

LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT »

Le continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement » (PALV) comprend l'ensemble des interventions visant à prévenir, guérir et soutenir les personnes atteintes, ou susceptibles d'être atteintes, de problèmes sociaux ou de santé qui sont généralement associés à la perte d'autonomie fonctionnelle accompagnant le vieillissement.

Ces interventions sont essentiellement les mêmes que ceux que comprenait le programme « Personnes âgées en perte d'autonomie » (PAPA). Cependant, le volet prévenir, qui est ajouté, lui confère une perspective plus globale en incluant des actions en amont des problèmes.

Il faut insister sur certaines finalités essentielles de ce continuum : compenser la détérioration, miser sur le potentiel résiduel et assurer la sécurité des personnes. Mentionnons également que l'âge seul n'est pas le critère déterminant pour être visé par les interventions de ce continuum, mais que c'est plutôt la nature des incapacités à l'égard de la réalisation des activités de la vie domestique (AVD) et des activités de la vie quotidienne (AVQ) qui doivent être prises en compte.

Par ailleurs, les personnes qui reçoivent des services à cause d'un problème autre que la perte d'autonomie liée au vieillissement (ex : déficience intellectuelle) ne font pas partie de ce continuum. Toutefois, afin de maintenir une continuité d'approche, des liens étroits devront être établis avec plusieurs continums d'intervention¹.

En Montérégie, la population des personnes âgées de 65 ans et plus, établie à 150 485 personnes en 2001, représente 11,4 % de la population totale. En ce qui a trait à la population des 75 ans et plus, elle correspond, en 2001, à 62 257 personnes constituant ainsi 41,5 % des 65 ans et plus. Cette dernière population, qui représente une bonne partie de la clientèle potentielle du continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement », pourrait atteindre le nombre de 85 291 en 2011, ce qui représenterait un taux d'accroissement de 37 % par rapport à 2001.

Un des éléments particuliers à la Montérégie, dont nous devons tenir compte dans l'offre de service, est le nombre de places disponibles en résidence privée pour la clientèle âgée. Selon l'inventaire de 2004², plus de 12 500 places étaient disponibles en résidence privée comparativement à 6 092 places dans le réseau d'hébergement public (5 195 places en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 897 places en ressources non institutionnelles (RNI)).

Selon les opinions exprimées par les intervenants des services de soins à domicile, la moitié des personnes hébergées dans les résidences privées ont besoin de soins infirmiers réguliers. De plus, les

¹ Mentionnons, à titre d'exemple, les continums suivants : « Interventions universelles », « Asthme », « Maladie pulmonaire obstructive chronique », « Diabète », « Maladies cardiovasculaires », « Lutte contre le cancer », « Déficience physique », « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du comportement ».

² Registre des résidences pour personnes âgées avec services, Région Montérégie, MSSS, 2004.

informations issues des tableaux de bord des mécanismes d'accès à l'hébergement indiquent que 40 % des nouvelles demandes proviennent de la clientèle qui vit en résidence privée. Cette situation nous oblige à revoir, non seulement l'organisation des services, mais également les facteurs de mise en priorité ainsi que la gestion des listes d'attente en hébergement.

Avec le vieillissement de la population, il est essentiel que tous les acteurs se sentent concernés par les besoins de ces personnes et unissent leurs efforts afin d'offrir un éventail de services adaptés. Des efforts importants devront également être fournis concernant le développement de liens intersectoriels (municipalités, organismes bénévoles, ressources privées, groupes de citoyens, etc.).

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions **PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR**.

TYPLOGIE DES SERVICES

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions de promotion, prévention et protection ▪ Actions en développement des communautés (perspective Bien-vieillir; conditions de vie : revenu, habitation, vie citoyenne active et intégration sociale) ▪ Pratiques cliniques préventives (PCP) ▪ Dépistage et identification précoce ▪ Utilisation judicieuse des médicaments (prescripteurs, pharmaciens, consommateurs) ▪ Programme de prévention des chutes à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins ▪ Plans d'intervention (PI, PSI) ▪ Services médicaux de 1^{ère} ligne ▪ Services professionnels à domicile ▪ Services spécialisés en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services communautaires aux proches aidants (repas, transport, etc.) ▪ Services non professionnels à domicile (AVD-AVQ) ▪ Services de soutien technique ▪ Soins de fin de vie ▪ Services d'hébergement adaptés aux besoins de la clientèle

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS³. Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Perte d'autonomie liée au vieillissement ».

Les pistes d'action sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum dans son ensemble ont été mises arbitrairement dans la section **GUÉRIR**. Enfin, certaines pistes ont été regroupées soit parce qu'elles sont inter-reliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

A) PRÉVENIR⁴

Les actions de prévention qui contribuent à éviter, retarder ou diminuer la perte d'autonomie liée au vieillissement doivent être maintenues chez les aînés; plusieurs interventions ont démontré leur efficacité à cet égard. L'approche positive du vieillissement recommandée, entre autres, par les Nations Unies (2002), l'Organisation mondiale de la santé (1996) et la Politique de la santé et du bien-être du Québec (1992), s'inscrit parfaitement dans cette perspective. On songe ici aux concepts Bien-vieillir, Vieillesse active, Intégration et participation sociale des aînés. Cette approche globale est inclusive et sollicite la participation de tous les acteurs sociaux.

De plus, les personnes en perte d'autonomie ou qui présentent des risques à cet égard, accusent souvent un cumul de pathologies et de conditions qui les rendent particulièrement vulnérables. L'équipe de soins se doit de profiter de l'opportunité qui lui est offerte pour éliminer ces risques et pour renforcer le potentiel résiduel de ces individus. Des services préventifs adaptés et intensifs éviteront ou retarderont de nombreux problèmes de santé susceptibles de compromettre davantage leur condition et d'augmenter la demande en soins et services.

³ Dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

⁴ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

Les pistes d'action au niveau de la prévention qui sont directement en lien avec le continuum sont les suivantes :

1. L'application de la stratégie de développement des communautés dans l'optique de favoriser le « Bien-veillir ».

Améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés sont des éléments essentiels de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Des conditions de vie défavorables sont associées à la survenue plus fréquente et plus précoce de la perte d'autonomie liée au vieillissement. De plus, elles diminuent les ressources des individus et de leurs proches pour faire face à leur situation. Il est reconnu que le revenu, le logement, l'habilitation (empowerment) personnelle et communautaire, la vie citoyenne active et l'intégration sociale sont des déterminants puissants de la santé et du bien-être, car ils affectent la capacité de se maintenir en santé et de faire face aux problèmes lorsqu'ils surviennent.

2. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives (PCP) dont l'efficacité est reconnue.

Les PCP ont démontré leur efficacité pour réduire la mortalité et la morbidité associées à plusieurs problèmes sociosanitaires. On ignore le niveau d'application des PCP, dont l'efficacité a été reconnue dans la population des 65 ans et plus et particulièrement chez les individus en perte d'autonomie, mais on estime qu'elles sont sous-utilisées. Plusieurs stratégies sont connues pour améliorer le niveau d'application des PCP mais pour y arriver, il faudrait mobiliser les ressources humaines afin de les amener à intégrer ces PCP dans leur pratique quotidienne.

3. L'utilisation judicieuse des médicaments (prescripteurs, pharmaciens, consommateurs).

De nombreux indices révèlent que les médicaments psychotropes, particulièrement ceux de la sous-classe « anxiolytiques-sédatifs-hypnotiques », sont fréquemment utilisés de façon non judicieuse par les aînés. Les réactions indésirables aux médicaments causent de 10 à 20 % des hospitalisations gériatriques. Leur utilisation comme moyen pour se suicider est reconnue dans une proportion non négligeable de cas. D'autre part, la polymédication (quatre médicaments et plus) est considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de chute chez les aînés.

4. L'application du programme de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

Les chutes et leurs conséquences constituent un important problème chez les personnes âgées : 30 % des personnes de 65 ans et plus chutent une fois et plus chaque année. On estime que 20 % de ces chutes entraînent une consultation médicale et 5 % une hospitalisation. Entre 1992 et 1998, un nombre annuel moyen de 1 595 personnes de 65 ans et plus en Montérégie ont été hospitalisées suite à une chute avec blessure pour un total annuel moyen de 35 826 journées d'hospitalisation, ce qui représente environ 100 lits occupés pendant 1 an. Les chutes sont plus fréquentes parmi les personnes très âgées en perte d'autonomie et leurs conséquences sont pour elles particulièrement graves. Certains programmes multifactoriels appliqués avec rigueur chez des aînés à risque ont diminué de 20 à 30 % le nombre de chutes chez ces bénéficiaires.

B) GUÉRIR⁵

Le niveau d'intervention **GUÉRIR** comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

5. L'accessibilité aux services médicaux 1^{ère} ligne.

6. L'amélioration de la hiérarchisation des services (notamment par l'application du projet de Loi 90).

Ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui ont accès à un médecin de famille. En effet, peu de médecins se déplacent à domicile pour la clientèle non ambulatoire, entraînant ainsi une augmentation des demandes de services à l'urgence. De plus, leur approche n'est pas toujours adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

D'autre part, les CHSLD gestionnaires de RNI doivent s'assurer que les services professionnels sont offerts aux usagers qui y sont hébergés, en collaboration avec les services de soutien à domicile, puisque les personnes hébergées en RNI ont un statut d'inscrites et sont considérées comme résidant à domicile. La personne orientée vers une RNI se retrouve, la plupart du temps, sans médecin, et ce, malgré les efforts des établissements gestionnaires. Les conséquences reliées à cette condition sont importantes (délais importants de prise en charge au niveau médical, risque de détérioration de la condition de la personne, recours inapproprié aux urgences hospitalières, etc).

L'accessibilité aux soins médicaux est également problématique en hébergement de longue durée. La programmation des CHSLD devrait être révisée en fonction des cinq grands types de clientèles identifiées dans les orientations régionales, dont deux ciblent spécifiquement la clientèle de ce continuum

⁵ Le terme **TRAITER** plutôt que **GUÉRIR** serait plus approprié pour ce continuum. Par souci d'uniformité, nous gardons toutefois l'expression **GUÉRIR** qu'il faut comprendre dans son sens le plus large.

(soins de confort et déficit cognitif). Ces programmations impliquent l'acquisition de nouvelles expertises professionnelles au sein du réseau d'hébergement de longue durée qui sont non disponibles actuellement. Les services professionnels autres que nursing (services psychosociaux, nutrition, orthophonie, inhalothérapie et pharmacie) constituent le maillon faible.

7. L'implication appropriée du pharmacien.

L'usage inapproprié de médicaments prescrits ou non prescrits et de produits naturels doit préoccuper ceux qui participent aux soins des personnes âgées dont, entre autres, les pharmaciens. Il importe donc d'impliquer les pharmaciens dans le processus d'une approche intégrée.

8. La disponibilité de spécialistes en gériatrie.

Pour combler l'absence de gériatres dans la région, des liens sont à consolider avec les différents réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). De plus, considérant l'importance du bassin de population de la Montérégie et le vieillissement accéléré de celle-ci, il est essentiel qu'une approche gériatrique soit développée et que des mécanismes de concertation soient mis en place afin de faciliter le parcours de la personne dans l'éventail des services mis à sa disposition.

9. L'application de modèles de services intégrés.

10. La systématisation de l'application du PI et du PSI.

11. La systématisation d'activités continues de formation/transfert des connaissances/coaching à l'intention des gestionnaires de cas.

12. La systématisation d'activités continues de formation sensibilisation/transfert des connaissances/coaching à l'intention des intervenants (professionnels ou non) (notamment approche gériatrique, approche interdisciplinaire, PSI).

Dans le modèle de services intégrés, on retrouve comme mode de fonctionnement, le guichet unique et la gestion de cas. Le guichet unique est un mode d'accès implanté dans le tiers des territoires de CLSC et son fonctionnement varie d'un territoire à l'autre. Cette mesure se doit d'être adaptée au contexte de la prestation des services, tout en satisfaisant aux critères suivants : orientation des demandes, évaluation globale des besoins, accès aux services et suivi adapté à la situation de la personne.

La gestion de cas exige que le professionnel désigné à cette fonction assume la gestion de l'ensemble des interventions destinées à une même personne et son entourage (évaluation, planification,

négociation, coordination) et cela, peu importe son milieu de vie en vue d'assurer l'intégration et la continuité des services. Deux difficultés émergent : le nombre restreint de personnes assumant cette fonction ainsi que le niveau de déploiement des services intégrés (gamme de services disponibles, clientèle cible, etc.) dans les différents territoires.

Pour ce qui est des plans de services individualisés (PSI), ils sont peu présents dans les dossiers, en dépit de leur obligation légale. L'application semble difficile à inscrire dans la pratique. Pourtant, l'implantation, la coordination et le suivi du PSI sont des responsabilités primordiales pour le gestionnaire de cas (LSSS, art. 103, 104).

L'approche interdisciplinaire est grandement favorisée avec l'implantation des PSI puisqu'elle permet d'assurer une réponse qui intègre, de façon harmonieuse, les volets biopsychosociaux de la personne, dont son intégration à la communauté. Les établissements n'ont pas tous implanté ce mode de fonctionnement. Des problèmes de formation ayant été identifiés à ce niveau, une démarche régionale d'implantation d'un programme de formation portant sur l'approche interdisciplinaire et les PSI est en cours.

Compte tenu des habiletés et des compétences requises pour assumer la fonction de gestionnaire de cas, un programme de formation régional destiné spécifiquement à ces professionnels est en cours d'élaboration. De plus, le milieu universitaire évalue la pertinence d'offrir des programmes de formation continue de 2^e cycle portant sur l'expertise-conseil en gérontologie et la gestion de cas.

13. La disponibilité de l'encadrement clinique visant l'amélioration des pratiques professionnelles (ex. : encadrement clinique, guides de pratique).

Le faible niveau d'encadrement clinique est un enjeu important au niveau de la pertinence et de la qualité des interventions, de même qu'au niveau de l'efficacité et de l'efficacé du programme. La complexité des besoins de la clientèle, la mouvance du réseau de la santé et des services sociaux, le développement de nouvelles pratiques et des nouvelles technologies commandent un niveau d'encadrement plus élevé.

14. La systématisation de la classification des besoins par profils types (ISO-SMAF).

L'implantation du système de classification des besoins par profils types (profils ISO-SMAF) est en cours dans les 19 établissements avec mission CLSC. Ce système, combiné aux informations de I-CLSC procure aux gestionnaires, des informations importantes sur la nature et l'intensité des services offerts permettant ainsi de moduler l'offre de service. L'informatisation de ces outils est essentielle pour la circulation rapide de l'information. L'implantation du système de classification des besoins par profil ISO-SMAF, à tous les niveaux du continuum, contribuerait fortement à orienter les personnes vers les ressources les plus appropriées, y compris lorsqu'il s'agit d'un milieu d'hébergement.

15. La systématisation de l'application de l'outil d'évaluation des besoins multiclientèle (OEMC).

L'outil provincial d'évaluation des besoins est implanté dans tous les CSSS. L'implantation d'un programme de formation au niveau régional (1999) assure une formation de qualité à tous les intervenants. Au cours des dernières années, des efforts importants ont été fournis pour assurer la qualité de la collecte de données (implantation de la notion de coach en CLSC et en CH, implantation d'un programme de gestion de la qualité des évaluations en CLSC). Cependant, compte tenu que ce programme nécessite un investissement de temps important, certains territoires arrivent difficilement à assurer la pérennité de celui-ci. Actuellement, seule la clientèle hébergée en RNI n'est pas systématiquement évaluée à l'aide de l'OEMC.

16. La systématisation de l'application d'outils de repérage des clientèles en perte d'autonomie ou à risque, qui sont validés et reconnus.

Différentes grilles sont présentement utilisées pour l'identification de la clientèle pouvant bénéficier d'un questionnaire de cas et d'un réseau de services intégrés (RSI). L'outil de repérage (clientèle de 65 ans et plus) implanté dans tous les établissements avec mission CLSC, a été validé scientifiquement et permet d'identifier efficacement et rapidement les personnes âgées fragiles.

L'utilisation de la grille de dépistage systématique des clientèles à profil gériatrique à l'urgence est variable d'un territoire à l'autre. Cette mesure devrait permettre une meilleure prise en charge à l'urgence de la clientèle de plus de 75 ans, une diminution de la durée de séjour en CH et une réduction de la demande d'hébergement par la coordination des services auprès de cette clientèle.

Il existe également une grille de détection de la clientèle présentant un profil de démence ou de pertes cognitives. Son utilisation est variable d'un territoire à l'autre.

Aucune grille n'est actuellement utilisée par les médecins en cabinet privé ou dans les GMF.

17. La continuité informationnelle entre les services à l'aide d'outils de partage d'information (dossier clinique informatisé).

L'architecture informatique actuelle et les différents systèmes implantés en Montérégie ne permettent aucune transmission d'information, ni consultation des dossiers interétablissements. Chaque dispensateur doit donc recommencer la saisie de données. Un système d'information intégré faciliterait le travail de l'ensemble des professionnels et permettrait l'utilisation et le partage d'information en temps réel (OEMC, notes d'évolution, guides cliniques, etc.). De plus, les services de télésanté sont peu développés en Montérégie. Cet aspect mérite d'être examiné.

C) SOUTENIR

De façon générale, le niveau d'intervention **SOUTENIR** comprend les services de soutien d'ordre pratique ou psychosocial, les services d'adaptation et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie. Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

18. L'accessibilité aux services de soutien à domicile (réseau, organismes communautaires et intersectoriels).

La mise en place des différents protocoles et suivis systématiques pour les clientèles présentant des conditions chroniques mobilisent beaucoup de ressources. Par conséquent, les services offerts à la clientèle PALV restent limités. Les effectifs sont peu nombreux. Le recrutement est difficile compte tenu du milieu d'intervention (seul à domicile). Les liens ne sont pas toujours effectués avec d'autres dispensateurs de services (CH, URFI). Les listes d'attente sont importantes concernant le programme d'adaptation du domicile (PAD). Un des constats demeure : la difficulté de recruter les effectifs nécessaires pour déployer les services requis en ergothérapie, en physiothérapie, en inhalothérapie, en orthophonie et en audiologie. De plus, le temps de plusieurs de ces professionnels est utilisé pour remplir de nombreux formulaires.

Au niveau des services psychosociaux, certains territoires accusent un retard important dans la prise en charge de l'ensemble de la clientèle nécessitant des services de soutien à domicile. Les délais d'attente ont un impact important sur l'autonomie des personnes et la situation des proches-aidants.

Pour ce qui est des services médicaux offerts à domicile, l'implication du médecin de famille est souhaitable compte tenu de l'impact de ses interventions auprès de la clientèle.

Les services de nutrition sont essentiels au maintien de l'autonomie et de la santé de la clientèle. L'importance d'investir à ce niveau n'est plus à démontrer.

Les services professionnels spécialisés (soins dentaires, soins de pied, audiologie, orthophonie, optométrie) sont accessibles la plupart du temps en privé. La responsabilité de s'assurer que la personne puisse recevoir ces services appartient aux gestionnaires de cas.

Enfin, le soutien à domicile est étroitement lié aux politiques de logement, de transport et d'accès aux services de consommation courante, d'où l'importance de développer des liens intersectoriels.

19. La continuité, coordination et collaboration entre les différents partenaires (organismes communautaires, acteurs intersectoriels concernés).

Plusieurs organismes communautaires (65 incluant des centres d'action bénévole) desservent spécifiquement les personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement en Montérégie. Ils offrent des services à la clientèle et participent, selon leurs moyens, à la concertation locale. Des efforts devraient être apportés afin d'en arriver à une desserte satisfaisante de la clientèle visée.

Certains organismes offrent des services de production de repas qui sont livrés à domicile. Nous ne connaissons pas le bassin de desserte, ni la fréquence des services. De nombreuses difficultés confrontent ces organismes : disponibilité, recrutement et encadrement des bénévoles, disponibilités financières pour coordonner le programme, accessibilité financière du coût/repas à la clientèle, promotion du service, concertation locale pour la dispensation des services.

Quarante-cinq (45) organismes communautaires sont financés à l'échelle de la région pour effectuer, à différents niveaux, du transport et de l'accompagnement (principalement pour des fins médicales). Le problème de transport est important dans certains territoires, ce qui oblige parfois la dispensation des services à domicile alors que le mode ambulatoire serait plus approprié. Des liens intersectoriels sont à s'établir dans certains territoires alors qu'ailleurs, la municipalité soutient des initiatives locales de différentes manières (subventions, prêts de locaux ou autres).

20. L'accessibilité aux services d'aide et d'assistance à domicile.

Les services d'aide et d'assistance à domicile sont offerts par différents dispensateurs (réseau public, travailleur gré à gré, entreprise d'économie sociale). En décembre 2002, le taux de réponse aux besoins des services d'aide et d'assistance fournis par les auxiliaires familiales et sociales (AFS) était évalué à 11,67 % pour l'ensemble de la Montérégie.

Des problèmes d'intensité et de qualité des services, des difficultés de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre (travailleur gré à gré, EÉSAD) sont observés.

Onze (11) entreprises d'économie sociale⁶ en aide domestique (EÉSAD) oeuvrent en Montérégie. Les principales difficultés rencontrées par ces entreprises sont le recrutement et le maintien en poste du personnel, les revenus insuffisants pour soutenir la mission sociale, la rentabilité financière difficile et le délai de remboursement par la RAMQ.

⁶ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Compilation et analyse des informations internes pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), Secteur communautaire*, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, 2004.

D'autre part, les CLSC n'ont pas tous les mêmes pratiques de référence aux EÉSAD. Quelques-uns assument financièrement l'écart entre le salaire minimum du programme d'allocation directe et le tarif horaire des EÉSAD, mais la plupart n'adoptent pas cette pratique.

21. L'accessibilité aux services professionnels et communautaires en réponse aux besoins des proches aidants (répit, dépannage, soutien, etc.).
22. La systématisation de l'application d'un outil d'évaluation des besoins des proches aidants (outil provincial).

Les aidants naturels dispensent au-delà de 80 % de l'aide et des soins reçus par les aînés vivant à domicile. Ils sont un apport croissant en milieu d'hébergement (CHSLD). Habituellement, les personnes en perte d'autonomie préfèrent recevoir leur assistance et leurs soins de leur « proche aidant ». Le couple aidant-aidé doit donc être favorisé au maximum et à cette fin, on se doit de lui offrir les services requis pour assurer la pérennité de cette situation. L'aidant doit être considéré comme un partenaire des soins et comme un client. Ses besoins doivent être évalués et satisfaits dans la mesure du possible. Dans la satisfaction de ces besoins, les 57 organismes communautaires offrant des services de soutien aux proches aidants peuvent jouer un rôle important. Ils font cependant face à de nombreuses difficultés : sous-financement, recrutement et encadrement des bénévoles, revenus insuffisants des clients pour s'assurer du temps répit/gardiennage, etc. Chaque territoire aurait avantage à se concerter afin d'assurer plus de systématisation dans l'offre de service et s'entendre sur une accessibilité et une continuité des services.

23. L'application de mesures d'assurance-qualité des services de soutien à domicile, y compris en résidence privée.

Le protocole d'intervention en résidence privée est appliqué différemment selon les territoires. Les pratiques ne sont donc pas harmonisées. L'évaluation de la qualité des services en résidence privée est en cours d'implantation et devrait se généraliser.

24. L'accessibilité aux services d'hébergement (LD et RNI) adaptés aux besoins et caractéristiques de la clientèle.
25. La disponibilité des services auprès des personnes avec multiproblématiques.

La Montérégie vit une phase de développement accéléré pour créer des services d'hébergement en ressources non institutionnelles (RNI) (ressources de type familial et ressources intermédiaires). Les établissements avec une mission CHSLD (7 gestionnaires en Montérégie) sont responsables de réaliser

ce développement. Environ 400 nouvelles places ont été créées ou consolidées depuis 24 mois. Les orientations régionales visent le développement de nouvelles ressources intermédiaires (de 9 à 12 places spécialisées selon des profils types de clientèles visées). Les profils types visent principalement les personnes atteintes de déficits cognitifs, les personnes âgées avec perte d'autonomie associée un problème de santé et les adultes avec une déficience physique. Également, des projets sont en émergence pour développer des ressources visant des problématiques plus ciblées : personnes avec troubles de comportement (santé mentale, déficience, troubles complexes de comportement ou troubles mixtes), personnes avec problématiques mixtes de santé mentale et santé physique, adultes avec lenteur intellectuelle, personnes atteintes de déficience intellectuelle n'ayant plus de potentiel de réadaptation, personnes en phase pré-palliative. En l'absence de ces nouvelles RNI, ces clientèles sont orientées vers les ressources d'hébergement de longue durée (de type CHSLD). L'arrimage de cette stratégie de service visant un renforcement des mesures d'hébergement plus près des conditions de vie en milieu domiciliaire devrait se réaliser en lien avec les autres continuums d'intervention.

Pour ce qui est de l'hébergement en milieu de longue durée, les orientations « Milieux de vie en CHSLD » adoptées en Montérégie en 2000, préconisent une organisation des services d'hébergement selon cinq programmations spécifiques : clientèles atteintes de déficits cognitifs, clientèles soins de confort, clientèle atteinte de problèmes de santé mentale; clientèle atteinte de déficience physique; clientèle atteinte de déficience intellectuelle. Ces programmations visent une remise à niveau de l'offre de service en hébergement selon les caractéristiques des clientèles visées, ainsi que leur regroupement en îlots-milieus de vie formés de 12 à 15 personnes. Malgré une adhésion générale du réseau d'hébergement à ces orientations, l'actualisation des réorganisations des services rencontrent des difficultés majeures liées aux contraintes de ressources humaines, de ressources financières mais surtout, à des contraintes d'aménagement physique des CHSLD.

26. L'application de mesures d'assurance-qualité des services d'hébergement offerts à la clientèle.

Des programmes d'évaluation de la qualité des services en RNI sont implantés (obligatoire et évaluation annuelle) mais nous ne possédons aucune donnée nous permettant d'apprécier la situation. L'obligation de se soumettre à un processus d'évaluation de la qualité (processus d'agrément) fournira un ensemble d'informations permettant à chaque établissement d'apprécier la situation et d'apporter les correctifs lorsque nécessaire.

27. L'application des guides de pratique de soins de fin de vie.

Concernant les soins de fin de vie, nous savons qu'il existe différentes modalités d'offre de service (réseau de services intégrés onco-palliatif, équipes SAD dédiées à cette clientèle et clientèle desservie parmi l'ensemble de la clientèle du SAD). Toutefois, peu d'informations sont disponibles à cet égard, posant ainsi obstacle à l'appréciation de la situation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Compilation et analyse des informations internes pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), Secteur communautaire*, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, 2004.

GERMAIN, Marcel. *Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique en centre hospitalier*, décembre 2003.

HÉBERT, R., A. TOURIGNY, M. GAGNON. *Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA) : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Saint-Hyacinthe, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, 2003.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre des résidences pour personnes âgées avec services : Région Montérégie*, Québec, MSSS, 2004.

VANIER, Carole. *Projet régional de soutien aux aidants naturels : Profil des aidants et des personnes aidées et profil des interventions et activités réalisées par les organismes communautaires en Montérégie*, Longueuil, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montérégie, septembre 2004.