau régional. Microprogramme de 2 ^e cycle (soutien-conseil en gérontologie) de l'Université de Sherbrooke. « Coaching » régional par un gériatre ou un spécialiste en gériatrie. Développement de communautés de pratiques, etc.	2006-2007 2006-2010 2006-2010	Université de Sherbrooke ASSS ASSS	CSSS ASSS CSSS CSSS	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des formations et suivi du transfert des apprentissages (Université de Sherbrooke).

STRATÉGIES D'ACTION PRIORITÉS RETENUES	SITUATION(S) À CORRIGER (D'OÙ PART-ON ?)	RÉSULTAT(S) ATTENDU(S) (OÙ FAUT-IL ALLER ?)	STRATÉGIE(S) À RETENIR (QUE FAUT-IL FAIRE POUR Y ARRIVER ?)
ENJEU 7 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT			
<p>Mise en place des conditions nécessaires pour que les établissements universitaires œuvrant en gériatrie augmentent leurs activités de recherche touchant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être et réalisent des activités permettant le transfert effectif des connaissances aux intervenants travaillant auprès des personnes âgées.</p>	<p>Éparpillement des connaissances en gériatrie et gériatrie.</p>	<p>Diffusion des connaissances en gériatrie et gériatrie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionner le leadership scientifique de la Montérégie en regard du volet recherche et enseignement et du transfert des connaissances en gériatrie-gériatrie (mise en œuvre de l'approche gériatrique). ▪ Poursuivre le programme de recherche PRISMA (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) qui vise à déterminer le profil d'autonomie fonctionnelle et la mesure de l'écart entre les services requis et fournis à la clientèle desservie.
<p>Complémentarité des activités d'enseignement et de recherche des établissements universitaires œuvrant en gériatrie et gériatrie (création de liens avec les universités).</p>	<p>Méconnaissance des activités d'enseignement et de recherche.</p>	<p>Lien formel plus poussé avec les universités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'un bottin des activités d'enseignement et de recherche interuniversités. ▪ Favoriser le développement des activités d'enseignement par la télésanté. ▪ Assurer l'accessibilité à des ressources spécialisées (gériatrie).

PRIORITÉS ET STRATÉGIES RETENUES	MODALITÉS DE RÉALISATION				MODALITÉS DE SUIVI
	ACTIONS / MESURES ENVISAGÉES	ÉCHÉANCIER	PARTENAIRES ¹		
			(R)	(C)	
ENJEU 7 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT					
Positionner le leadership scientifique de la Montérégie en regard du volet recherche et enseignement et du transfert des connaissances en géranto-gériatrie (mise en œuvre de l'approche gériatrique).	Réflexion et actions à élaborer en lien avec les réseaux universitaires et les réseaux locaux de services de la Montérégie afin de mettre en œuvre l'approche gériatrique à l'ensemble de la région par tous les intervenants incluant les médecins et les pharmaciens en établissements et dans la communauté. Recherche appliquée dans les établissements de la Montérégie. Exploration de la possibilité de créer un centre d'excellence montérégien en gériatrie.	2006-2010	ASSS CAU CSSS RUIS Universités		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ententes de partenariat. ▪ Plate-forme financière pour la poursuite de la recherche.
Poursuivre le programme de recherche PRISMA) qui vise à déterminer le profil d'autonomie fonctionnelle et la mesure de l'écart entre les services requis et fournis à la clientèle desservie.	Poursuivre la cueillette de données. Poursuivre le programme de gestion de la qualité. Assurer la transmission et l'actualisation des informations issues de la recherche en un outil de gestion des services (aide à la planification et à la décision) incluant la gestion informationnelle.	2006 et s.	ASSS CSSS CAU	Centre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonds de recherche octroyé par les organismes subventionnaires. ▪ Production de rapports et d'outils d'aide à la décision.
Réalisation d'un bottin des activités d'enseignement et de recherche inter-universités.	Inventaire.				
Favoriser le développement des activités d'enseignement par la télésanté.	(À déterminer avec les partenaires).				
Assurer l'accessibilité à des ressources spécialisées (gériatrie).	(À déterminer avec les partenaires).				

¹R = responsable C = collaborateur

4. ESTIMATION DES IMPACTS DU PLAN

4.1 BESOINS EN RESSOURCES FINANCIÈRES

Les impacts financiers sont, à ce stade-ci, difficiles à déterminer avec précision. Le niveau de transformation proposé dans le plan d'action est important et comporte des variables encore méconnues.

Toutefois, certains éléments sont incontournables et peuvent servir d'assises à la réflexion sur les impacts financiers. Les cibles ministérielles, (ANNEXE II – Tableau 8) tant au niveau du volume d'activités en soutien à domicile que du nombre de places identifié en hébergement, posent les premiers jalons de notre réflexion.

En respectant les trois variables qui suivent, maintenir le scénario de 3,1 % en hébergement (ANNEXE II – Tableau 11) (actuellement à 3,05 %), rejoindre 16,5 % des personnes âgées dans la communauté dont 16 % en soutien à domicile et leur offrir en moyenne 24 interventions, nous sommes en mesure de prévoir un niveau de dépenses requis pour atteindre ces cibles en fonction des paradigmes actuels (ANNEXE III – Impacts du plan d'action).

Nous croyons qu'il faut modifier cette offre afin de répondre aux attentes exprimées à maintes reprises par les personnes âgées et leurs proches, soit par l'accès à une gamme de services adaptés, de qualité, d'intensité suffisante et pouvant être offerts, le plus souvent possible, à domicile et dans la communauté.

Afin de mettre en place les mesures identifiées dans le plan, nous devons modifier notre façon de faire en tenant compte de la distribution de la population selon les strates d'âge. Premier objectif : offrir les services à domicile. Deuxième objectif : si le maintien à domicile est impossible, envisager différentes alternatives résidentielles dont des ressources privées avec services de soutien à domicile, des ressources de type PNPSA, (pour un nouveau partenariat au service des aînés) des ressources de type familial spécialisées ou non, des ressources intermédiaires spécialisées ou non ou toutes autres formules susceptibles de répondre aux besoins de la clientèle. Par conséquent, l'hébergement en CHSLD ne s'adressera qu'à une clientèle ayant des besoins complexes.

LES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Les travaux menés régionalement nous amènent à poser des hypothèses de travail afin de permettre à l'ensemble du réseau montréalais de mieux répartir les allocations financières destinées aux services dans la communauté.

L'utilisation des profils Iso-SMAF, comme système de gestion clinico-administratif, générera une nouvelle distribution de la prise en charge et impliquera l'ensemble des partenaires du territoire local. La connaissance des besoins et des services requis permettra de moduler l'offre de service, d'évaluer le poids relatif des besoins à combler, de cibler les clientèles auxquelles il faut offrir un suivi systématique, de choisir le dispensateur de services le plus efficace et d'identifier les besoins spécifiques aux proches aidants. Les travaux actuellement en cours visant à pondérer le niveau d'aide accordée par le réseau de la santé, selon la distribution des profils Iso-SMAF et les facteurs de risque inhérents à chaque usager, seront déterminants.

Certaines modalités de l'offre de service (CES, EÉSAD, etc.), de même que les mesures de soutien, devront également faire l'objet d'une analyse plus approfondie. Actuellement, elles ne sont pas toujours adaptées, ni utilisées de façon optimale.

Atteindre les volumes d'activités spécifiés par les cibles ministérielles demande un investissement de 26 M\$ supplémentaires. Ce financement est également requis pour mettre en place la nouvelle offre de service. C'est au niveau de la répartition des allocations financières que les changements seront apportés de façon à tenir compte de l'analyse différenciée des besoins et de la situation de chaque personne.

LES SERVICES D'HÉBERGEMENT

Selon le scénario ministériel qui vise un taux d'hébergement de 3,1 % de la population âgée de 65 ans et plus, la Montérégie aura besoin en 2011 de 1 336 places supplémentaires d'hébergement en CHSLD.

Dans le contexte actuel, un investissement estimé à 69 585 000 \$ est requis pour les coûts d'opération des 1 336 places supplémentaires en CHSLD. Afin de mettre en place les nouveaux paradigmes, nous posons l'hypothèse de travail suivante :

Étape 1 : Utilisation optimale et adaptée à la nouvelle offre des places d'hébergement en CHSLD.

Étape 2 : Utilisation accrue des ressources alternatives (PNPSA, RTF, RI, autres formules).

Étape 3 : Construction minimale de nouvelles places.

Les efforts consentis aux étapes 1 et 2 devraient influencer à la baisse sur la demande pour la construction de nouvelles places d'hébergement en CHSLD. Chaque place non construite représente une économie de 130 000 \$.

La marge de manœuvre dégagée par la diminution des coûts d'opération et la mise en place d'autres types de ressources serviront à financer des activités supplémentaires en soutien dans la communauté. Étant donné la nouveauté de cette approche, nous ne sommes pas en mesure, actuellement, de chiffrer de façon plus précise, la distribution des sommes pour chacune de ces étapes.

4.2 BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Les impacts sur les ressources humaines ont été considérés comme très importants tout au long de l'élaboration de ce plan : l'enjeu 6 témoigne largement de cette préoccupation. Il est toutefois difficile d'évaluer avec précision les conséquences de la transformation. Il faudra prendre en considération l'apport des nouveaux partenaires dans l'élargissement et la modification de l'offre de service. Dans cette optique, des notions telles que les responsabilités partagées et la continuité de services liée à la pérennité des ressources (privées, RNI, OC) devront être considérées de façon particulière.

4.3 BESOINS EN RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Nous sommes conscients que le plan d'action requiert une transformation majeure des us et coutumes actuels. Actualiser ce plan suppose que les ressources informationnelles indispensables à la gestion opérationnelle (allocations, dotation et planification des ressources) et financière (équité et contrôle budgétaire) seront disponibles si l'on veut adapter, améliorer et diversifier l'organisation des services dans chaque territoire.

5. PLAN GLOBAL D'INTERVENTION IMMOBILIÈRE

Pour dresser le « Plan global d'intervention immobilière » s'inscrivant dans les objectifs ministériels ainsi que dans les orientations du « Plan d'action régional 2005-2010, les services aux personnes âgées en perte d'autonomie », l'Agence a sollicité auprès des établissements publics des projets d'ajouts de nouvelles places et de rénovation fonctionnelle majeure en CHSLD. De plus, des projets de rénovation fonctionnelle mineure ont été présentés par les établissements publics et privés conventionnés. La liste des projets qui seront retenus par le Ministère sera disponible, sur demande, à l'Agence de la Montérégie dès que ceux-ci auront été annoncés par le Ministère.

5.1 AJOUT DE NOUVELLES PLACES

Une enveloppe budgétaire de 34 M\$, pour l'ajout de nouvelles places, a été annoncée par le Ministère. Les projets priorisés par l'Agence ont été soumis au Ministère pour approbation. La réalisation de tous ces projets correspond à un ajout de 338 nouvelles places sur une estimation de 1 336 places supplémentaires requises d'ici 2011 (ANNEXE II – Tableau 11).

5.2 RÉNOVATION FONCTIONNELLE MAJEURE

L'ensemble des établissements publics ont déposé des projets de rénovation fonctionnelle majeure. Dans l'analyse et le choix de ces projets, l'Agence a tenu compte des informations du « Cahier régional d'évaluation fonctionnelle et technique des installations CHSLD » (résultat de l'opération d'évaluation effectuée en 2005 à la demande du MSSS) et des critères d'admissibilité suivants :

- Éliminer des problématiques fonctionnelles et techniques majeures
- Éliminer des chambres multiples (plus de deux lits)
- Créer des milieux de vie
- Déshumidifier les aires communes
- Porter une attention particulière à la prévention des infections
- Répondre aux recommandations de suivi des visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services en CHSLD

- Favoriser les projets de petite taille mieux distribués dans les territoires.

Les projets identifiés comme étant prioritaires ont été déposés au Ministère pour approbation.

5.3 RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE

Les projets de rénovation fonctionnelle mineure des établissements publics et privés conventionnés de moins de 2 M\$ ont été soumis au Ministère pour fins de financement. Ces projets de rénovation fonctionnelle mineure totalisent 13,9 M\$ et répondent aux recommandations de suivi des visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services en CHSLD et permettent également de solutionner des problèmes fonctionnels et techniques identifiés à la suite de l'opération d'évaluation fonctionnelle et technique effectuée par le Ministère.

CONCLUSION

Le présent plan d'action est le fruit d'un travail réalisé en étroite collaboration avec les représentants des CSSS, des établissements régionaux et du milieu communautaire de la Montérégie. Il s'est largement inspiré des travaux régionaux des continuums d'interventions et des projets cliniques actuellement en cours d'élaboration. La vision qui se dégage des orientations régionales de ce plan guidera l'organisation des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie pour les prochaines années. La majeure sera mise sur les éléments suivants :

- favoriser le maintien à domicile;
- faciliter l'accès aux services, peu importe le lieu de résidence ou le distributeur de services;
- évaluer les besoins de la clientèle de façon plus systématique;
- assurer une meilleure continuité et qualité de services;
- améliorer les conditions de vie des personnes et des proches aidants;
- privilégier l'adoption des meilleures pratiques professionnelles et le développement continu des compétences,

tout en intégrant l'approche gériatrique dans toutes les interventions auprès des personnes âgées.

La mise en œuvre de ce plan régional demandera la mobilisation de l'ensemble des acteurs des territoires locaux afin que tous se sentent concernés par le vieillissement de la population et la nécessaire adaptation des services aux besoins de la clientèle.

Le fait que la Montérégie se démarque déjà dans plusieurs approches novatrices qui donnent des résultats très satisfaisants, voire excellents dans certains cas, au niveau de l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie, est une note très positive qui devrait nous encourager à aller encore plus loin.

Cependant, malgré tous les efforts mis en place, le plan d'action 2005-2010 ne pourra pleinement se réaliser sans nouvel investissement financier à la mesure de l'offre de service remaniée que nous voulons proposer à la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie de la Montérégie.

La prochaine étape consistera à identifier, en partenariat avec le réseau, l'établissement des priorités quant aux actions retenues. Ces mesures visent à maintenir les acquis dans les domaines où nous obtenons de bons résultats, voire même à les renforcer lorsque jugés pertinents, mais aussi à soutenir les CSSS dans

leurs réalisations. On reconnaît également l'importance d'assurer toute la flexibilité nécessaire aux CSSS pour développer les réseaux locaux de services et projets cliniques selon les différentes particularités locales des populations dont ils ont la responsabilité.

Les modalités de suivi du plan d'action régional permettront de consolider les liens nécessaires entre l'Agence et le réseau afin de soutenir les CSSS et leurs partenaires dans la mise en œuvre de services qui correspondent aux préoccupations de *prévenir, guérir et soutenir*, modelées et actualisées à l'intérieur du continuum *Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*.

Nous devons également favoriser une appréciation continue de la performance et des résultats attendus du continuum régional PALV afin de tenir compte de l'évolution constante des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et de rester à l'écoute de ces dernières, parce qu'offrir des services accessibles, continus et de qualité à nos personnes âgées en perte d'autonomie est un choix de société auquel nous adhérons entièrement.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Cadre de référence auprès des résidences privées accueillant une clientèle âgée vulnérable*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, juin 2004, 68 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Organisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle nécessitant des services d'hébergement et de soins de longue durée*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, février 2005, 76 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, Direction de santé publique. *Vers une action renouvelée en santé publique en Montérégie : Plan d'action régional 2004-2007*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, décembre 2003, 160 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Le continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement »*, <http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Continuums/continuum6.htm>.

ARCAND-HÉBERT. *Précis pratique de gériatrie*, Maloie, St-Hyacinthe, 1997 Édisem, FMOQ

BARBEAU, G., GUIMOND, J. et MALLEY, L. *Médicaments et personnes âgées, St-Hyacinthe 1991, 576 pages, Edisem Maloie*

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Champlain*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Haut-Richelieu-Rouville*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS du Haut-Saint-Laurent*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS de la Haute-Yamaska*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Jardins-Roussillon*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Pierre-Boucher*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS La Pommeraie*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Richelieu-Yamaska*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS de Sorel-Tracy*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS du Suroît*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BELLEROSÉ C., M. RICHARD, M. BLACKBURN, E. SAVOIE et M. LAVOIE. *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Vaudreuil-Soulanges*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, secteur Surveillance, 2005, 12 pages.

BENOIT, Danielle et autres. *Documentation sommaire du continuum d'intervention Perte d'autonomie liée au vieillissement*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, janvier 2005, 22 pages.

BOYER, H. et J. CHAREST. *CHSLD, des Milieux de vie*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, juin 2005.

GRUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, 1136 pages.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, DIRECTION SANTÉ QUÉBEC *Compendium de tableaux - Montérégie - produit avec le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, Ottawa, Statistiques Canada, cycle 2,1, 2003.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques*, Québec, L'Institut, édition 2003, publié en janvier 2005.

JANICE, E., GRAHAM et autres. *Prevalence and Severity of Cognitive Impairment with and without Dementia in an Elderly Population*. The Lancet, vol. 349, June, 21, 1997, pp.1793-1796.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide-mémoire de l'analyse différenciée selon les sexes*, Québec, Le MSSS, 2004, 15 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Québec, Le MSSS, avril 2003

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, Le MSSS, janvier 2004, 30 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum d'intervention pour les aînés vivant à domicile*, Québec, Le MSSS, novembre 2004, 62 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Le MSSS, 2001, 48 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2005-2010*, Québec, Le MSSS, 2005, 46 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*, Québec, Le MSSS, 2003, 44 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile : « Chez soi : le premier choix »*, Québec, Le MSSS, juin 2004, 40 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Le MSSS, juin 2004, 142 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie*, Plan d'action 2005-2010, Québec, Le MSSS, novembre 2005, 52 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, Québec, Le MSSS, octobre 2003, 26 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001*, Québec, Le MSSS, 1998, 44 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Le MSSS, 1992, 192 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique du médicament : document de travail*, Québec, Le MSSS, 2005, 70 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*, Québec, Le MSSS, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Document de consultation - Les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité : pour un plan d'action 2005-2010*, Québec, Le MSSS, avril 2005, 42 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'utilisation des médicaments chez les personnes âgées*, Actes du colloque du 27 mai 1993, Québec, Le MSSS en collaboration avec l'Association canadienne de l'industrie du médicament, 1993, 228 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées : stratégie d'action*, Québec, Le MSSS, 1994, 47 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers un nouvel équilibre des âges : rapport d'experts sur les personnes âgées*, Québec, Le MSSS, 1992, 99 pages.

MOISAN, S. *L'intervention « Les médicaments : Oui...Non...Mais ! » : une mesure contribuant à l'utilisation maximale des médicaments par les personnes âgées et favorisant l'adoption et le maintien du comportement responsable à l'égard de leur santé*. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre du projet de « Politique du médicament », ADRLSSSS de la Montérégie, Direction de santé publique, Québec, février 2005, 21 pages, ANNEXES en sus.

NASMIAH, D. *Prévenir et combattre la violence et la négligence à l'endroit des personnes âgées au Canada, Les déterminants de la santé : les adultes et les personnes âgées*. Québec, Multi-Mondes, 1998, p.304-343

OLIVIER, C. *Description et évaluation du projet d'intervention sur « Les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus »*, Hull, Département de santé communautaire de l'Outaouais, 1991, 126 pages.

POIRIER, A. et BARBEAU, G. *An In-Home Medication Inventory Among Elderly Receiving Home Care Services*, Journal of Geriatric Drug therapy, vol.2 (3), 1999, p.43-54.

REIS, M. et NAHMIASH, D. *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées : un manuel d'intervention*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1998, 30 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour les aînés en Montérégie : un art de vivre en santé, une qualité de vie, cadre de référence en santé publique*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, juin 2002, 136 pages.

RÉMONDIN, M. et autres. *Évaluation d'un programme visant la réduction de la consommation de médicaments chez les personnes âgées*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1995, 179 pages.

SAUVAGEAU Y. *Le portrait de santé : la Montérégie et ses territoires de CLSC*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, Direction de santé publique, 2003, 432 pages.

VANIER, C. *Projet régional de soutien aux aidants naturels : profil des aidants et des personnes aidées : profil des interventions et des activités réalisées par les organismes communautaires en Montérégie*, Longueuil, ADRLSSSS, Direction de santé publique, novembre 2005, 106 pages.

VIENS, C. et MOISAN, S. « *Les médicaments : Oui...Non...Mais !* » : *évaluation de l'implantation d'un projet régional*, Longueuil, RRSSS de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 1999, 125 pages.

VIENS, C., S. MOISAN, J. MASSICOTTE, A. LAGACÉ, R. MONGEON et C. COURTEMANCHE. *Ménage de la pharmacie : évaluation de l'implantation et des résultats du projet pilote d'intervention au CLSC St-Hubert*, Longueuil, ADRLSSSS, Direction de santé publique, mars 2004, 52 pages.

VIENS, C., C. ROWAN, A. Lebeau et N. DELISLE. *Portrait régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie, une analyse stratégique de la pertinence des activités offertes*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, Direction de santé publique, novembre 2005, 50 pages.

ANNEXE I – SYNTHÈSE DE LA CONSULTATION AUPRÈS DES PROCHES AIDANTS

Synthèse de la consultation auprès des proches aidants

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Cinq « focus group », du 7 au 15 novembre 2005, ont été tenus en partenariat avec les organismes communautaires suivants :

- ⇒ le Centre d'action bénévole de Saint-Jean-sur-Richelieu
- ⇒ l'Association des aidants naturels du Bas-Richelieu (Sorel-Tracy)
- ⇒ le Centre de soutien au réseau familial (Granby)
- ⇒ La Maison de la famille de la Vallée du Richelieu (Beloeil)
- ⇒ La Maison de la famille des Maskoutains (Saint-Hyacinthe)

Quatre des cinq « focus group » ont été tenus en présence d'observateurs des centres de santé et des services sociaux (CSSS) des territoires rejoints.

RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

1. Caractéristiques des proches aidants

- ⇒ Nombre : 45 proches aidants dont 35 femmes et 10 hommes.
- ⇒ Tous les aidés sont en perte d'autonomie, pour la plupart à la suite d'un AVC ou de pertes cognitives; problèmes comportementaux également observés.

➤ Aide apportée (A qui?)

- ⇒ 27 proches aidants offrant de l'aide à leur conjoint
- ⇒ 15 proches aidants offrant de l'aide à leur parent (père, mère)
- ⇒ 3 proches aidants offrant de l'aide à un autre proche (sœur, oncle)
- ⇒ 29 des 45 proches aidants vivant avec la personne aidée

➤ Durée de la prise en charge : entre 6 mois et 35 ans

➤ Raison invoquée pour s'occuper de la personne âgée en perte d'autonomie :

- ⇒ par amour surtout, mais aussi par compassion, par devoir ou obligation (pas le choix).

2. Besoins exprimés par les proches aidants

- Soutien psychosocial (ex. : besoin d'écoute)
- Accompagnement dans les démarches
- Répit/accompagnement sécuritaire
- Aide financière
- Reconnaissance de la famille, du réseau de la santé et de la société
- Information sur les services disponibles
- Diminution de la résistance des aidés à recevoir de l'aide de l'extérieur
- Accès à des médecins de famille
- Formation spécifique à leur rôle (savoir quoi faire; sécurisation)

- Heures de services à domicile plus nombreuses et plus flexibles
- Meilleur accès à des mesures d'adaptation du domicile et à des équipements spécialisés
- Réduction de la lourdeur administrative et des délais pour obtenir une évaluation des besoins et des services requis
- Soutien pour l'entretien ménager
- Services adaptés et accessibles pour les cas « lourds »
- Conciliation travail-famille (ex. : législation, mesures incitatives)
- Activités de socialisation pour les aidés

3. Attentes en matière de répit

- Offre de service plus disponible, plus flexible et moins coûteuse (ex. : répit/accompagnement sécuritaire, entretien ménager, services de soins à la personne)
- Offre de service spécialisée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'aphasie (entre autres)
- Offre de service permettant de prévenir l'épuisement (ex. : accès à du temps pour des loisirs et des vacances)
- Stabilité du personnel donnant des services à domicile et une formation minimale de ce personnel

4. Utilité du rôle de proche aidant

Les proches aidants disent se sentir utiles auprès des aidés, voire se sentir valorisés dans leurs responsabilités en permettant le maintien à domicile de l'aidé et en retardant son hébergement. Pour plusieurs d'entre eux, ils vivent un sentiment d'accomplissement personnel. Cependant, leur rôle n'est pas toujours apprécié à sa juste valeur par l'aidé lui-même, par l'entourage et par la société.

5. Gestes concrets, les plus importants, à réaliser auprès des proches aidants

- Réduction de la lourdeur administrative
- Meilleure accessibilité aux services le plus rapidement possible
- Soutien du RSSS dans les démarches (ex. : personne pivot, bottin de ressources, guichet unique)
- Meilleure formation des préposés et autres aides à domicile
- Répit/accompagnement sécuritaire sur une base régulière
- Accès à des groupes d'entraide et de soutien
- Aide financière

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX FACE AUX RENCONTRES

À la lumière des échanges, il ressort que les proches aidants sont souvent mal compris par leur entourage (famille) et peu reconnus par le réseau de la santé et des services sociaux. Dans bien des cas, ils se sentent seuls dans l'accomplissement des tâches et des responsabilités qui leur incombent. Conséquemment, plusieurs proches aidants voient leur santé physique et mentale se détériorer.

ANNEXE II - LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2 A
Population selon le sexe, le groupe d'âge et le poids démographique, CSSS, Montérégie et Québec, 2006

CSSS	65 ans et plus						75 ans et plus						Population totale					
	H	Prop.% ¹	F	Prop. %	Ensemble	Prop. %	H	Prop. %	F	Prop. %	Ensemble	Prop. %	H	Prop. %	F	Prop. %	Ensemble	Prop. %
Champlain	11 552	6,0	15 855	8,3	27 407	14,3	4 211	2,2	7 367	3,8	11 578	6,0	92 808	48,5	98 715	51,5	191 523	100,0
Haute-Yamaska, de la	4 995	5,7	6 743	7,7	11 738	13,5	1 953	2,2	3 243	3,7	5 196	6,0	43 282	49,6	43 981	50,4	87 263	100,0
Haut-Richelieu—Rouville	9 228	5,7	11 331	7,0	20 559	12,7	3 600	2,2	5 427	3,4	9 027	5,6	81 361	50,3	80 257	49,7	161 618	100,0
Haut-Saint-Laurent, du	1 767	7,0	2 043	8,1	3 810	15,2	726	2,9	966	3,8	1 692	6,7	12 736	50,7	12 363	49,3	25 099	100,0
Jardins-Roussillon	9 033	4,8	10 957	5,8	19 990	10,6	3 195	1,7	4 763	2,5	7 958	4,2	93 755	49,9	94 097	50,1	187 852	100,0
Pierre-Boucher	11 467	4,8	15 796	6,5	27 263	11,3	4 007	1,7	7 099	2,9	11 106	4,6	118 333	49,0	122 970	51,0	241 303	100,0
Pommeraiie, la	3 775	7,4	4 613	9,0	8 388	16,4	1 555	3,0	2 390	4,7	3 945	7,7	25 910	50,5	25 382	49,5	51 292	100,0
Richelieu-Yamaska	10 489	5,3	14 049	7,1	24 538	12,4	4 028	2,0	6 970	3,5	10 998	5,6	98 019	49,7	99 278	50,3	197 297	100,0
Sorel-Tracy, de	3 816	7,6	5 050	10,0	8 866	17,6	1 504	3,0	2 530	5,0	4 034	8,0	24 940	49,5	25 493	50,5	50 433	100,0
Suroît, du	3 816	6,9	5 588	10,1	9 404	17,0	1 593	2,9	2 905	5,3	4 498	8,1	27 030	49,0	28 184	51,0	55 214	100,0
Vaudreuil-Soulanges	5 419	4,7	6 329	5,5	11 748	10,2	2 057	1,8	2 982	2,6	5 039	4,4	57 686	50,0	57 707	50,0	115 393	100,0
Montérégie	75 357	5,5	98 354	7,2	173 711	12,7	28 429	2,1	46 642	3,4	75 071	5,5	675 860	49,5	688 427	50,5	1 364 287	100,0
Québec	450 966	5,9	618 955	8,1	1 069 921	14,1	181 557	2,4	308 436	4,1	489 993	6,4	3 753 970	49,4	3 849 113	50,6	7 603 083	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), perspectives démographiques, édition 2003, publié en janvier 2005

1 : Les proportions sont calculées par rapport à la population totale

Tableau 2 B
Population selon le sexe, le groupe d'âge et le poids démographique, CSSS, Montérégie et Québec, 2011

CSSS	65 ans et plus						75 ans et plus						Population totale					
	H	Prop.% ¹	F	Prop. %	Ensemble	Prop. %	H	Prop. %	F	Prop. %	Ensemble	Prop. %	H	Prop. %	F	Prop. %	Ensemble	Prop. %
Champlain	14 464	7,4	19 438	9,9	33 902	17,3	5 302	2,7	8 674	4,4	13 976	7,2	94 419	48,3	101 011	51,7	195 430	100,0
Haute-Yamaska, de la	6 117	6,8	8 042	8,9	14 159	15,7	2 278	2,5	3 617	4,0	5 895	6,5	44 746	49,6	45 514	50,4	90 260	100,0
Haut-Richelieu—Rouville	11 345	6,9	13 044	8,0	24 389	14,9	4 249	2,6	5 955	3,6	10 204	6,2	82 668	50,5	81 182	49,5	163 850	100,0
Haut-Saint-Laurent, du	2 055	8,1	2 309	9,1	4 364	17,2	793	3,1	1 063	4,2	1 856	7,3	12 859	50,8	12 457	49,2	25 316	100,0
Jardins-Roussillon	11 178	5,8	13 297	6,9	24 475	12,7	3 966	2,1	5 574	2,9	9 540	4,9	96 050	49,8	96 805	50,2	192 855	100,0
Pierre-Boucher	14 619	5,9	19 493	7,8	34 112	13,7	4 963	2,0	8 352	3,3	13 315	5,3	122 242	49,0	127 324	51,0	249 566	100,0
Pommeraiie, la	4 541	8,8	5 166	10,0	9 707	18,7	1 743	3,4	2 466	4,8	4 209	8,1	26 297	50,7	25 532	49,3	51 829	100,0
Richelieu-Yamaska	12 974	6,5	16 644	8,3	29 618	14,7	4 566	2,3	7 651	3,8	12 217	6,1	99 644	49,6	101 166	50,4	200 810	100,0
Sorel-Tracy, de	4 691	9,6	5 822	11,9	10 513	21,5	1 724	3,5	2 786	5,7	4 510	9,2	24 178	49,4	24 717	50,6	48 895	100,0
Suroît, du	4 631	8,4	6 336	11,5	10 967	19,9	1 835	3,3	3 169	5,7	5 004	9,1	27 067	49,0	28 134	51,0	55 201	100,0
Vaudreuil-Soulanges	6 905	5,7	7 659	6,3	14 564	12,0	2 464	2,0	3 295	2,7	5 759	4,8	60 466	50,0	60 495	50,0	120 961	100,0
Montérégie	93 520	6,7	117 250	8,4	210 770	15,1	33 883	2,4	52 602	3,8	86 485	6,2	690 636	49,5	704 337	50,5	1 394 973	100,0
Québec	533 459	6,9	704 298	9,1	1 237 757	15,9	209 916	2,7	339 455	4,4	549 371	7,1	3 837 905	49,4	3 928 809	50,6	7 766 714	100,0

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), perspectives démographiques, édition 2003, publié en janvier 2005

1 : Les proportions sont calculées par rapport à la population totale

Tableau 3 A Personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé*, CSSS, Montérégie et Québec - 2001								
CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	19 560	93,9	12 335	98,4	5 880	92,1	1 345	70,6
Haute-Yamaska, de la	8 610	85,6	5 500	95,5	2 650	81,0	460	44,7
Haut-Richelieu—Rouville	16 220	91,1	10 060	97,0	5 190	88,6	970	61,4
Haut-Saint-Laurent, du	3 195	93,6	1 885	98,2	1 085	93,1	225	68,2
Jardins-Roussillon	15 090	92,6	9 985	97,9	4 350	90,0	755	59,9
Pierre-Boucher	22 030	92,5	14 110	97,8	6 655	89,8	1 265	64,5
Pommerai, la	6 610	88,7	3 780	96,6	2 325	86,8	505	58,7
Richelieu-Yamaska	19 195	85,5	12 090	95,4	6 015	81,1	1 090	46,1
Sorel-Tracy, de	7 190	90,5	4 555	97,0	2 240	87,5	395	57,2
Suroît, du	7 760	89,9	4 645	97,6	2 635	88,0	480	54,5
Vaudreuil-Soulanges	9 125	91,8	5 720	97,1	2 890	90,6	515	60,2
Montérégie	134 585	90,6	84 675	97,2	41 905	87,7	8 005	58,5
Québec	864 375	90,1	528 400	96,6	278 960	87,7	57 015	60,4

Source : Recensement 2001, Statistique Canada
* Ménages privés : vivant à domicile dans des logements privés

Tableau 3 B Hommes de 65 ans et plus vivant en ménage privé*, CSSS, Montérégie et Québec - 2001								
CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	8 250	96,4	5 640	98,8	2 210	94,0	400	80,0
Haute-Yamaska, de la	3 760	89,8	2 510	95,6	1 095	85,9	155	54,4
Haut-Richelieu—Rouville	7 170	93,1	4 730	96,6	2 135	91,0	305	65,6
Haut-Saint-Laurent, du	1 485	95,5	935	98,4	480	94,1	70	73,7
Jardins-Roussillon	6 900	94,8	4 890	98,0	1 785	92,0	225	65,2
Pierre-Boucher	9 360	95,6	6 500	98,3	2 510	92,6	350	73,7
Pommerai, la	2 945	91,9	1 825	96,3	935	89,5	185	69,8
Richelieu-Yamaska	8 575	91,6	5 705	96,8	2 485	87,2	385	62,1
Sorel-Tracy, de	3 090	94,1	2 050	98,3	910	91,5	130	63,4
Suroît, du	3 245	94,1	2 100	98,1	995	91,3	150	68,2
Vaudreuil-Soulanges	4 165	94,2	2 765	96,8	1 240	92,9	160	69,6
Montérégie	58 950	93,9	39 660	97,5	16 780	91,0	2 510	67,9
Québec	368 985	93,4	241 245	97,0	109 790	90,8	17 950	70,2

Source : Recensement 2001, Statistique Canada
* Ménages privés : vivant à domicile dans des logements privés

Tableau 3 C Femmes de 65 ans et plus vivant en ménage privé*, CSSS, Montérégie et Québec - 2001								
CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	11 310	92,1	6 695	98,2	3 670	90,8	945	66,8
Haute-Yamaska, de la	4 840	82,5	2 980	95,2	1 555	77,9	305	40,9
Haut-Richelieu—Rouville	9 045	89,6	5 330	97,3	3 055	87,0	660	59,5
Haut-Saint-Laurent, du	1 705	91,9	945	97,4	605	93,1	155	66,0
Jardins-Roussillon	8 180	90,7	5 090	97,9	2 560	88,3	530	57,9
Pierre-Boucher	12 680	90,5	7 615	97,4	4 150	88,1	915	61,4
Pommerai, la	3 665	86,3	1 955	97,0	1 390	85,0	320	53,8
Richelieu-Yamaska	10 625	81,3	6 385	94,3	3 530	77,2	710	41,2
Sorel-Tracy, de	4 100	88,1	2 505	96,0	1 330	85,3	265	54,6
Suroît, du	4 520	87,1	2 550	97,1	1 635	85,8	335	50,8
Vaudreuil-Soulanges	4 960	89,9	2 955	97,4	1 650	88,7	355	57,3
Montérégie	75 630	88,1	45 015	96,9	25 120	85,6	5 495	55,0
Québec	495 385	87,7	287 150	96,2	169 175	85,8	39 060	56,7

Source : Recensement 2001, Statistique Canada
* Ménages privés : vivant à domicile dans des logements privés

Tableau 4 A Personnes de 65 ans et plus vivant seules en ménage privé, CSSS, Montérégie et Québec - 2001								
CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	5 355	27,5	2 655	21,6	2 125	36,1	575	44,7
Haute-Yamaska, de la	2 810	32,8	1 520	27,6	1 110	41,9	180	41,9
Haut-Richelieu—Rouville	4 540	28,0	2 315	23,0	1 820	34,3	405	46,8
Haut-Saint-Laurent, du	890	27,8	405	21,6	360	32,9	125	53,2
Jardins-Roussillon	3 580	23,6	1 825	18,3	1 415	32,1	340	44,7
Pierre-Boucher	6 760	30,5	3 645	25,8	2 545	36,9	570	48,3
Pommerai, la	2 150	32,3	940	24,7	975	41,1	235	49,0
Richelieu-Yamaska	5 325	27,8	2 750	22,8	2 030	33,7	545	50,9
Sorel-Tracy, de	2 345	32,6	1 220	26,8	995	44,3	130	32,9
Suroît, du	2 660	34,4	1 250	27,0	1 165	45,0	245	48,0
Vaudreuil-Soulanges	2 350	25,5	1 200	20,8	920	31,9	230	41,1
Montérégie	38 750	28,8	19 715	23,3	15 465	36,5	3 570	46,0
Québec	269 280	31,1	135 845	25,7	106 600	38,0	26 835	48,2

Source : Recensement 2001, Statistique Canada

Tableau 4 B Hommes de 65 ans et plus vivant seuls en ménage privé, CSSS, Montérégie et Québec - 2001								
CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	1 145	14,0	665	11,7	360	16,9	120	32,0
Haute-Yamaska, de la	710	19,3	415	16,7	255	24,5	40	24,2
Haut-Richelieu—Rouville	1 225	16,8	730	15,2	390	17,8	105	39,6
Haut-Saint-Laurent, du	315	21,1	175	18,6	110	23,2	30	40,0
Jardins-Roussillon	905	13,2	520	10,7	325	18,3	60	29,3
Pierre-Boucher	1 500	16,1	960	14,7	435	17,3	105	32,8
Pommerai, la	580	19,1	325	17,2	215	22,2	40	22,9
Richelieu-Yamaska	1 365	15,8	815	14,0	425	17,6	125	32,9
Sorel-Tracy, de	615	20,1	330	16,1	275	30,4	10	8,7
Suroît, du	605	19,3	370	18,0	215	23,0	20	13,8
Vaudreuil-Soulanges	635	14,9	390	13,8	225	17,9	20	10,5
Montérégie	9 620	16,3	5 700	14,3	3 235	19,5	685	28,4
Québec	66 375	18,0	39 350	16,3	22 130	20,0	4 895	28,5

Source: Recensement 2001, Statistique Canada

Tableau 4 C Femmes de 65 ans et plus vivant seules en ménage privé, CSSS, Montérégie et Québec - 2001								
CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	4 205	37,3	1 990	30,1	1 760	47,0	455	50,0
Haute-Yamaska, de la	2 095	42,8	1 110	36,8	850	52,8	135	50,9
Haut-Richelieu—Rouville	3 310	36,9	1 590	30,3	1 425	45,7	295	49,6
Haut-Saint-Laurent, du	570	33,2	230	24,6	250	40,3	90	56,3
Jardins-Roussillon	2 680	32,3	1 305	25,5	1 090	41,6	285	51,4
Pierre-Boucher	5 255	40,9	2 680	35,2	2 115	48,2	460	53,8
Pommerai, la	1 570	43,4	620	32,4	755	54,1	195	63,9
Richelieu-Yamaska	3 950	37,4	1 930	30,9	1 605	44,5	415	59,7
Sorel-Tracy, de	1 735	42,0	885	35,2	725	54,1	125	44,6
Suroît, du	2 050	44,7	875	34,0	950	57,2	225	62,5
Vaudreuil-Soulanges	1 705	34,5	805	27,3	690	42,3	210	56,8
Montérégie	29 135	38,4	14 010	31,3	12 230	47,5	2 895	54,1
Québec	202 900	40,9	96 485	33,5	84 470	49,6	21 945	57,1

Source : Recensement 2001, Statistique Canada

CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	4 680	24,1	2 550	20,8	1 675	28,5	465	36,0
Haute-Yamaska, de la	1 240	14,5	725	13,2	430	16,3	95	22,1
Haut-Richelieu—Rouville	2 645	16,3	1 480	14,7	940	17,7	220	25,4
Haut-Saint-Laurent, du	325	10,1	185	9,8	105	9,6	40	16,7
Jardins-Roussillon	2 975	19,6	1 700	17,0	1 065	24,2	205	27,0
Pierre-Boucher	6 010	27,1	3 315	23,5	2 140	31,0	550	47,0
Pommeraiie, la	840	12,6	370	9,7	365	15,4	110	22,7
Richelieu-Yamaska	2 760	14,4	1 485	12,3	1 040	17,3	250	23,1
Sorel-Tracy, de	1 445	20,1	770	16,9	545	24,3	130	32,9
Suroît, du	1 915	24,8	950	20,5	765	29,5	185	36,3
Vaudreuil-Soulanges	1 525	16,6	720	12,5	620	21,5	180	32,1
Montérégie	26 355	19,6	14 250	16,8	9 690	22,9	2 415	31,1
Québec	197 250	22,8	105 705	20,0	72 225	25,7	19 330	34,7

Source : Recensement 2001, Statistique Canada

CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	3 355	29,8	1 680	25,4	1 315	35,1	370	40,9
Haute-Yamaska, de la	985	20,1	540	17,9	365	22,7	80	30,2
Haut-Richelieu—Rouville	1 925	21,5	975	18,6	755	24,2	195	32,8
Haut-Saint-Laurent, du	205	12,0	95	10,2	85	13,7	35	21,9
Jardins-Roussillon	2 050	24,7	1 050	20,6	825	31,4	160	28,8
Pierre-Boucher	4 265	33,2	2 205	29,0	1 635	37,2	440	51,8
Pommeraiie, la	610	16,9	230	12,0	300	21,4	85	28,3
Richelieu-Yamaska	1 990	18,8	945	15,1	850	23,6	195	27,9
Sorel-Tracy, de	1 080	26,1	555	22,1	415	31,0	110	39,3
Suroît, du	1 505	32,8	680	26,4	655	39,6	175	48,6
Vaudreuil-Soulanges	1 075	21,7	490	16,6	430	26,4	155	42,5
Montérégie	19 040	25,1	9 415	21,0	7 640	29,7	1 990	37,2
Québec	141 805	28,6	69 425	24,1	56 365	33,1	16 020	41,6

Source : Recensement 2001, Statistique Canada

CSSS	65 ans et plus		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Champlain	1 325	16,2	860	15,2	360	16,9	90	24,3
Haute-Yamaska, de la	255	6,9	180	7,3	60	5,8	15	8,8
Haut-Richelieu—Rouville	720	9,9	505	10,5	185	8,4	15	5,5
Haut-Saint-Laurent, du	115	7,7	95	10,1	25	5,3	-	-
Jardins-Roussillon	925	13,5	650	13,4	230	13,0	55	26,8
Pierre-Boucher	1 740	18,6	1 115	17,1	500	19,9	130	41,3
Pommeraiie, la	230	7,6	140	7,4	60	6,2	20	11,4
Richelieu-Yamaska	780	9,0	540	9,3	175	7,3	45	12,3
Sorel-Tracy, de	365	11,9	220	10,8	125	13,8	25	22,7
Suroît, du	405	12,9	275	13,3	125	13,4	15	10,3
Vaudreuil-Soulanges	455	10,7	230	8,2	190	15,1	35	18,4
Montérégie	7 310	12,4	4 835	12,1	2 050	12,3	425	17,6
Québec	55 445	15,0	36 270	15,0	15 860	14,4	3 315	19,3

Source : Recensement 2001, Statistique Canada

CSSS	65 ans et plus	
	Effectif	%
Champlain	6 950	35,8
Haute-Yamaska, de la	4 840	56,4
Haut-Richelieu—Rouville	8 260	50,9
Haut-Saint-Laurent, du	1 475	46,0
Jardins-Roussillon	7 445	49,2
Pierre-Boucher	9 625	43,4
Pommeraiie, la	3 025	45,5
Richelieu-Yamaska	9 175	47,8
Sorel-Tracy, de	3 545	49,2
Suroît, du	4 425	57,2
Vaudreuil-Soulanges	4 010	43,5
Montérégie	62 780	46,6
Québec	411 615	47,6

Source : Recensement 2001, Statistique Canada

CSSS	Usagers ³ 2004-2005	Interventions ³ 2004-2005	Int/usager ³ 2004-2005	Cible 2010 ¹ usagers	Écart en % usagers	Écart usagers	Cible 2010 interventions 24 int/us	Écart en % interventions	Coût estimé \$ ⁴
Champlain	2 824	70 850	25	5 197	84%	2 373	124 719	76%	5 124 902 \$
Haute-Yamaska, de la	1 163	30 108	26	2 177	87%	1 014	52 251	74%	2 190 499 \$
Haut-Richelieu—Rouville	2 705	59 301	22	3 757	39%	1 052	90 175	52%	2 272 925 \$
Haut-Saint-Laurent, du	456	11 749	26	675	48%	219	16 205	38%	473 472 \$
Jardins-Roussillon	2 197	46 996	21	3 755	71%	1 558	90 129	92%	3 366 058 \$
Pierre-Boucher	3 064	76 943	25	5 220	70%	2 156	125 268	63%	4 655 923 \$
Pommeraiie, la	992	23 725	24	1 503	51%	511	36 065	52%	1 103 155 \$
Richelieu-Yamaska	2 951	69 482	24	4 563	55%	1 612	109 509	58%	3 481 661 \$
Sorel-Tracy, de	1 334	26 187	20	1 624	22%	290	38 980	49%	626 746 \$
Suroît, du	1 179	28 535	24	1 700	44%	521	40 804	43%	1 125 706 \$
Vaudreuil-Soulanges	1 110	22 404	20	2 232	101%	1 122	53 576	139%	2 424 211 \$
TOTAL Montérégie	19 975	466 280	23	32 403	62%	12 428	777 681	67%	26 845 258 \$

¹ Cible = 16 % de la population de 65 ans et plus en 2010
² Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003
Tableau : Population par groupe d'âge de 2005 à 2010
Référence : Équipe Surveillance, DSP de la Montérégie 2005-04-29
³ Données tirées de GESTRED mai 2005
⁴ Les estimations sont faites en fonction des modèles actuels

CSSS	* LD (1+2)	Public (1)	Privé conv. (2)	* RNI (3+4)	RI (3)	RTF (4)	Achats places LD
Champlain	665	262	403	78	37	41	44
Haute-Yamaska, de la	338	314	24	45	29	16	
Haut-Richelieu—Rouville	603	603		145	57	88	20
Haut-St-Laurent, du	125	125		22		22	
Jardins-Roussillon	519	298	221	108	51	57	
Pierre-Boucher	924	924		267	178	89	46
Pommeraiie, la	256	256		19	19	-	15
Richelieu-Yamaska	819	746	73	210	178	32	
Sorel-Tracy, de	294	235	59	100	77	23	
Suroît, du	311	296	15	48	26	22	15
Vaudreuil-Soulanges	344	344		37	21	16	
TOTAL	5 198	4 403	795	1 079	673	406	140

* LD et RNI : Lits d'hébergement temporaire exclus

Tableau 10
Transformation de places d'hébergement LD et RNI

	Moyenne des patients en attente d'hébergement au CHSGS (1)	Nombre de places achetées en ressources privées	Ajouts de places LD dans des installations CHSLD	Évolution des ajouts de places RNI (2)
2002-2003	166	369	195	718
2003-2004	126	270	269	830
2004-2005	74	250	294	980
Déc. 2005	65	140	307	1123

Sources :

(1) Relevé hebdomadaire de la clientèle LD présente dans les CHSGS, ADRLSSSS de la Montérégie

(2) Fichiers RI et RTF, ASSS de la Montérégie

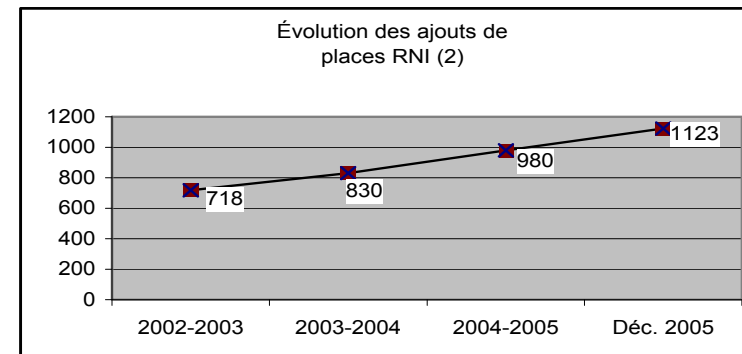
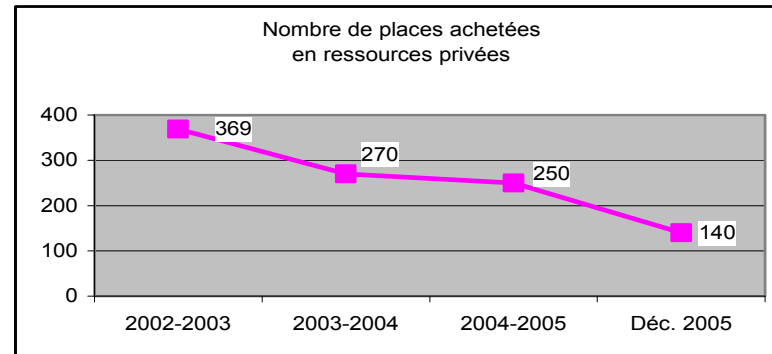
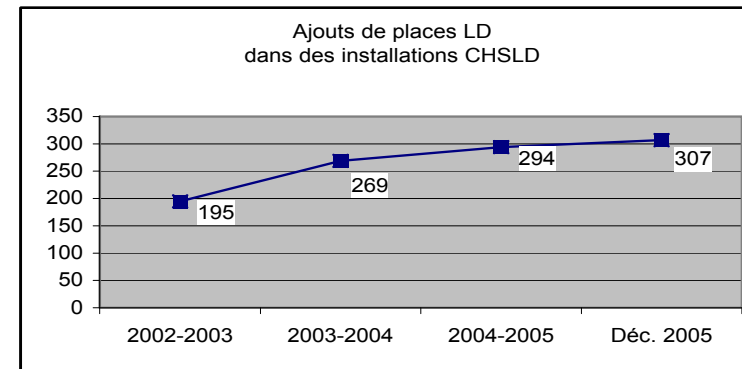
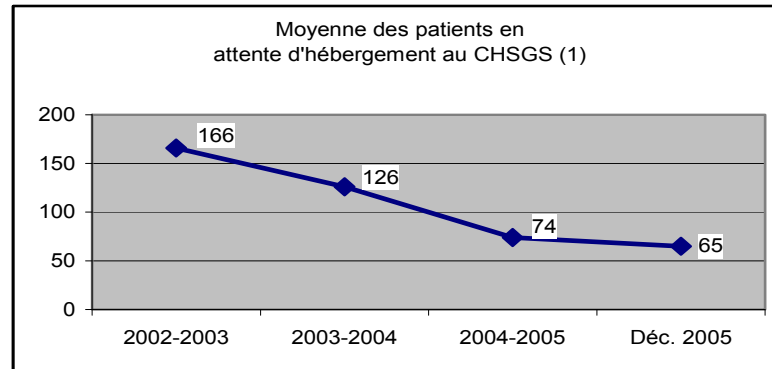


Tableau 11 PROJECTION par CSSS - Besoins de nouveaux lits en CHSLD Requis en 2006 et 2011, calculé selon un scénario de 3,1 places par 100 personnes de 65 ans et plus											
CSSS	2006					CSSS	2011				
	65 ans et plus (1)	Places requises (2)	Places actuelles (3)	Places à combler (4)	Manque/ besoin (4/2)		65 ans et plus (1)	Places requises (2)	Places actuelles (3)	Places à combler (4)	Manque/ besoin (4/2)
Champlain	27 407	846	665	(181)	-21,41%	Champlain	33 902	1 064	665	(399)	-37,50%
Pommèraie, la	8 388	298	255	(43)	-14,52%	Jardins-Roussillon	24 475	691	518	(173)	-25,04%
Haute-Yamaska, de la	11 738	370	338	(32)	-8,74%	Pommèraie, la	9 707	338	255	(83)	-24,49%
Jardins-Roussillon	19 990	554	518	(36)	-6,45%	Haute-Yamaska, de la	14 159	444	338	(106)	-23,81%
Suroît, du	9 404	329	309	(20)	-6,22%	Vaudreuil-Soulanges	14 564	435	344	(91)	-20,94%
Haut-Richelieu—Rouville	20 559	632	603	(29)	-4,56%	Haut-Richelieu—Rouville	24 389	760	603	(157)	-20,67%
Vaudreuil-Soulanges	11 748	358	344	(14)	-3,85%	Suroît, du	10 967	387	309	(78)	-20,15%
Richelieu-Yamaska	24 538	807	819	12	1,50%	Richelieu-Yamaska	29 618	955	819	(136)	-14,20%
Haut-Saint-Laurent, du	3 810	122	125	3	2,18%	Sorel-Tracy, de	10 513	334	294	(40)	-11,86%
Sorel-Tracy, de	8 866	277	294	17	6,29%	Haut-Saint-Laurent, du	4 364	140	125	(15)	-10,56%
Pierre-Boucher	27 263	783	924	141	18,03%	Pierre-Boucher	34 112	983	924	(59)	-6,01%
Montérégie	173 711	5 376	5 194	(182)	-3,39%		210 770	6 530	5 194	(1 336)	-20,45%

(1) Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003*.
Équipe Surveillance, DSP de la Montérégie. mise à jour le 8 mars 2005

(2) Calculs effectués par strates d'âge pour un total de 3,1% pour les 65 ans et plus

(3) Selon un relevé des places effectué le 14 novembre 2005

(4) Calculs effectués sur total des personnes 65 ans et + avec scénario de 3,1%

Requis selon strates d'âges (scénario 3,1%)

65 à 69 ans : 0,52%

70 à 74 ans : 1,04%

75 à 79 ans : 2,35%

80 à 84 ans : 5,41%

85 à 89 ans : 10,84%

90 ou + : 22,62%

Tableau 12
Projection de places en ressources non institutionnelles (RNI) requises en 2006 et 2011

CSSS	2006							2011						
	Population 65 ans et + (1)	Places actuelles (2)	Ratio 1%	À combler	Manque/ besoin	Ratio 1,5%*	À combler	Population 65 ans et + (1)	Places actuelles (2)	Ratio 1%	À combler	Manque/ besoin	Ratio 1,5%*	À combler
Champlain	27 407	78	274	-196	-72%	411	-333	33 902	78	339	-261	-77%	509	-431
Haute-Yamaska, de la	11 738	45	117	-72	-62%	176	-131	14 159	45	142	-97	-68%	212	-167
Haut-Richelieu—Rouville	20 559	139	206	-67	-32%	308	-169	24 389	139	244	-105	-43%	366	-227
Haut-Saint-Laurent, du	3 810	22	38	-16	-42%	57	-35	4 364	22	44	-22	-50%	65	-43
Jardins-Roussillon	19 990	110	200	-90	-45%	300	-190	24 475	110	245	-135	-55%	367	-257
Pierre-Boucher	27 263	250	273	-23	-8%	409	-159	34 112	250	341	-91	-27%	512	-262
Pommerraie, la	8 388	18	84	-66	-79%	126	-108	9 707	18	97	-79	-81%	146	-128
Richelieu-Yamaska	24 538	171	245	-74	-30%	368	-197	29 618	171	296	-125	-42%	444	-273
Sorel-Tracy, de	8 866	100	89	11	13%	133	-33	10 513	100	105	-5	-5%	158	-58
Suroît, du	9 404	48	94	-46	-49%	141	-93	10 967	48	110	-62	-56%	165	-117
Vaudreuil-Soulanges	11 748	34	117	-83	-71%	176	-142	14 564	34	146	-112	-77%	218	-184
Total Montérégie	173 711	1 015	1 737	-722	-42%	2 606	-1 591	210 770	1 015	2 108	-1 093	-52%	3 162	-2 147

(1) Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003*

Équipe Surveillance, DSP de la Montérégie, mise à jour le 8 mars 2005

(2) Selon un relevé des places effectué le 14 novembre 2005

*Le requis comprend le développement toute autre formule résidentielle

(3) Ratio actuel : places actuelles/places requises, basé sur un ratio 1%