

Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie



Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie

Février 2001



Équipe de travail de la Direction générale
de la planification stratégique et de l'évaluation

Coordonnatrice

Patricia Caris

Collaborateurs

Madeleine Rochon

Lysette Trahan

Serge Rouleau

Alain Saucier

Annik Paris

Secrétariat

Diane Beaulé

Supervision du dossier

Mireille Fillion

Pierre Joubert

Marc-André Maranda

Remerciements

L'équipe de travail tient à remercier les nombreuses personnes, tant au ministère que dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui ont collaboré aux travaux qui ont mené à l'élaboration de ce document.

Édition produite par

La Direction des communications du ministère de la Santé
et des Services sociaux

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document,
faites parvenir votre commande

par télécopieur

(418) 644-4574

par courriel

communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction des communications

1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage

Québec (Québec)

G1S 2M1

Le présent document est disponible à la section documentation du site
Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les
femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2001

Bibliothèque nationale du Canada, 2001

ISBN 2-550-37168-2

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Introduction	5
1 Le vieillissement démographique et ses effets	7
Le vieillissement démographique	9
Les effets du vieillissement démographique	10
2 Les personnes âgées en perte d'autonomie : estimation des besoins et constats sur l'organisation des services	13
Les besoins liés aux incapacités et aux problèmes de santé	15
Les principaux constats sur l'organisation actuelle des services	16
3 Les orientations	19
Première orientation : l'intégration des services	22
Les fondements des réseaux de services intégrés	22
Les composantes des réseaux de services intégrés	23
1- La composante organisationnelle	23
2- La composante clinique	24
3- La composante administrative	26
Deuxième orientation : l'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins	28
La gamme de services	28
Les modalités d'accès aux services selon les lieux de prestation	33
Les conditions de recours aux milieux d'hébergement substituts	34
Troisième orientation : la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux	35
La qualité des pratiques	35
L'évolution des interventions	36
L'évolution des milieux substituts	38
4 Les conditions d'évolution des services aux personnes âgées en perte d'autonomie	41
L'implantation des orientations	43
Les travaux à poursuivre	43
Les investissements au cours des prochaines années	44
Un réseau de veille sur le vieillissement et les changements démographiques	45
Le cadre d'évaluation des orientations	45
Conclusion	47

Introduction

Le présent document d'orientation trace les grandes lignes de l'organisation future des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette démarche s'effectue au moment où le Québec, à l'instar des autres sociétés industrialisées, doit composer avec une augmentation importante du nombre de personnes âgées et même du nombre de personnes très âgées. Cette augmentation, qui s'explique entre autres par une amélioration marquée de l'ensemble des conditions de vie au cours du siècle dernier, entraîne un accroissement des besoins concernant des services liés aux incapacités et aux maladies plus fréquentes avec l'avancée en âge. Des ajustements au système de santé et de services sociaux s'imposent pour répondre adéquatement à ces besoins, à la fois plus nombreux mais également différents de ceux des populations plus jeunes pour lesquelles le système actuel a été conçu.

Loin d'être un phénomène négatif, l'augmentation du nombre de personnes âgées oblige cependant à revoir le mode d'organisation des services qui leur sont offerts. Les politiques et les orientations en cette matière doivent être redéfinies. À court terme, il faut repenser les façons de répondre aux besoins liés aux incapacités associées au vieillissement pour offrir de meilleurs services aux personnes âgées en perte d'autonomie. À plus long terme, une réorganisation des services est essentielle pour parvenir à répondre à l'augmentation prévisible des besoins, compte tenu de l'accroissement du nombre de personnes âgées. **Il faut donc, au cours de la prochaine décennie, procéder à une réorganisation des services sociosanitaires qui soit ajustée aux besoins différents d'une population vieillissante et qui tienne compte de la nouvelle pyramide des âges.**

Les orientations présentent la toile de fond qui permettra de situer l'ensemble des actions qui doivent être entreprises au cours des prochaines années pour adapter les services aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agit d'engagements ministériels qui aideront à faire les choix qui s'imposent pour :

- Mieux répondre aux besoins des aînés atteints d'incapacité, en révisant l'organisation des services offerts et en adaptant les pratiques.
- Disposer d'un cadre permettant d'assurer la cohérence entre les différentes mesures organisationnelles et administratives adoptées dans ce secteur.
- Faire face à l'accroissement de la demande liée à l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées et disposer d'une gamme de services flexibles, adaptés à la complexité des besoins.

Le présent document expose d'abord les enjeux à long terme auxquels devra faire face le réseau sociosanitaire, compte tenu du vieillissement de la population, et décrit le contexte de prise de décision particulier au domaine des services de santé et des services sociaux. Il présente ensuite les orientations retenues pour guider les choix en matière d'organisation de services. Enfin, il propose les mesures nécessaires pour assurer l'évolution des services en fonction des modifications du nombre mais, surtout, de la nature des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie au cours des années à venir.

Le vieillissement démographique et ses effets



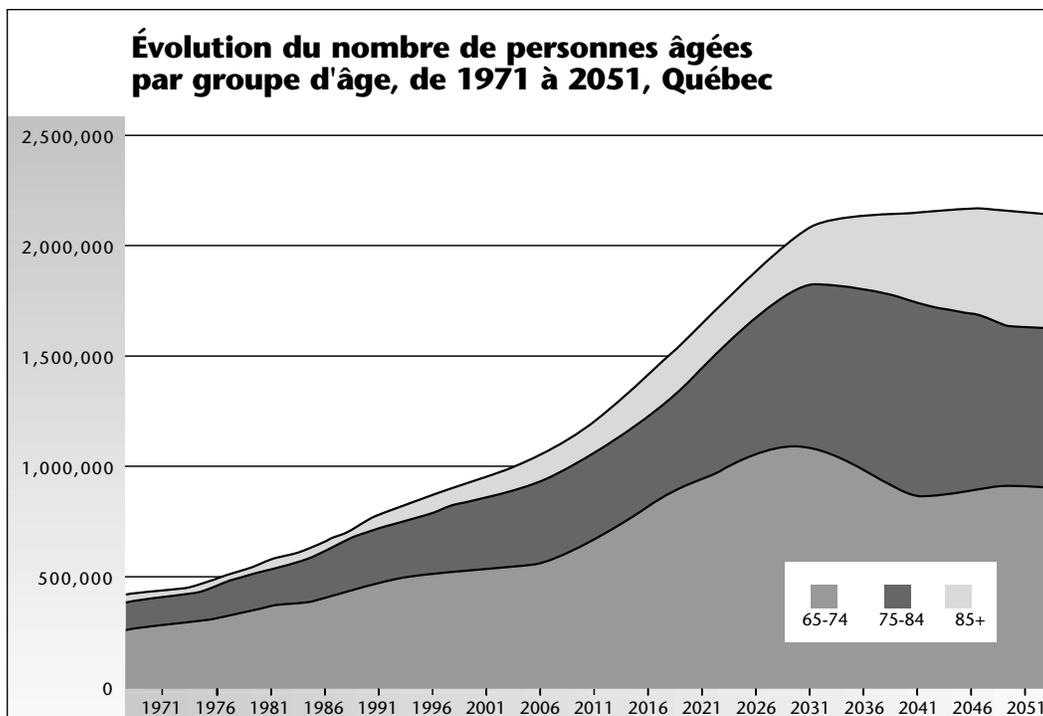
1

Le vieillissement démographique et ses effets

Au cours du siècle, le vieillissement de la population québécoise sera parmi les plus rapides et les plus élevés du monde. En 1999, on comptait 927 500 personnes âgées de 65 ans ou plus, ce qui représentait 12,6 % de la population. La proportion de personnes âgées passera de 13 % à 24 % d'ici vingt-cinq ans. Il y aura une augmentation particulièrement rapide du nombre de personnes âgées, au moment de l'arrivée des *baby boomers* à l'âge de 65 ans, soit vers 2011. Les effets du vieillissement démographique, qui commencent déjà à se faire sentir, seront donc encore plus palpables d'ici dix ans.

Le vieillissement démographique

Le vieillissement de la population est également caractérisé par une augmentation importante de personnes très âgées. Ainsi, le groupe des 65-74 ans, qui représente actuellement 58 % de l'ensemble des personnes âgées, n'en représentera plus que 52 % en 2031 et que 43 % en 2051. Puisque les personnes de plus de 75 ans, et même celles de plus de 85 ans, seront alors plus nombreuses en raison de l'allongement de l'espérance de vie, il y aura un accroissement considérable du nombre de personnes qui consomment le plus de services.



Les femmes¹ sont et resteront aussi plus nombreuses : en 1999, six personnes âgées sur dix étaient des femmes. Cette proportion croît avec l'âge, les femmes bénéficiant d'une espérance de vie plus longue que les hommes. Dans le groupe des 90 ans ou plus, on compte même trois femmes pour un homme. Cependant, les femmes se retrouvent plus souvent seules, avec des revenus moindres, en moins bonne santé, cumulant ainsi plus de risques que les hommes de devoir un jour recourir à des services de longue durée ou être hébergées en milieu substitut.

Par ailleurs, plusieurs autres caractéristiques sociales et économiques de la population âgée sont en mutation. Les différences de scolarité et de revenu ainsi que les changements liés à la participation des femmes au marché du travail ou à la composition des familles sont manifestes entre les générations. Les besoins des générations futures de personnes âgées seront différents des besoins des personnes âgées d'aujourd'hui.

Les effets du vieillissement démographique

L'effet des changements démographiques dans le domaine de la santé et des services sociaux peut se résumer par la part grandissante des services rattachés aux problèmes survenant après 65 ans et, surtout, après 75 ans.

Ce qui sera fondamentalement différent dans l'avenir, c'est :

- **La nature de la demande**, caractérisée par un déplacement graduel vers des besoins liés aux problèmes de santé des personnes âgées, soit les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, cancers, arthrite, maladie d'Alzheimer et autres formes de démence) et leurs conséquences, c'est-à-dire la perte d'autonomie et le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne.
- **La modification de l'offre** associée à l'évolution des connaissances et des pratiques, aux progrès technologiques continus mais aussi à la modification de la nature des besoins et des attentes des générations futures de personnes âgées. Des percées médicales pourraient aussi avoir une portée considérable si elles permettaient de diminuer l'invalidité due aux maladies chroniques, comme la maladie d'Alzheimer.
- **La capacité financière du gouvernement** de répondre à l'augmentation de la demande si l'effet de la diminution de la population active sur l'évolution de la richesse collective (le PIB) n'est pas compensé par d'autres facteurs (par exemple : hausse des taux d'emploi et des revenus des personnes âgées, recul de l'âge effectif de la retraite). Alors qu'aujourd'hui on compte encore cinq travailleurs pour un retraité, cette proportion ne sera plus que de deux pour un en 2050.

L'effet du vieillissement sur les dépenses publiques de santé ne touchera pas que les services de longue durée. Les services de courte durée seront également affectés. En effet, au cours des quatre prochaines décennies, l'augmentation des dépenses pour les services de longue durée ne représentera que 40 % de l'augmentation totale des dépenses en santé et services sociaux. Durant cette même période, 60 % des

1. Tous les travaux sur lesquels s'appuie l'élaboration des orientations ont été effectués d'après une analyse différenciée selon le sexe.

dépenses encourues pour répondre aux besoins liés au vieillissement se répercuteront dans le secteur des services de courte durée, des médicaments et des services médicaux.

Des pressions diverses s'exerceront donc sur le système de santé et de services sociaux. Aux facteurs démographiques et à l'évolution des besoins viennent s'ajouter les progrès technologiques continus qui engendrent une augmentation des interventions médicales et des coûts et qui auront au moins autant d'effets que le vieillissement de la population. C'est l'ensemble de ces différents facteurs combinés qui rend impératifs tant les changements dans l'organisation des services que l'adaptation des pratiques professionnelles et de gestion.

Les enjeux à long terme qui se posent avec le vieillissement de la population concernent donc la modification de l'offre de services de santé et de services sociaux pour l'adapter à l'évolution et à la croissance des besoins associés au vieillissement de la population.

Les personnes âgées en perte d'autonomie : estimation des besoins et constats sur l'organisation des services



2

Les personnes âgées en perte d'autonomie : estimation des besoins et constats sur l'organisation des services

Apprécier l'ampleur des besoins à combler et reconnaître les limites de l'organisation actuelle des services sont des étapes essentielles pour décider des modifications à apporter aux services. Pour mieux estimer les besoins se rapportant aux services de santé et aux services sociaux et leur évolution possible, les résultats de divers travaux récents ont été utilisés. De nombreuses études évaluatives effectuées au cours des dernières années permettent en effet de tracer un portrait détaillé de la situation qui prévaut actuellement sur le plan de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et de cibler les principales faiblesses de cette organisation.

Les besoins liés aux incapacités et aux problèmes de santé

Les besoins des personnes âgées peuvent s'apprécier à partir des notions de perte d'autonomie et de fragilité. Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou à plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Ce n'est pas tant la nature des incapacités qui détermine la perte d'autonomie que leur simultanéité, leur intensité, leur durée et leurs répercussions fonctionnelles ainsi que la perception qu'a une personne de ses capacités d'adaptation. La fragilité est plutôt définie comme le risque qu'a une personne âgée, à un moment de sa vie, d'avoir ou d'aggraver des troubles fonctionnels ou des problèmes de santé. Les notions de fragilité et de perte d'autonomie impliquent qu'il faut prendre en considération, pour évaluer les besoins d'une personne, non seulement les problèmes de santé qui peuvent se manifester chez elle, mais aussi sa capacité et sa volonté de compenser les effets de ces problèmes compte tenu des ressources dont elle dispose.

Le Québec possède des données sur l'état de santé de la population âgée, sur les incapacités et sur l'importance grandissante des troubles cognitifs, qui permettent d'estimer l'ampleur des besoins pouvant entraîner une demande de services. Alors que plus de 70 % des personnes de plus de 65 ans ne déclarent pas d'incapacité modérée ou grave, ce qui tend à démontrer qu'il est possible de vieillir en santé ; 27 % des personnes de ce groupe d'âge sont atteintes d'au moins une incapacité suffisamment importante² pour entraîner une demande de services. Nous pouvons également dégager les constats suivants :



2. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (à paraître), estimations du ministère de la Santé et des services sociaux.

- **Les déficiences augmentent avec l'âge**, générant des incapacités, et les pertes d'autonomie fonctionnelle sont particulièrement marquées chez les personnes très âgées (près de 70 % chez les 85 ans ou plus).
- **Les problèmes chroniques sont plus fréquents avec l'âge**⁴ : 35 % des personnes de 75 ans ou plus souffriraient d'arthrite ou de rhumatisme; 24 % des personnes plus âgées (85 ans ou plus) souffriraient d'une maladie du cœur; 26 % des personnes plus âgées, comparativement à 10 % des 65-74 ans, seraient atteintes de cataractes; 27 % des 75 ans ou plus, contre 16 % des 65-74 ans, auraient des problèmes à entendre quelqu'un qui leur parle à voix basse.

Incapacités modérées ou graves – 1998³

Groupes d'âge	Population	Pourcentage
De 65 à 74 ans	537 485	
Incapacités modérées ou graves	89 000	16,6 %
75 ans ou plus	372 180	
Incapacités modérées ou grave	152 700	41,0 %
TOTAUX – 65 ans ou plus	909 665	
Incapacités modérées ou graves	241 700	26,6 %

- **Les problèmes cognitifs augmentent avec l'âge** (maladie d'Alzheimer et autres démences) : 8 % des personnes de plus de 65 ans souffrent d'une forme de démence et cette proportion augmente à près de 35 % pour celles qui ont 85 ans ou plus⁵.

On ne peut estimer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sans considérer également les besoins des proches. Le besoin de soutien des proches est lié

à la fois à l'ampleur de leur tâche et au fait qu'ils sont souvent eux-mêmes relativement âgés. Ainsi, l'âge moyen des aidants⁶ est de 46 ans pour les femmes et de 44 ans pour les hommes. Toutefois, les proches plus âgés consacrent un plus grand nombre d'heures à l'aide. En effet, la moyenne d'heures la plus élevée se retrouve chez les femmes qui ont entre 60 et 74 ans et chez les hommes de plus de 75 ans.

Les principaux constats sur l'organisation actuelle des services

De nombreux efforts ont été faits pour offrir de meilleurs services aux personnes âgées en perte d'autonomie au cours des vingt dernières années. De nouvelles ressources ont permis d'améliorer la prestation des services et l'accès à ces services : l'implantation des unités de courte durée de gériatrie (UCDG), les équipes ambulatoires, la centralisation des mécanismes d'admission en milieu substitut, les centres de jour et les hôpitaux de jour, plusieurs nouveaux outils d'évaluation et de dépistage, des mécanismes de liaison, par exemple.

3. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (à paraître), estimations du ministère de la Santé et des services sociaux.

4. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*; données traitées au ministère de la Santé et des services sociaux.

5. R. HÉBERT, *Chronique d'une épidémie annoncée*, communication faite au Forum sur la maladie d'Alzheimer, Trois-Rivières, mai 1999.

6. STATISTIQUE CANADA, *Soins aux personnes âgées : Contexte, contenu et conséquences*, Ottawa, 1999.

Plus récemment, plusieurs expériences de réseaux de services intégrés ont vu le jour; elles introduisent de nouvelles façons de faire pour tenter d'agir sur la fragmentation et le cloisonnement des services. Le mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francis, le Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) à Montréal et le Projet d'action concertée sur les territoires La Source et Orléans (PACTE) témoignent d'une volonté et d'une capacité à gérer autrement l'offre de services.

Malgré les améliorations des dernières années, le virage ambulatoire et le fait que les personnes âgées recourent beaucoup moins fréquemment à l'hébergement qu'auparavant ont contribué à accroître la demande pour les services à domicile. La diversification des lieux et des prestataires de services ainsi que la participation de plus en plus importante des secteurs communautaire (économie sociale) et privé (les résidences, les agences de services à domicile) viennent également complexifier les modalités d'organisation des services.

Plus souvent qu'autrement, les ajouts de ressources ne se sont pas traduits par une meilleure intégration des services, mais plutôt par une juxtaposition de mesures qui en ont limité les effets. Il reste donc des pas importants à franchir et des obstacles à lever pour en arriver aux modes d'organisation de services adaptés à l'ampleur des besoins. Parmi les problèmes rencontrés actuellement, certains doivent être solutionnés en priorité.

Un accès aux services souvent difficile et variable

Lorsqu'une personne âgée est atteinte d'incapacité et qu'elle-même ou ses proches décident de demander des services, ils ne savent souvent pas où s'adresser. Si l'état de la personne requiert plusieurs types de services, cette situation se complique : la plupart du temps, les gens ignorent tout des services existants et se retrouvent à devoir eux-mêmes non seulement les découvrir, mais aussi, dans bien des cas, les coordonner. Sur le plan de l'organisation des services, cette situation s'accompagne des lacunes suivantes :

- **L'accessibilité aux services n'est pas la même d'un territoire à un autre** et, au cours d'une même année, la disponibilité de ces services n'est pas toujours assurée.
- **La participation des familles et des proches** est sans doute reconnue (de 70 % à 85 % de l'aide est dispensée par la famille et les proches), mais elle se traduit encore trop peu par des actions et des moyens d'offrir du répit à ces personnes, de les soutenir psychologiquement.
- **L'accès aux services médicaux généraux** demeure difficile pour les personnes âgées, particulièrement lorsqu'elles sont en perte d'autonomie, qu'elles vivent à domicile ou en milieu d'hébergement.
- **Les services spécialisés de gériatrie** devant répondre aux besoins particuliers liés aux problèmes de vieillissement se sont développés, mais leur accès reste aléatoire.



Des ressources qui demeurent insuffisantes

- **En milieu d'hébergement**, les ressources ne suffisent pas à compenser le fait que les personnes admises aient maintenant des besoins plus importants qui nécessitent des services accrus.
- **Les services à domicile**, malgré les ajouts de ressources des dernières années – 100 millions au cours des 3 dernières années – les budgets consacrés à ces services ne parviennent pas encore à suffire à l'ampleur des besoins.
- **Les solutions de remplacement à l'institutionnalisation** restent encore trop peu nombreuses, les ressources permettant un hébergement temporaire pour offrir du répit aux proches ou assurer la convalescence d'une personne demeurent trop rares.
- **Les soins palliatifs** sont encore trop peu nombreux et mal organisés, tant à domicile qu'en milieu d'hébergement.

Une fragmentation des services et des modes d'organisation

- **Le manque de coordination** entre les intervenants, bien documenté et souvent souligné, entraîne une multiplication et un alourdissement des interventions.
- **L'absence de continuité des services** rend plus difficile l'accès aux services de nature préventive, aux services de réadaptation et aux soins palliatifs.

Les connaissances restent incomplètes

- Les connaissances des problèmes liés au vieillissement restent partielles et influent trop peu sur les pratiques et les modes d'organisation de services.
- En raison de leur complexité, les problèmes liés aux incapacités et aux maladies chroniques requièrent une approche multidisciplinaire qui n'est pas suffisamment exploitée dans la formation des intervenants.
- On ne sait toujours pas comment faire face à certains problèmes, l'exemple le plus frappant étant les problèmes cognitifs.

Pour mieux répondre à l'augmentation des besoins et apporter des solutions aux problèmes connus, une importante réorganisation des services doit être entreprise. Les principaux constats énumérés permettent de pointer trois grands enjeux :

- **L'accès aux services**, pour assurer une meilleure continuité des interventions et une utilisation complémentaire des expertises et des ressources.
- **La diversification des modes de réponse**, pour qu'ils permettent d'agir précocement et qu'ils soient mieux adaptés à la complexité des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.
- **L'adaptation des pratiques et des interventions** aux particularités du vieillissement et à l'évolution des connaissances.

Les orientations



3

Les orientations

Une des voies d'action prioritaires retenues par la Politique de la santé et du bien-être⁷ touchait la réorganisation des services sociosanitaires et proposait un réaménagement qui met à contribution l'ensemble des ressources pour assurer le maintien de l'intégration des aînés à leur communauté et pour leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu habituel de vie. De plus, les personnes âgées l'expriment clairement, elles préfèrent demeurer chez elles. Il importe de s'assurer que ce choix pourra se faire sans pour autant sacrifier la possibilité de recevoir les services appropriés lorsque ces personnes sont aux prises avec des incapacités. Répondre à cette demande exige une révision des choix d'organisation de services et une allocation de ressources en conséquence.

Il est impératif de penser le réaménagement des services non seulement en tenant compte des enjeux actuels, mais aussi en se donnant les moyens de faire évoluer l'organisation de ces services en fonction de l'augmentation et de l'évolution des besoins. L'importance des modifications qui doivent être effectuées justifie qu'elles soient amorcées dès à présent, de telle sorte que l'essentiel soit complété lorsque les effets du vieillissement démographique se feront véritablement sentir, dans une dizaine d'années.

Pour guider les choix en matière de réorganisation de services et répondre aux enjeux à court et à long termes, trois orientations ont été retenues :

- L'intégration des services.
- L'accès à une gamme de services répondant à la volonté d'agir précocement et mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins.
- La qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux de prestation de soins.

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, 1992.

Première orientation : l'intégration des services

Passer de la juxtaposition à l'intégration des services amène à choisir des modalités organisationnelles qui suscitent la collaboration de tous les intervenants et qui prévoient l'utilisation complémentaire des ressources, de manière à favoriser une prestation de soins et de services continus. Au cours des dernières années, devant l'accroissement des besoins des personnes âgées, de nouveaux types d'organisation ont été implantés ailleurs au Canada et dans plusieurs pays.



Les pays de l'OCDE⁸ qui comptent déjà une forte proportion de personnes âgées parmi leur population (19,2 % dans le cas de la Suède) ont eu à s'adapter et, dans un contexte de diminution des dépenses publiques, ils se sont efforcés d'augmenter l'efficacité de la prise en charge collective en ciblant mieux les services (Royaume-Uni, Pays-Bas), en confiant la responsabilité de l'ensemble des services (santé et domaine social) à un administrateur unique (Royaume-Uni, Finlande, Suède) et en développant la gestion par cas (Royaume-Uni, Pays-Bas).

De toute évidence, l'implantation de réseaux de services intégrés paraît être la stratégie à retenir pour assurer la continuité des soins et des services, que ces derniers soient plus ponctuels ou spécialisés et offerts à domicile, en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Dans le contexte québécois, ce type d'organisation est cohérent avec la perspective qui intègre les services de santé et les services sociaux au sein d'un même système.

La connaissance des expériences effectuées ailleurs a permis de déterminer, d'une part, les fondements sur lesquels doivent s'appuyer les réseaux de services intégrés, adaptés à la configuration actuelle du secteur de la santé et des services sociaux, et, d'autre part, les composantes de ces réseaux.

Les fondements des réseaux de services intégrés

Les réseaux de services intégrés impliquent la responsabilité complète des soins pour la population âgée d'un territoire. Cette responsabilité s'étend à l'ensemble des services de santé et des services sociaux dont peut avoir besoin cette population et s'accompagne d'une responsabilité budgétaire territoriale qui pourra s'exercer pleinement grâce à l'instauration graduelle d'un budget « personnes âgées en perte d'autonomie ».

Les réseaux de services intégrés prennent assise sur un territoire local. Par local, on entend un territoire de MRC (municipalité régionale de comté) ou de CLSC. L'implantation de tels réseaux est associée à la volonté de favoriser le maintien des personnes âgées dans leur communauté, les services étant plus facilement intégrés lorsqu'on agit à l'échelle humaine. Ils mettent à contribution l'entourage et les groupes communautaires. À long terme, ils devraient aussi pouvoir permettre des ententes intersectorielles (transport, loisirs, habitation) plus faciles à rendre opérationnelles sur le plan local.

8. A. PARIS. *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans six pays de l'OCDE*, ministère de la Santé et des services sociaux, (document à paraître).

L'accès aux services spécialisés, comme la gériatrie, la psychogériatrie et les services de réadaptation intensive, peut être organisé régionalement, mais la prestation des services doit se faire le plus près possible des milieux de vie. Il suppose une organisation systématique pour éviter les délais indus et pour favoriser l'utilisation adéquate et efficace des services de courte durée.

Les réseaux de services intégrés incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation des services plutôt qu'un type de services.

Les composantes des réseaux de services intégrés

Opter pour une stratégie d'intégration des services, c'est adopter une perspective unifiée d'organisation des services qui s'appuie sur la collaboration entre les intervenants, les gestionnaires, les personnes âgées et leurs proches, et qui se traduit concrètement par une façon différente de gérer les ressources et l'intervention clinique.

Les réseaux de services intégrés comportent trois composantes, qui se rapportent soit à l'organisation même, aux dimensions cliniques ou aux modalités de gestion de ces réseaux (voir le tableau à la page 27).

1– La composante organisationnelle

Pour soutenir l'implantation et le fonctionnement de tels réseaux, des mécanismes d'accès et d'information standardisés doivent être mis en place.

■ Un guichet unique qui facilite l'accès aux services

Par guichet unique, on entend un seul point d'entrée et un seul mécanisme d'orientation et d'admission pour les personnes qui font des demandes de services à domicile et d'hébergement sur un territoire. C'est une mesure qui doit être adaptée au contexte de prestation des services, c'est-à-dire en fonction des particularités du territoire. Cependant, elle doit toujours :

- Permettre à la personne âgée, à ses proches ou aux intervenants de première ligne de savoir où diriger une demande de services et d'obtenir facilement une réponse satisfaisante.
- Assurer l'évaluation globale des besoins et l'accès à l'ensemble des ressources disponibles.
- Assurer un suivi adapté à la situation de la personne, en fonction de son état de santé et de sa fragilité; un tel suivi doit toujours impliquer une réévaluation des besoins à un rythme déterminé – par exemple, une fois tous les six mois – ou lorsque des changements surviennent dans la situation de la personne ou de ses proches.

■ Un système d'évaluation pour éviter la multiplication des interventions

Un système d'évaluation des besoins revêt une importance particulière dans l'implantation d'un réseau de services intégrés. Il doit permettre :

- D'empêcher la double collecte d'information par les cliniciens grâce à un outil d'évaluation⁹ qui fournira un tronc commun de données standardisées.
 - D'inclure toute l'information permettant d'avoir une vue d'ensemble de la situation de la personne, fournie par des outils complémentaires tels que le dossier du patient et des grilles d'évaluation, par exemple celles qui mesurent les fonctions cognitives.
 - De traduire l'évolution de la situation de la personne.
 - D'effectuer la classification des besoins pour établir des profils types et ainsi contribuer à orienter les personnes âgées vers les ressources les plus appropriées, y compris lorsqu'il s'agit d'un milieu d'hébergement substitut.
- **Les systèmes de communication pour relier efficacement les professionnels du réseau de services intégrés**

Des systèmes de communication interactifs constituent un élément essentiel à l'implantation des réseaux de services intégrés. Ils permettent de relier les différents intervenants entre eux, facilitant ainsi le travail multidisciplinaire. Ils rendent accessibles aux cliniciens l'histoire et l'évaluation médicales du patient ainsi que les protocoles qui permettent de détecter un problème, d'intervenir précocement et de faire le lien avec l'état fonctionnel et psychosocial de la personne âgée.

2- La composante clinique

Une des caractéristiques fondamentales des réseaux de services intégrés consiste à savoir reconnaître qu'on ne peut viser la prestation continue des soins et des services sans avoir au préalable désigné un responsable qui assume la gestion de l'ensemble des interventions destinées à une même personne âgée et à son entourage.

- **La gestion de cas exige qu'un responsable s'assure de la continuité des services**

La gestion de cas est un processus clinique dont l'application doit être adaptée en fonction de la situation de la personne âgée, mais également selon l'évolution des circonstances, selon l'engagement des proches et du médecin traitant et selon les rôles des différents membres de l'équipe. Ce processus est sous la responsabilité d'une personne (qu'on désigne souvent comme un « intervenant pivot » ou un « gestionnaire de cas ») qui se porte garante en quelque sorte de la continuité des soins et des services. Il existe plusieurs modèles de rattachement de cet intervenant qui peut être membre d'une équipe ou, encore, avoir un rôle strictement dévolu à la coordination.

La gestion de cas comprend les **fonctions** suivantes :

- S'assurer qu'une évaluation fonctionnelle ainsi qu'une évaluation sociale et médicale sont effectuées.
- Convenir d'un plan de services avec la personne âgée et ses proches.
- Négocier et coordonner les services dont la personne âgée a besoin avec les différents prestataires.
- Représenter la personne âgée et défendre ses intérêts et ceux de sa famille.

9. COMITÉ AVISEUR SUR L'ADOPTION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION INTÉGRÉ DES BESOINS DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET DE DÉTERMINATION DES SERVICES REQUIS NOTAMMENT EN INSTITUTION OU À DOMICILE, *Rapport final*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2000.

- S'assurer que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit la personne, c'est-à-dire à domicile (y compris les résidences privées d'hébergement) ou en milieu hospitalier (y compris l'urgence).

■ Une équipe locale

Sur le plan local, l'évaluation des besoins, la prestation des services et le suivi de la personne sont effectués par l'équipe de maintien à domicile du CLSC et des intervenants des CHSLD. L'équipe collabore avec le département régional de médecine générale (DRMG), les groupes de médecine de famille et les organismes communautaires du territoire.

■ Des médecins de famille qui travaillent auprès des personnes âgées

L'engagement des médecins généralistes auprès des personnes âgées permet souvent un accès plus rapide aux services médicaux de base. Il est impératif de faciliter cet accès pour éviter d'avoir inutilement recours aux services médicaux en milieu hospitalier. L'entente conclue entre le MSSS et les médecins omnipraticiens¹⁰ devrait faciliter l'implantation des orientations en permettant de nouveaux modes de rémunération de ces médecins, mieux adaptés aux pratiques dans le cadre de réseaux de services intégrés. L'instauration graduelle de groupes de médecine de famille viendra également favoriser l'implication de médecins omnipraticiens auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.



■ Une équipe de gériatrie pour une intervention ponctuelle et spécialisée

Une équipe de gériatrie régionale, ou sous-régionale selon la taille des régions, doit être implantée, si ce n'est déjà fait, et mise à contribution, soit pour agir comme consultante auprès des intervenants locaux, soit pour intervenir directement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie; en règle générale, elle doit agir quand l'équipe locale, le médecin traitant ou les services d'urgence du territoire lui soumettent un cas.

Cette équipe regroupe des spécialistes en gériatrie, en psychogériatrie et en réadaptation, dont l'expertise est nécessaire pour compléter une évaluation ou préciser un diagnostic. Les membres de l'équipe peuvent également procéder à des traitements permettant à la personne âgée de retrouver un niveau d'autonomie suffisant ou de voir son état stabilisé, de manière à pouvoir être évaluée adéquatement. Des experts en réadaptation doivent être associés au processus pour que ces services soient plus facilement accessibles et mieux adaptés aux caractéristiques particulières des personnes âgées.

Cette équipe agit également comme consultante auprès des intervenants locaux, qui demeurent responsables du suivi des personnes.

10. Accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour la période débutant le 1^{er} avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002.

3- La composante administrative

Deux principes doivent guider le choix des éléments pour permettre une gestion administrative unifiée. D'abord, il est nécessaire de s'assurer que les liens entre le domaine administratif et le domaine clinique sont solides, sans quoi l'intégration souhaitée ne pourra être réalisée; des mécanismes le permettant doivent donc être établis. Ensuite, il importe de désigner l'autorité et les personnes qui seront responsables de gérer les ressources et de vérifier la qualité d'ensemble de l'organisation des services.

■ Des mécanismes de concertation

Les mécanismes de concertation doivent reposer sur la collaboration des professionnels, des gestionnaires des établissements et des représentants des organismes communautaires dans la planification et la gestion des ressources et des services. Ils doivent aussi tenir compte des considérations cliniques et administratives pour la gestion des réseaux de services intégrés. Les mécanismes retenus pourront être différents d'un territoire à l'autre.

■ Un budget « personnes âgées en perte d'autonomie »

Afin de soutenir l'établissement et le fonctionnement de ces réseaux, des modes de gestion budgétaire facilitant l'intégration des services sont à instaurer. L'implantation graduelle d'un budget consacré aux personnes âgées en perte d'autonomie est une condition essentielle pour permettre aux intervenants de choisir plus facilement la meilleure ressource pour répondre aux besoins de la personne.

Le calcul du budget « personnes âgées en perte d'autonomie » se fera en fonction du coût des services destinés à ces personnes dans les différents établissements de soins, y compris dans les établissements de réadaptation et les centres hospitaliers de courte durée de chaque région. Le même type de calcul sera ensuite effectué par les régions pour établir les budgets locaux ou sous-régionaux.

- Ce budget pourra intégrer éventuellement les sommes réservées aux médicaments afin de favoriser une meilleure utilisation de la pharmacothérapie, y compris pour les personnes âgées vivant à domicile.
- Les nouveaux modes de rémunération des médecins devraient faciliter l'accès aux services médicaux de base, que ce soit à domicile ou en milieu d'hébergement; ainsi, le budget « personnes âgées en perte d'autonomie » pourra inclure, à terme, les sommes prévues pour la rémunération des médecins relativement à leur participation aux activités du réseau de services intégrés.

■ Un responsable de la gestion des ressources

Associé à la responsabilité de population, le budget « personnes âgées en perte d'autonomie » donnera la possibilité réelle d'orienter l'utilisation des services vers une plus grande efficacité.

Le budget sera administré par une seule autorité, qui sera également responsable de la gestion du réseau de services intégrés. Chaque région régionale déterminera les modalités organisationnelles les plus appropriées sur son territoire et désignera un responsable local. Ce responsable s'assurera du fonctionnement du réseau de services intégrés et devra gérer l'utilisation des ressources.

Le passage des modes de gestion actuels aux modalités nécessaires à un véritable fonctionnement en réseau de services intégrés est une étape importante qui se fera graduellement et qui nécessitera notamment le développement de systèmes d'information appropriés et l'adaptation de systèmes de reddition de compte et d'allocation de ressources.

Ces changements organisationnels ont une portée qui ira bien au-delà des services aux personnes âgées en perte d'autonomie puisque la volonté de mettre fin à la fragmentation des services amène à retenir la perspective d'intégration pour plusieurs composantes du système de soins et de services, dont les services de première ligne sur le plan local.

En somme, si les efforts des dernières décennies ont permis le développement et la consolidation d'un réseau d'établissements, ceux des prochaines années passent résolument par une utilisation complémentaire des ressources au sein de véritables réseaux de services intégrés. L'offre de services sera ainsi considérablement modifiée et reposera d'abord sur des organisations de niveau local, niveau plus significatif pour les personnes et permettant une réponse mieux adaptée aux besoins.

Les composantes des réseaux de services intégrés

1 – La composante organisationnelle

Un guichet unique, pour simplifier l'accès aux services.

Un système d'évaluation des besoins des individus, intégré, multidimensionnel et évolutif, et un système de classification de ces besoins basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle et associé à l'utilisation et au coût des ressources.

Un système de communication permettant de relier efficacement les intervenants du réseau.

2 – La composante clinique

Un système de gestion de cas : un intervenant coordonne un plan de services, s'assure que les services sont effectivement donnés et procède à l'évaluation périodique des besoins.

Une équipe locale de maintien à domicile, qui offre les soins et les services nécessaires pour permettre à une personne de demeurer à domicile et qui assure le suivi des personnes âgées dans la communauté.

Des médecins de famille travaillant auprès des personnes âgées.

Une équipe de gériatrie qui assure une intervention plus ponctuelle ou spécialisée.

3 – La composante administrative

Des mécanismes de concertation qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs.

Un budget « personnes âgées en perte d'autonomie ».

Une seule autorité, le responsable local, qui gère le fonctionnement territorial des soins et des services offerts.

Deuxième orientation : l'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins

La perspective organisationnelle qui, dans le cas des personnes âgées en perte d'autonomie, était préalablement orientée surtout vers la compensation des incapacités s'oriente de plus en plus vers les moyens de soutenir l'intervention précoce, le traitement et la réadaptation. Dans le cadre d'un réseau de services intégrés, cette gamme de services est de plus en plus définie à partir de la nature des interventions et de l'intensité des services dont la personne âgée a besoin. L'organisation des services doit également permettre de mieux répondre à la volonté manifeste des personnes âgées de demeurer chez elles. Dans cette optique, le domicile doit être le lieu privilégié de la prestation des services.

La gamme de services devra donc être ajustée graduellement de manière à :

- Réfléter l'évolution des pratiques et des interventions.
- Laisser suffisamment de flexibilité pour que les intervenants puissent offrir des services adaptés aux besoins de la personne âgée et à sa volonté de demeurer à domicile le plus longtemps possible.
- Uniformiser l'accessibilité aux services d'un territoire à un autre tout en laissant place à l'adaptation des modalités d'organisation et de prestation de services aux conditions locales.

La continuité des services nécessaire pour appuyer l'approche globale est plus facilement réalisée dans le cadre d'un réseau de services intégrés. Ainsi, la prise en charge par une équipe multidisciplinaire et l'accès accru à certains traitements ont un effet positif sur la possibilité d'agir précocement. La mise en commun des expertises et des ressources humaines au sein d'un réseau permet d'éviter de multiplier les interventions et d'offrir une gamme de services plus complète. Les aidants sont également mieux soutenus lorsque l'accès aux services est facilité pour la personne âgée à laquelle ils prodiguent des soins.

La gamme de services

La gamme de services servant à combler les besoins liés aux incapacités et à la perte d'autonomie des personnes âgées forme le noyau central des réseaux; ce qui n'exclut pas, par ailleurs, le recours à l'expertise spécialisée de différents secteurs (cardiologie, chirurgie, physiatrie, oncologie, etc.). Il appartient aux réseaux de services intégrés de prévoir les mécanismes d'accès aux services spécialisés et de suivi nécessaire.

Les différents services qui composent ces réseaux doivent également être accessibles autant à domicile qu'en milieu d'hébergement. L'énumération suivante n'est pas exhaustive; elle reflète cependant l'essentiel des services qui doivent être disponibles, quel que soit le milieu de vie ou la région dans laquelle la personne âgée se trouve.

La gamme de services intégrés comprend les composantes suivantes :

- L'information, la prévention et le dépistage.
- L'aide à la personne.
- L'aide aux proches.
- Les services professionnels de base.

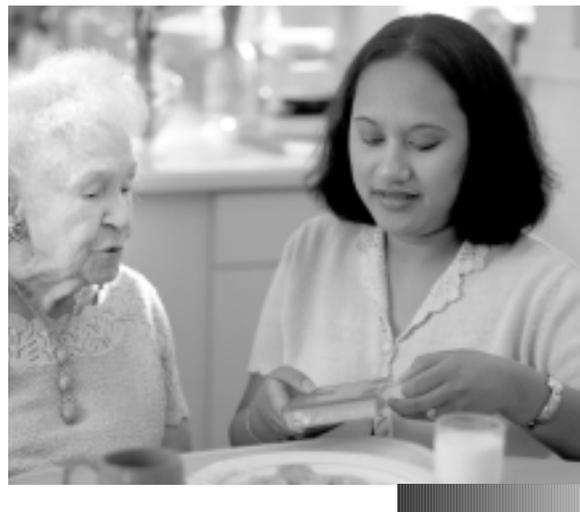
- Les services spécialisés de géro-geriatrie, de psychogériatrie et de réadaptation.
- Les soins palliatifs.

L'information, la prévention et le dépistage

Les données de l'Enquête Santé Québec de 1998¹¹ permettent d'apprendre qu'environ 77 % des personnes âgées vivant à domicile, lorsqu'elles se comparent à d'autres personnes de leur âge, considèrent que leur état de santé est bon (42 %), très bon (25 %) ou même excellent (11 %). Par ailleurs, plus de 70 % des personnes qui ont dépassé 65 ans ne sont pas affectées par des incapacités suffisamment importantes pour avoir besoin de services. Il importe donc de mettre l'accent sur des stratégies de promotion et de prévention pour accroître les moyens de vieillir en santé.

De nombreux efforts sont faits dans toutes les régions du Québec¹² et témoignent de l'importance que l'on accorde déjà aux activités de promotion et de prévention au regard du vieillissement (programme de prévention des chutes, outils de dépistage pour les cas d'abus ou de négligence, etc.). Les activités d'information, de prévention et de dépistage associées au travail multidisciplinaire et à la responsabilité de population permettront, entre autres, d'agir précocement sur plusieurs problèmes que connaissent les personnes âgées et ainsi de retarder ou même d'empêcher l'apparition d'une maladie invalidante ou entraînant une incapacité. Les cibles suivantes sont particulièrement visées :

- L'insuffisance cardiaque et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.
- L'arthrite et l'ostéoporose.
- Les symptômes dépressifs et la dépression.
- Les troubles cognitifs.
- Les abus et la négligence.
- La malnutrition.
- Les problèmes dentaires.
- L'usage inapproprié des médicaments.
- Les troubles visuels et auditifs.



L'aide à la personne

Une bonne partie des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie visent à répondre à leurs besoins quotidiens et à compenser leurs incapacités. Ces services sont complémentaires au soutien déjà donné par les proches qui répondent en fait à la majorité des besoins. Ces services comprennent :

- **L'aide pour les activités personnelles et l'assistance à la personne** (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, aide pour les déplacements, etc.).
- **L'aide pour les activités domestiques** (préparation des repas, entretien ménager, approvisionnement et autres courses, lessive, etc.).

11. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, 2000.

12. C. MILETTE, *Bien vivre avec son âge*, revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées, MSSS, Québec, 1999.

- **L'aide pour les activités civiques** (administration du budget, rédaction de documents, aide pour remplir des formulaires ou accomplir une démarche administrative).

Plusieurs de ces services correspondent à des tâches que la personne pourrait effectuer elle-même si, justement, elle ne se trouvait pas limitée par un problème de santé temporaire ou permanent. Ces services sont offerts en partie par le réseau mais également par les proches et des ressources issues de la communauté. Les entreprises d'économie sociale et diverses modalités comme le chèque emploi services et les crédits d'impôt ont été implantées pour offrir plus de flexibilité dans le choix des réponses. Il s'agit là non seulement de favoriser le maintien de liens avec des personnes de la communauté, mais également de privilégier l'utilisation plus adéquate des différentes ressources disponibles.

L'aide aux proches

Le fait que de plus en plus de personnes en perte d'autonomie vivent à domicile entraîne de nouvelles responsabilités pour les familles et les proches. Le réseau de la santé et des services sociaux, et la collectivité dans son ensemble, doivent prévoir des mesures pour soutenir les proches. Cette aide est essentielle non seulement comme mesure de solidarité sociale, mais pour prévenir la fatigue, le stress et l'épuisement des proches. Lorsque des familles vivent de telles situations, les conséquences peuvent être désastreuses pour elles. De plus, ces situations se traduisent généralement par une nouvelle demande de services dans le système de soins, d'où la nécessité de considérer la personne aidante comme un usager, au même titre que la personne en perte d'autonomie. S'assurer du consentement de la personne aidante, surtout lorsque la personne aidée a besoin de soins de plus en plus importants, est primordial. De même, il convient de préciser la responsabilité des professionnels en ce qui a trait au suivi et au soutien de l'aidant. L'aide aux proches doit inclure les services suivants :

- **Le gardiennage** : une surveillance continue est souvent nécessaire en raison des incapacités dont souffrent certaines personnes âgées. Même si les proches sont disponibles pour assurer cette surveillance, des services de gardiennage doivent être fournis dans le but d'assurer une relève.
- **Le répit** désigne les mesures planifiées (fin de semaine de congé, semaine de vacances) qui permettent un temps de détente et de ressourcement afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par la réponse aux besoins d'une personne ayant des incapacités.
- **Le dépannage** permet d'assurer une relève d'urgence en situation de crise.

Ces services, qui s'avèrent absolument essentiels pour les proches vivant avec une personne en grande perte d'autonomie, devraient être adaptés aux besoins particuliers des personnes affectées par des troubles cognitifs. Ils doivent être ajustés aux caractéristiques individuelles de la personne et ils impliquent une compréhension et une connaissance adéquates des besoins et des modes d'intervention. Dans plusieurs cas, ces services exigent donc que l'on forme et que l'on soutienne les personnes appelées à les prodiguer.

En raison de leur importance pour permettre aux personnes de demeurer à domicile, l'État doit s'assurer que les services d'aide à la personne et aux proches seront disponibles, accessibles et de qualité. Cependant, alors qu'un accroissement substantiel des besoins est à prévoir, il importe d'analyser les diverses modalités qui

pourront garantir l'accès à ces services, à court comme à long terme. Les travaux de révision du *Cadre de référence sur les services à domicile* permettront de prendre des décisions éclairées sur la nature de ces services ainsi que sur les modalités organisationnelles et financières permettant d'y avoir accès.

Les services professionnels de base

Les services professionnels de base représentent la part importante des soins offerts à domicile ou en établissement par le système public. Ils comprennent généralement les catégories de services suivantes :

- **Les soins infirmiers :** des interventions de différents ordres – préventif, curatif et palliatif – ainsi que des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi.
- **Les services médicaux :** des activités d'évaluation, de diagnostic, de prescription, de traitement et de suivi.
- **Les services de réadaptation et d'adaptation :** des services visant à minimiser les conséquences des problèmes de santé, à développer les habiletés compensatrices, à utiliser le potentiel de la technologie et à adapter l'environnement dans le but de préserver l'autonomie de la personne âgée.
- **Les services psychosociaux :** des services visant à restaurer et à préserver l'équilibre psychologique et social de la personne et de ses proches ainsi que des activités de réinsertion sociale, d'adaptation aux changements du milieu de vie, d'utilisation des ressources de la communauté, de prévention des problèmes de santé mentale, de dépistage et de prévention de la négligence et des abus.
- **Les services de pharmacie :** des services visant à garantir l'utilisation optimale des médicaments, adaptée aux particularités des personnes âgées.
- **Les services de nutrition :** des services qui visent à dépister, à prévenir et à corriger les problèmes alimentaires chez les personnes âgées.

Les services spécialisés de géronto-gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation

Certains services, plus spécialisés, permettent de compléter les évaluations et les diagnostics, à moins qu'ils ne visent un traitement ou une réadaptation. Ces services sont offerts de manière ponctuelle. Ce sont :

- **Les services gériatriques :** interdisciplinaires et tenant compte de l'ensemble des soins et des services aux personnes âgées, ils mettent à contribution plusieurs professionnels de la santé : gériatres, médecins, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, etc.
- **Les services de psychogériatrie :** ils concernent les problèmes de santé mentale ou les problèmes psychiatriques de la personne âgée et ils couvrent aussi les troubles mentaux associés à l'âge avancé.
- **Les services spécialisés de réadaptation,** qui viennent restaurer une fonction perdue ou en compenser la perte. Ces services doivent être adaptés aux caractéristiques particulières des personnes âgées et respecter le rythme de ces personnes sans toutefois négliger un potentiel que l'on a parfois tendance à sous-estimer.

Tous ces services sont inégalement accessibles, notamment parce que les ressources humaines et financières nécessaires ne sont pas en nombre suffisant et aussi parce que, le plus souvent, ils sont offerts dans le secteur des soins de courte durée, peu adapté aux caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie. Le réaménagement des services devra donc prévoir :

- Une plus grande accessibilité, sur le plan régional ou sous-régional, aux services spécialisés comme la gériatrie, la psychogériatrie et la réadaptation fonctionnelle intensive.
- Des ententes entre les différents niveaux de services pour rendre systématique l'accès aux services spécialisés qui sont le plus souvent concentrés dans le secteur des soins de courte durée.
- Une augmentation des ressources financières consacrées à ces services.

Les soins palliatifs

L'évolution des problèmes de santé et des modes de prise en charge des soins de fin de vie dans les sociétés industrialisées met en évidence la nécessité d'assurer la continuité des services pour y intégrer les soins palliatifs, dans une approche globale de soins et de services. Il importe à cet égard de mettre au point des cadres de référence non seulement sur les soins de fin de vie et le contrôle de la douleur, mais aussi sur les moyens nécessaires pour mieux encadrer les pratiques, tant médicales qu'organisationnelles.

Pour mieux adapter les soins palliatifs et les rendre plus accessibles, il faut canaliser adéquatement les ressources dont chacune des régions dispose en cette matière. Il est nécessaire de mieux utiliser les ressources actuelles (les unités de soins palliatifs, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CLSC pour ce qui est des services à domicile et les maisons pour mourants) et de formuler des orientations de manière à ce que les soins palliatifs s'intègrent à l'ensemble des services.

La plupart des services inclus dans la gamme sont déjà disponibles un peu partout au Québec bien que leur accessibilité reste variable malgré des ressources importantes déjà consenties. En effet, la totalité des dépenses publiques pour les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (voir le tableau qui suit) s'élève déjà à un peu plus de 1,7 milliard de dollars¹³.

L'amélioration de l'accessibilité et l'intégration de ces services au sein d'un réseau constitue donc l'objectif central en matière d'organisation des services à l'égard des personnes âgées. Les ressources financières continueront à s'accroître au cours des prochaines années. Cependant, il faudra également s'assurer que l'importance accordée aux diverses composantes de cette gamme concorde avec les besoins complexes et multiples des personnes âgées et de leurs proches, et avec la configuration particulière des ressources sur un territoire.

13. Ces calculs excluent les dépenses pour les médicaments et les immobilisations; ils ne tiennent pas compte non plus de la contribution des adultes hébergés.

Évaluation des dépenses – Personnes âgées en perte d'autonomie

	1998-1999	Estimation des ressources additionnelles* 1999-2000 2000-2001	Total estimé 2000-2001
Services à domicile (soins infirmiers, aide et services psycho- sociaux, organismes communautaires)	243,8 M \$	59 M \$	302,8 M \$
Services de gériatrie, centres et hôpitaux de jour	129,2 M \$	2 M \$	131,2 M \$
Services en milieu d'hébergement	1 244,8 M \$	80 M \$	1 324,8 M \$
TOTAL	1 617,8 M \$	141 M \$	1 758,8 M \$

* Estimation de la proportion des ressources additionnelles affectées exclusivement aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les modalités d'accès aux services selon les lieux de prestation

De plus en plus, le domicile des personnes s'impose comme le lieu privilégié de prestation des services. L'apparition de certaines incapacités ou tout simplement la crainte de demeurer seules à domicile amènent cependant certaines personnes âgées à vouloir vivre dans des habitations de type collectif. Le développement de ces résidences privées, qui offrent leurs services à des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes, oblige à rappeler le principe suivant, tiré du *Cadre de référence sur les services à domicile* toujours en vigueur : « *Lorsqu'une personne réside de manière permanente dans une habitation collective qui offre le gîte et le couvert comme services de base, cette résidence doit être considérée comme son domicile.* »

En conséquence, les soins et les services professionnels donnés selon le mode ambulatoire ou en établissement (évaluation des besoins, services médicaux, soins infirmiers, services de réadaptation, services de pharmacie, etc.) sont offerts aux résidents comme à tous les citoyens du Québec en vertu du principe d'universalité.

Quant aux services d'aide à la personne, ils sont à la charge de la résidence et généralement inclus dans le tarif payé par la personne ou ses proches. Dans le cas précis des services d'assistance à la personne, qui exigent une formation de base, il arrive que la résidence ne dispose pas des ressources humaines nécessaires – auxiliaire familiale et sociale, préposé, infirmière auxiliaire; elle pourra prendre entente avec le CLSC pour rendre ces services accessibles.

Les conditions de recours aux milieux d'hébergement substituts

Dans le cas d'une faible proportion de personnes âgées, le maintien à domicile s'avère impossible. L'intensité des besoins en ce qui concerne les soins et les services, l'importance de la surveillance à exercer compte tenu de la fragilité des personnes ainsi que la nature de leurs incapacités sont autant de facteurs qui font en sorte qu'il devient plus approprié de leur offrir des services en milieu d'hébergement substitut.

Les milieux d'hébergement substituts, qu'ils soient publics (centre d'hébergement et de soins de longue durée) ou privés (conventionnés ou autofinancés), qui offrent des *services sociosanitaires* à des personnes qui « en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage » (article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux) doivent détenir un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux pour exercer la mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les milieux d'hébergement comprennent aussi des ressources de type familial ou intermédiaire, donc des ressources non institutionnelles, qui sont rattachées à un établissement public qui en assure l'accès et est responsable de leur accréditation.

Au cours des dernières années, le seuil de perte d'autonomie à partir duquel une personne devrait être hébergée en milieu institutionnel a été considéré comme inadéquat. Une personne âgée devrait être orientée vers un milieu d'hébergement substitut avec permis lorsqu'elle présente un cumul de facteurs de risques. On entend par « risques » des incapacités sévères, c'est-à-dire une condition mentale ou physique détériorée, qui ne peuvent être compensées par le milieu de vie naturel. Cependant, les méthodes utilisées pour transposer les incapacités et les problèmes de santé d'une personne en nombre d'heures de soins requis ne permettaient pas de traduire l'ensemble des besoins de soins et de services, en particulier ceux qui sont associés aux troubles cognitifs.

Pour être en mesure de déterminer adéquatement pour quelles personnes un hébergement institutionnel est nécessaire, le Ministère encouragera l'implantation du système de classification des besoins par profils types. C'est aussi sur la base de ces travaux qu'il sera possible de faire correspondre à la définition d'autonomie fonctionnelle (mentionnée dans l'article 83) un seuil objectif, permettant de faciliter l'application de la Loi sur les services de santé et de services sociaux et de déterminer clairement à partir de quel niveau de besoin un établissement doit être titulaire d'un permis du Ministère pour héberger des personnes âgées en perte d'autonomie.

Troisième orientation : la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux

La préoccupation de la qualité des services doit rester constante. Dans le cas d'une population rendue plus vulnérable par la présence d'incapacité, cette préoccupation doit être accrue et porter tout autant sur la qualité des pratiques et des interventions que sur la qualité des milieux dans lesquels vivent les personnes.

L'organisation des services aux personnes âgées doit évoluer au rythme des connaissances portant sur les modes d'intervention et de prévention. L'évolution des pratiques doit aussi pouvoir s'appuyer sur une meilleure compréhension des besoins et, surtout, sur un transfert de connaissances adapté aux besoins des professionnels de la santé et des services sociaux.

La qualité des pratiques

La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie dans un contexte particulier de fragilité et de perte d'autonomie. Dans ce secteur d'intervention, l'initiative des intervenants et des gestionnaires est centrale. C'est à eux qu'appartient la responsabilité première de mettre en œuvre les moyens qui vont assurer la qualité des services, peu importe le milieu de vie des personnes. Cinq notions sont importantes pour établir des standards de qualité et guider les interventions : l'identité, le contrôle, l'intimité, la sécurité et le confort.

Le respect de l'identité existe quand les membres de l'entourage traitent la personne âgée en perte d'autonomie de façon à respecter sa dignité. Concrètement, cela se traduit par le rejet de comportements paternalistes et par la transmission d'information à la personne ainsi qu'à sa famille sur les traitements qui peuvent le mieux répondre à ses besoins. L'impression que l'on a de pouvoir contrôler sa vie a une grande importance, quel que soit son âge; c'est pourquoi il faut tenter de protéger le pouvoir de décision des personnes âgées, malgré leur incapacité. Pour sauvegarder leur intimité, ces personnes doivent pouvoir disposer d'un espace physique le permettant. Pour se sentir en sécurité, elles doivent se retrouver dans un environnement rassurant, à la fois sur le plan de leurs habitudes de vie, sur le plan des comportements du personnel et sur celui des aspects architecturaux. Enfin, se soucier du confort des personnes âgées en perte d'autonomie peut amener à accroître l'accès à des équipements et à des technologies d'adaptation, de maintien et de réadaptation.

Un certain nombre de moyens contribuent à garantir la qualité des pratiques et des services. Parmi ceux-ci figurent :

- **le travail en équipe multidisciplinaire**, qui favorise une approche globale et met à profit des savoirs qui, autrement, seraient fragmentés;
- **l'utilisation de plus en plus systématique des technologies** – comme les systèmes d'aide à la prise de décision –, qui permet aux professionnels de la santé de bénéficier d'un maximum d'information pour prendre leurs décisions cliniques;



- **les guides de pratique**, qui contribuent à uniformiser la pratique médicale;
- **des instances externes**, tels que les comités d'usagers, qui peuvent exercer une vigilance par rapport aux services offerts et rappeler le point de vue des principaux intéressés;
- **des démarches d'agrément** visant à maintenir et à améliorer la qualité des services.

Des mécanismes d'assurance et d'amélioration de la qualité ont été conçus dans le cadre de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées¹⁴. Par exemple, des cas traceurs et des événements sentinelles peuvent témoigner de la qualité des soins et des services. Sur le plan clinique, des mesures de morbidité (cas de malnutrition, cas de négligence, une mortalité évitable), des plaintes provenant des personnes âgées ou de leur famille, ou encore l'amélioration ou la détérioration de certains aspects de l'état de santé des personnes âgées sont autant d'éléments qui doivent être pris en compte parce qu'ils attirent l'attention sur des points faibles ou des améliorations des services offerts.

Parmi les éléments devant faire l'objet de questionnement dans la perspective d'une qualité accrue des services figure l'utilisation des contentions physiques. Des situations observées ainsi que la littérature sur le sujet montrent l'usage fréquent de moyens physiques pour contrôler la mobilité des personnes âgées. Leur utilisation est souvent déterminée par le besoin de protéger la personne contre les chutes ou les blessures ainsi que par le souci d'améliorer la position du malade. Mais il arrive parfois que les contentions soient utilisées simplement pour contrôler des comportements que les intervenants jugent perturbateurs. Dans ce cas par exemple, utiliser les outils dont nous disposons implique, au cours des prochaines années, la diffusion de guides de pratique, la formation des intervenants à l'utilisation des contentions et la recherche visant, entre autres, à clarifier la question de l'efficacité de l'usage des contentions.

L'évolution des interventions

Dans un contexte d'acquisition de nouvelles connaissances et d'amélioration des compétences eu égard au vieillissement, la qualité et la mise à profit de ces connaissances sont intrinsèquement liées. La recherche, le transfert des connaissances et la formation continue du personnel sont les moyens privilégiés pour assurer l'évolution des interventions.

La recherche

Les efforts déjà consentis en matière de recherche sont importants¹⁵. Au cours des dernières années, l'implantation d'instituts de gériatrie à Montréal et à Sherbrooke ainsi que les initiatives de professionnels de la santé et de gestionnaires de différentes régions du Québec ont permis des gains importants en matière d'intervention clinique et d'organisation des services. De plus, un réseau de recherche pluridisciplinaire regroupant les chercheurs qui s'intéressent au vieillissement et aux personnes âgées est en voie de formation. Soutenu par les organismes subventionnaires du Québec – le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) –, ce réseau permettra le maillage des

14. K. KANE et L.A. BLEWETT. « Quality assurance for a program of comprehensive care for older persons », *Health Care Financing Review*, été 1993.

15. G. FRÉCHET et J. BONNEAU. *Les personnes âgées dans la mire des chercheurs, profil de la recherche subventionnée au Québec de 1980 à 1998*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

chercheurs autour de questions prioritaires et la mise en commun d'infrastructures de recherche. Parmi les points qu'il faudra étudier au cours des prochaines années, ceux qui suivent paraissent particulièrement cruciaux :

- Les distinctions entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique.
- L'efficacité de l'usage des contentions.
- La mise au point de méthodes efficaces pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies chroniques (maladies ostéoarticulaires, diabète, maladie cardiaque et maladie vasculaire cérébrale, etc) sources d'incapacité.

De plus, le Ministère et les principaux organismes de recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux devront se doter d'une stratégie concertée pour ce qui est de la recherche sur les causes, les traitements et les soins liés à la maladie d'Alzheimer et aux troubles cognitifs.

Le développement professionnel continu

En matière de développement professionnel continu, plusieurs cibles doivent être fixées pour l'implantation des présentes orientations. Le Ministère considère les cibles suivantes comme des priorités en cette matière pendant les prochaines années :

- La gestion de cas, pour les personnes qui auront à exercer ces fonctions.
- L'approche centrée sur les besoins de la personne âgée et de sa famille, avec la participation de cette dernière aux soins.
- L'application des guides pratiques, notamment en ce qui concerne l'utilisation adéquate des contentions.
- L'utilisation des outils de dépistage.
- L'utilisation d'un nouvel outil d'évaluation intégré.
- L'intervention auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs proches.

De plus, pour se préparer à répondre à ces nouvelles exigences, il faut dès maintenant mener des expériences de réorganisation du travail. Deux d'entre elles sont plus urgentes :

- La première vise à permettre la mobilité des professionnels de la santé au sein des réseaux de services intégrés.
- La deuxième vise à organiser des stages, notamment pour les personnes qui auront à exercer les fonctions associées à la gestion de cas.

Trop souvent, les gestionnaires de tous les niveaux (Ministère, régies régionales et établissements) sont oubliés dans ce type de démarche et ne bénéficient pas du soutien dont ils auraient besoin pour adapter les règles et les modes de gestion nécessaires à la mise en œuvre de changements organisationnels importants. Dans ce cas, il faut prévoir à leur intention la conception d'outils et la formation appropriée sur :

- Les méthodes de constitution des budgets régionaux et locaux affectés aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- L'exercice du rôle de fiduciaire local du réseau.
- La définition d'indicateurs adaptés à une perspective de services intégrés et reposant sur des systèmes d'information pertinents sur les populations visées.

L'évolution des milieux substituts

Bien que l'accent doit être mis sur le domicile des personnes, il n'en demeure pas moins que les ressources d'hébergement constituent le milieu de vie pour un nombre important de personnes et que l'État y investit toujours la partie la plus importante de ses ressources affectées aux personnes en perte d'autonomie. Les services en milieu d'hébergement substituts représentent environ 78 % de l'ensemble des dépenses publiques pour les services de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie. Plusieurs facteurs influenceront la façon de concevoir les milieux substituts d'hébergement, notamment les suivants :



- **De plus en plus de personnes sont hébergées alors que leur état de santé est très détérioré**, ce qui conditionnera l'importance des ressources, tant humaines que financières, qui devront être consacrées aux services dans ces milieux.
- **La présence de plus en plus importante de personnes souffrant de troubles cognitifs.** Ces malades n'ont pas que des pertes de mémoire, ils manifestent aussi des comportements perturbateurs. En fait, les milieux d'hébergement actuels ne sont pas adaptés à la complexité de la maladie d'Alzheimer et des troubles cognitifs, et leur personnel est mal préparé pour y faire face^{16,17}. Des efforts importants devront mener à aménager des milieux mieux adaptés à ces personnes.
- L'implantation de réseaux de services intégrés sera sans doute accompagnée de modifications des modalités organisationnelles, qui auront des effets sur **la place réservée aux milieux substituts dans le cadre des réseaux de services intégrés**. L'expérience de certains pays d'Europe, le Danemark par exemple, laisse entrevoir la possibilité de parvenir à une intégration plus concrète des milieux substituts au sein d'un réseau de services intégrés et, également, au sein des communautés locales.

Au cours des années qui viennent, les efforts financiers visant à améliorer les services dans les milieux d'hébergement publics seront maintenus. Les seuls ajouts financiers ne sauraient cependant soutenir les changements nécessaires. Un questionnement en profondeur sur la manière dont doivent évoluer ces milieux est nécessaire et doit aller au-delà de l'aspect financier pour inclure les questions relatives à la qualité des soins et de la vie. Il importe également de s'interroger sur l'évolution des milieux d'hébergement en fonction, d'une part, de l'évolution des valeurs et des habitudes de vie des prochaines générations d'aînés et, d'autre part, de l'ajustement des pratiques et des modes d'organisation de ces milieux. Un groupe de travail sera mandaté et devra prendre en considération les éléments suivants :

- La production de standards pouvant satisfaire aux aspects liés à la qualité de la vie et qui tiennent compte des valeurs des personnes âgées et de leurs proches sans négliger les exigences de la prestation des soins adéquats.

16. AHQ et Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée: de la réflexion à l'action. Approche prothétique élargie*, Montréal, 1998.

17. L'expérience de la maison Carpe Diem de Trois-Rivières, qui accueille des personnes ayant des problèmes cognitifs, a des effets positifs sur ces personnes, qui adopteraient moins de comportements perturbateurs. Une autre expérience, consistant à regrouper des personnes sans troubles cognitifs, réalisée à l'Institut universitaire de gériatrie à Sherbrooke, a obtenu des résultats positifs, tant pour les personnes traitées que pour le personnel soignant.

- Les besoins différents liés aux caractéristiques des personnes éprouvant des troubles cognitifs.
- Les nouvelles possibilités offertes par un fonctionnement en réseau de services intégrés.

L'appréciation de la qualité et la complémentarité des secteurs public et privé

Les services offerts aux personnes âgées par le secteur privé sont nombreux et variés. Les résidences privées, sans permis du Ministère, offrant divers services qui peuvent inclure des repas, la présence d'une infirmière, de l'aide domestique, etc., occupent une place de plus en plus importante. Les personnes âgées, qu'elles soient ou non en bonne santé, restent seules à pouvoir décider de leur lieu de résidence; c'est là un droit fondamental. Cependant, cette situation, plus marquée depuis quelques années, exige une vigilance quant à la qualité des services et l'existence de liens plus formels avec les partenaires des réseaux de services intégrés. Cependant, les services offerts par les résidences, bien qu'ils visent une clientèle âgée, ne sont pas régis par le ministère de la Santé et des Services sociaux mais par plusieurs autres secteurs – municipalités, régie du bâtiment, entre autres – qui doivent être mis à contribution.

On peut estimer la valeur d'une ressource d'hébergement privée ou d'une habitation collective selon la qualité des lieux, de l'environnement, des activités et des services disponibles. Dans plusieurs régions, on a déjà entrepris de répertorier les résidences privées du territoire et d'en apprécier la qualité. Cette information est diffusée sous forme de bottin et est facilement accessible aux personnes âgées et à leurs proches.

Compte tenu des multiples aspects qui doivent être pris en considération, comme la sécurité du bâtiment, les services offerts et la qualité de vie, tant au cours du processus de définition des standards de qualité qu'au moment d'apprécier le degré de conformité des résidences à ces standards, chaque régie régionale devra se doter d'une équipe composée de personnes venant de groupes d'ânés, de la municipalité et du secteur de la santé et des services sociaux (personnel de la régie régionale ou du CLSC). Cette équipe aura à définir ou à adapter des standards de qualité, à s'assurer de la tenue d'un répertoire mis à jour annuellement et à effectuer une visite annuelle des différentes résidences de son territoire. Enfin, dans le cadre de l'élaboration du plan d'action triennal 2001-2004 sur la prise en compte des besoins des aînés, le Secrétariat des aînés a formé un comité interministériel qui s'intéresse au logement. Ce comité étudie la question des résidences privées, particulièrement celles de neuf unités ou moins, et les programmes de qualification des résidences. Les travaux de ce comité devraient contribuer autant à harmoniser et à coordonner les efforts et les mandats des différents secteurs intéressés qu'à produire des standards de qualité reflétant l'ensemble des aspects qui devraient être considérés.

Les conditions d'évolution des services aux personnes âgées en perte d'autonomie



4

Les conditions d'évolution des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

L'implantation des présentes orientations implique de nombreuses modifications, tant sur le plan des modes administratifs et organisationnels que sur le plan des mentalités. Les changements nécessaires doivent être soutenus par la production d'outils (indicateurs, système d'information, protocoles) et le transfert des connaissances, particulièrement grâce aux expérimentations en cours. L'implantation des orientations se fera de manière graduelle, de façon à respecter le rythme des changements et à permettre la conception des outils et des perspectives d'intervention et de gestion.

L'implantation des orientations

Le Ministère mettra en place un comité d'implantation des orientations, formé de membres de son personnel, des régies régionales et des établissements du réseau. Ce comité devra proposer un plan qui présentera, de manière chronologique, les différentes étapes de l'implantation en détaillant et en liant les aspects organisationnels, informationnels, financiers et évaluatifs.

Les régies régionales, de leur côté, auront à proposer le plan d'ensemble de l'organisation des réseaux de services intégrés de leur région. Plus précisément, elles devront :

- Avoir défini les territoires locaux en mesure de servir d'assise à l'implantation des réseaux de services intégrés et déterminé les ressources en cause.
- Définir une perspective clinique et organisationnelle comprenant un système d'entrée unique, la gestion de cas et, avec l'aide du MSSS, un budget incluant le volet des médicaments.
- Planifier et assurer l'articulation entre les équipes locales et les équipes de gériatrie.
- Déterminer les enveloppes budgétaires locales ou sous-régionales.



Les travaux à poursuivre

Au cours des mois qui viennent, le Ministère doit entreprendre ou terminer des travaux qui permettront de disposer graduellement d'outils supplémentaires pour la mise en œuvre des orientations. Voici les principaux :

- **Les travaux de révision du *Cadre de référence sur les services à domicile*** précisant les modalités d'accès à ces services pour toutes les clientèles.
- **Le plan d'action sur la maladie d'Alzheimer** présentant les stratégies retenues pour tenter de lutter plus efficacement contre cette maladie.
- **Une analyse de la situation en milieu d'hébergement par un groupe de travail** qui proposera de nouveaux modes de pratique et d'organisation dans ces milieux.

D'autres travaux, plus techniques, viendront compléter l'éventail des moyens nécessaires pour assurer le fonctionnement des réseaux de services intégrés :

- La diffusion d'un outil d'évaluation et son intégration à la batterie d'outils déjà utilisés (Système Intégration CLSC, Système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD), etc.).
- La finalisation des travaux visant à implanter un système de classification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie (profils types).
- L'uniformisation du mode de calcul des taux de réponse aux besoins des personnes âgées en milieux d'hébergement.

Les investissements au cours des prochaines années



Les présentes orientations fournissent un certain nombre d'indications pour déterminer l'importance des investissements au cours des prochaines années. Les objectifs de ces investissements sont de trois types :

- Répondre à l'accroissement des besoins liés à l'augmentation du nombre de personnes âgées et à l'augmentation du nombre de personnes très âgées.
- Améliorer l'accès aux services, notamment en augmentant les ressources financières consenties aux services à domicile, en accroissant les ressources en gérontologie et en gériatrie, en ajoutant des ressources pour l'amélioration des services en milieu d'hébergement public et en accordant les sommes nécessaires à la formation et à l'ajout de « gestionnaires de cas ».
- Se donner une perspective d'investissement sur plusieurs années de manière à avoir modifié l'offre de services dans le sens souhaité d'ici dix ans, soit avant que la demande de services associée au vieillissement de la population ne prenne toute son ampleur.

Dans cette perspective pour les cinq prochaines années, deux orientations sont retenues en matière d'investissements :

- Consolider les services offerts dans la communauté, tant sur le plan de la quantité que sur le plan de la qualité. Cela implique bien sûr l'ajout de ressources financières, en priorité pour les services à domicile. Il faudra également accroître la formation et augmenter les ressources humaines pour l'ensemble des services géronto-gériatriques.

- Consolider la qualité des services en milieu d'hébergement institutionnel. L'ajout de ressources dans ce secteur sera donc consacré en priorité à rehausser le nombre d'heures de soins plutôt qu'à accroître le nombre de places, sauf dans les cas exceptionnels où celui-ci est insuffisant.

Le taux d'hébergement variera de 3,5 % à 4,2 %¹⁸, selon les régions, en fonction des choix d'organisation de services qui y auront été faits. Il faut noter que le niveau de financement ne sera pas influencé par ces choix régionaux, l'intensité de l'offre de services à domicile devant être ajustée au taux d'hébergement dans le cadre d'une enveloppe budgétaire globale.

Un réseau de veille sur le vieillissement et les changements démographiques

Pour pouvoir suivre l'évolution du phénomène du vieillissement et des changements qui l'accompagnent, le Ministère doit pouvoir compter sur l'expertise existante afin d'exercer sa fonction de veille stratégique. En effet, les générations de personnes âgées de demain seront sans doute très différentes de celles d'aujourd'hui; les façons de répondre à leurs besoins changeront considérablement. Les enjeux liés au vieillissement de la population justifient que le Ministère se dote d'un mécanisme de transfert de connaissances pour assurer le partage du savoir entre les intervenants et appuyer leur démarche de communication auprès de la population. De cette façon, on pourra mettre en lien, de manière souple et rapide, les expertises disponibles, autant dans les milieux de recherche que dans les milieux d'enseignement et d'intervention.

Le cadre d'évaluation des orientations

Un cadre d'évaluation est essentiel pour avoir une vue d'ensemble des éléments devant être évalués et éventuellement ajustés au cours de l'implantation des orientations. Ce cadre peut contribuer à l'évolution progressive et adéquate de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Deux éléments ont été retenus :

- Le suivi de l'implantation, centré sur la mise en application des moyens privilégiés, qui permet de constater la progression en matière d'organisation de services.
- L'évaluation des résultats, qui permet de se prononcer sur les résultats visés par les orientations. Il s'agit de rendre compte à la fois des ressources disponibles, de la nature et de la quantité de services effectivement rendus ainsi que des effets sur les personnes et sur le système de soins.

Des indicateurs doivent être mis au point et utilisés en complémentarité les uns avec les autres (par exemple, l'évolution du taux d'hébergement et le nombre de personnes recevant des services à domicile), de manière à offrir une lecture d'ensemble du système. Ces indicateurs sont essentiels pour mesurer et qualifier les effets de la réponse offerte aux personnes âgées en perte d'autonomie et pour permettre la responsabilisation dans ce secteur.

18. Ce calcul est effectué en totalisant le nombre de places en longue durée divisé par la population âgée.

Conclusion

Le présent document formule les orientations qui permettront, au cours des prochaines années, de guider les décisions qui s'imposent en matière d'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. De nombreux facteurs viendront toutefois influencer sur l'évolution de ces orientations, notamment la modification des besoins, l'actuelle transformation du système public et les changements qui ne manqueront pas de se produire compte tenu des progrès technologiques et de l'amélioration des modes de pratique. La mise en œuvre des orientations doit donc être soutenue par l'implantation de mécanismes garantissant l'ajustement progressif et continu de l'organisation des services.

Ces orientations doivent aussi être soutenues par des changements importants des mentalités et des pratiques, tant de la part des professionnels de la santé que des gestionnaires. Il ne faut pas sous-estimer l'ampleur ni l'importance des modifications proposées : des efforts constants et du temps seront nécessaires pour parvenir à passer de la juxtaposition à l'intégration des services.

Les changements les plus importants dépassent cependant, et de beaucoup, le secteur de la santé et des services sociaux. Ils renvoient à la manière dont le Québec, comme société, réagira à ce phénomène nouveau qu'est le vieillissement de sa population. Les orientations proposées invitent non seulement au décloisonnement des structures et des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux mais aussi à celui de toutes les sphères de l'activité publique. Ce n'est qu'à ce prix que le Québec pourra relever le défi d'une gestion d'ensemble de la question du vieillissement.

