

Table des matières

section PANEL et INTERACTIONS avec les participants

Question	P2
-----------------------	----

Panélistes

<i>Anne-Marie-Cloutier</i> Association des CLSC-CHSLD du Québec	P3
<i>Jocelyne Dufour</i> Association des hôpitaux du Québec.....	P3
<i>Serge Dulude</i> Département régional de médecine générale, Régie régionale de Montréal-Centre	P4
<i>Vital Simard</i> Service des personnes âgées, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	P4
<i>André Trépanier</i> Services aux personnes âgées, Régie régionale de Montréal-Centre	P5

Résumé des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées	P6-P12
--	--------

Panel et interactions avec les participants sur la question suivante :

Dans le contexte actuel, quelles sont les étapes à franchir pour transformer un réseau de services coordonnés en un réseau de services intégrés pour les personnes âgées ?

Notes biographiques

Anne-Marie Cloutier

Conseillère Programmes Clientèle
Association CLSC/CHSLD du Québec
1801, de Maisonneuve Ouest, bureau 600
Montréal (QC) H3H 1J9
Tél. : 931-1448
Télé. : 931-9577
Courriel : anne-marie.cloutier@ssss.gouv.qc.ca

Détentrice d'un baccalauréat es sciences en ergothérapie et d'une maîtrise en administration des services de santé de l'université de Montréal, madame Cloutier travaille dans le réseau de la santé depuis 1981. Elle a œuvré en CHSLD, en hôpital de jour ainsi qu'en URFI. Pendant deux années elle a été coordonnatrice clinico-administrative en courte durée pour la Cité de la Santé et le CHARL en gériatrie. Elle occupe actuellement un poste de conseillère cadre aux programmes clientèles à l'Association des CLSC et CHSLD du Québec.

Jocelyne Dufour

Conseillère Soins et Services pour personnes âgées
Association des hôpitaux du Québec
505, de Maisonneuve Ouest, bureau 400
Montréal (QC) H3A 3C2
Tél. : 282-4222
Télé. : 842-5910
Courriel : jocelyne_dufour@ssss.gouv.qc.ca

Infirmière et psychosociologue, madame Dufour est titulaire d'une maîtrise en éducation (études en éducation et administration de l'éducation) avec une scolarité de doctorat en éducation (fondements de l'éducation). Depuis plusieurs années, les activités professionnelles de madame Dufour sont principalement orientées autour des soins aux personnes âgées, du développement professionnel, de la transformation des pratiques et des institutions. Elle a également publié et présenté de nombreuses communications sur ces sujets. Avant son arrivée à l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), elle a été conseillère à l'appréciation de la qualité des soins, conseillère clinicienne auprès de la clientèle âgée et directrice adjointe en soins infirmiers. Son expérience de travail est diversifiée en recherche-action-développement : gestion, formation, éducation continue, évaluation de la qualité des soins et évaluation de la compétence professionnelle.

Notes biographiques (suite)

Serge Dulude

Chef du département régional de médecine générale
Régie Montréal-Centre
3725, St-Denis
Montréal (QC) H2X 3L9
Tél. : 286-6500
Courriel : serge_dulude@ssss.gouv.qc.ca

D^r Dulude oeuvre dans une clinique de médecine familiale dans l'ouest de l'île depuis 1980. Il a été un membre actif au Centre hospitalier de Lachine de 1980 à 2000 (hospitalisation et urgence). Il est un membre actif depuis 1981 du Centre hospitalier de soins de longue durée de Sainte-Anne de Bellevue (à temps partiel), ainsi que du centre de jour Liaison. Il est secrétaire de l'AMOM depuis sept ans. De plus, il agit à titre de chef du DRMG de Montréal depuis l'automne 2000.

Vital Simard

Chef du Service des personnes âgées
MSSS
1075, ch. Ste-Foy, 10^e étage
Québec (QC) G1S 2M1
Tél. : 418 266-6856
Télec. : 418 266-6854
Courriel : vital.simard@msss.gouv.qc.ca

Monsieur Simard oeuvre au ministère de la Santé et des Services sociaux depuis plus de douze ans. Il a occupé plusieurs fonctions liées à la consolidation et au développement des ressources non institutionnelles. Dans le cadre de la dernière réorganisation ministérielle en 1999, il a été désigné chef du Service des personnes âgées de la Direction des personnes âgées, des personnes handicapées et des activités communautaires.

Notes biographiques (suite)

André Trépanier

Chef du Service aux personnes âgées

RR Montréal-Centre

3725, St-Denis

Montréal (QC) H2X 3L9

Tél. : 286-6500

Courriel : Andre_Trepanier@ssss.gouv.qc.ca

Animateur et gestionnaire de formation, monsieur Trépanier est détenteur d'un diplôme de deuxième cycle de conseil en management de l'UQAM et assume depuis 1974 des fonctions cadres dans le réseau de la santé et des services sociaux. Au niveau régional, il compte à son actif plusieurs réalisations dont le développement des services à domicile dans la région, la décentralisation des services d'Info-Santé dans tous les CLSC et les transferts CSS. Depuis 1993, il a été chef des services multicientèles de première ligne à la direction de la programmation et de la coordination de la Régie régionale. Dans le cadre de la mise en oeuvre des nouvelles orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, on lui a demandé de diriger les services offerts aux personnes âgées dans la communauté et en milieux substituts qui rapatrient sous un même chapeau les services à domicile des CLSC, les services en ressources intermédiaires, les services en CHSLD et les organismes communautaires de services à domicile / personnes âgées.

RÉSUMÉ DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES SUR LES *SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES*

En 1992, la politique de santé et bien-être nous invitait à mettre à contribution l'ensemble des ressources pour assurer le maintien de l'intégration des aînés dans leur communauté et leur milieu habituel de vie.

En 2001, les orientations ministérielles nous incitent à revoir les choix d'organisation de services et l'allocation des ressources conséquentes et à penser le réaménagement non seulement en fonction des besoins actuels mais aussi de l'évolution des besoins.

Les orientations ministérielles nous encadrent dans le déploiement des réseaux intégrés de services auprès des personnes âgées.

PREMIÈRE ORIENTATION – L'intégration des services

Passer de la juxtaposition à l'intégration des services nous amène à choisir des modalités organisationnelles qui suscitent la collaboration de tous, l'utilisation complémentaire des ressources pour assurer la continuité des services, et une façon différente de gérer les ressources et l'intervention clinique.

Fondements :

- Responsabilité complète des soins pour la population âgée d'un territoire (MRC, CLSC...), accompagnée d'une responsabilité budgétaire grâce à l'instauration graduelle d'un budget PAPA, et ce, avec la contribution de l'entourage et des organismes communautaires.
- Accès aux services spécialisés le plus près possible et utilisation adéquate et efficace des services de courte durée.

Composante organisationnelle : (Collaboration)

1. Guichet unique qui facilite l'accès, l'orientation et l'admission aux services à domicile ou à l'hébergement avec évaluation globale et suivi adapté.
2. Système d'évaluation des besoins individuels intégré, multidimensionnel et évolutif (pour éviter la multiplication des interventions et avoir une vue d'ensemble) et Système de classification de ces besoins basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle (SMAF) et associé à l'utilisation appropriée des ressources.

3. Système de communication interactif permettant de relier efficacement les intervenants du réseau (histoire et évaluation médicales, protocole, état fonctionnel à jour, interventions).

Composante clinique : (continuité et complémentarité)

1. Système de Gestion par cas, responsable de la continuité : évaluation fonctionnelle, médicale et sociale, plan de service, négociation et coordination de services, représentation, s'assure que les services sont donnés où qu'il soit (domicile, résidence privée, hôpital) et réévaluation périodique des besoins.
2. Équipe locale de maintien à domicile et de CHSLD (évaluation, prestation, suivi de la personne).
3. Des médecins de famille travaillant auprès des personnes âgées.
4. Une équipe de gériatrie, psycho-gériatrie et réadaptation (évaluation, traitement, stabilisation, consultation) qui assure une intervention plus ponctuelle et spécialisée.

Composante administrative : (façon différente de gérer : responsabilité complète soins + budget) appuyée de systèmes d'information appropriés, de reddition de compte et d'allocation de ressources adaptés.

2 principes : lien clinico-administratif et autorité responsable de gérer et vérifier la qualité d'ensemble.

1. Mécanismes de concertation qui assurent la cohésion des impératifs cliniques et administratifs.
2. Un budget « personnes âgées ».
3. Une seule autorité, le responsable local désigné par la RR, qui gère le fonctionnement territorial du réseau intégré de soins et services et l'utilisation des ressources.

DEUXIÈME ORIENTATION – L'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins

Perspectives :

- Non seulement compenser les incapacités, mais soutenir l'intervention précoce, le traitement et la réadaptation.
- Une gamme de services définie à partir de la nature des interventions et de l'intensité des services.

- Le domicile : lieu privilégié de la prestation de services (virage communautaire).

Une gamme de services, évoluée, flexible et des services accessibles à domicile ou en hébergement dont l'importance accordée aux diverses composantes concorde avec les besoins des personnes et de leurs proches et la configuration des ressources du territoire

1. Information, prévention et dépistage (Cibles : insuffisance cardiaque et maladie pulmonaire obstructive chronique, arthrite et ostéoporose, symptômes dépressifs et dépression, troubles cognitifs, abus et négligence, malnutrition, problèmes dentaires, usage inapproprié des médicaments, troubles visuels et auditifs).
2. Aide à la personne : pour activités personnelles et assistance (hygiène, alimentation, déplacement), pour activités domestiques (préparation de repas, entretien ménager, courses, lessive) et pour activités civiques (budget, formation, démarches administratives). Aide offerte en partie par le réseau, la communauté, l'économie sociale, la modalité de CES ou le crédit d'impôt.
3. Aide aux proches : gardiennage (relève de surveillance continue), répit (mesure planifiée de détente), dépannage (relève d'urgence en situation de crise).
4. Services professionnels de base: soins infirmiers, médicaux, réadaptation et adaptation, psychosociaux, pharmacie, nutrition.
5. Services spécialisés de géronto-gériatrie, de psycho-gériatrie et de réadaptation (par entente avec la courte durée).
6. Soins palliatifs intégrés à l'ensemble des services.

Les modalités d'accès selon les lieux de prestation

« 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. »

Les services d'aide à la personne sont à la charge de la résidence et généralement inclus dans le tarif. Pour l'assistance à la personne qui exige une formation de base, si la résidence n'a pas les ressources humaines, elle pourra prendre entente avec le CLSC pour les rendre accessibles.

Les conditions de recours (pour 3,5 à 4,2 % de la population) aux milieux d'hébergement substitut (CHSLD publics, privés conventionnés ou autofinancés, RTF,RI) détenteurs de permis (art 83 LSSS)

Facteurs :

- Intensité des besoins de soins et services.
- Importance de la surveillance due à la fragilité et la nature des incapacités.
- Cumul de facteurs de risque : incapacités sévères (mentales ou physiques) qui ne peuvent être compensées.

Un système de classification de besoins par profils types permettra de préciser un seuil objectif pour appliquer la loi et déterminer à partir de quel niveau un établissement doit être titulaire de permis

TROISIÈME ORIENTATION – La qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux de prestation de soins

Qualité des pratiques :

Soit la qualité de vie et la qualité des services :

- identité : respect de la dignité par l'information ;
- contrôle : pouvoir de décision ;
- intimité : espace physique le permettant ;
- sécurité : environnement, personnel, milieu rassurant ;
- confort : équipement et technologie d'adaptation, de maintien et de réadaptation.

Moyens pour assurer la qualité :

- équipe multidisciplinaire pour approche globale ;
- utilisation systématique des technologies ;
- guides de pratiques ;
- comité d'usagers ;
- démarches d'agrément.

Mécanismes d'assurance et d'amélioration de la qualité :

- cas traceurs ;
- événements sentinelles ;
- mesures de morbidité ;
- plaintes ;
- état de santé ;
- formation à l'utilisation des contentions pour protection de la personne et non pour contrôler les comportements.

Évolution des interventions : (recherche, développement professionnel continu)

Recherche :

- Vieillesse normale et vieillissement pathologique.
- Efficacité de l'usage des contentions.
- Méthode de dépistage, diagnostic, traitement et suivi des maladies chroniques (maladies ostéoarticulaires, diabète, maladie cardiaque et maladie vasculaire cérébrale, etc.).
- Source d'incapacité, cause, traitement et soins liés à la maladie d'Alzheimer et aux troubles cognitifs.

Développement professionnel continu :

- cibles prioritaires : gestion de cas, approche centrée sur les besoins, guides pratiques, outils de dépistage et d'évaluation, intervention auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs.
- expériences de réorganisation du travail : mobilité des professionnels, stages pour les gestionnaires de cas.
- outils et formation pour les gestionnaires : méthode de constitution de budgets régionaux et locaux, rôle de fiduciaire local du réseau, définitions d'indicateurs adaptés

Évolution des milieux substitués : groupe de travail

- Production de standards pour satisfaire aux aspects liés à la qualité de vie.
- Besoins différents des personnes avec troubles cognitifs.
- Fonctionnement en réseau de services.

Appréciation de la qualité et complémentarité des secteurs publics et privés : comité régional

Définition des standards de qualité, tenue d'un répertoire mis à jour annuellement, visite annuelle des résidences de son territoire

EN RÉSUMÉ

- des changements sur le plan des modes administratifs et organisationnels ;
- des changements sur le plan des mentalités et des pratiques des professionnels et des gestionnaires ;
- une nécessité de production d'outils (indicateurs, système d'information, protocoles) ;
- une nécessité de transfert de connaissances.

IMPLANTATION

Pour l'implantation, la RR doit :

- définir les territoires locaux et les ressources en cause ;
- définir une perspective clinique et organisationnelle (guichet unique et gestion de cas) ;
- planifier et assurer l'articulation entre les équipes locales et les équipes de gériatrie ;
- déterminer les enveloppes budgétaires locales.

Le MSSS doit :

- terminer le Cadre de référence sur les services à domicile ;
- terminer le plan d'action sur l'Alzheimer ;
- faire une analyse de la situation de l'hébergement avec les nouveaux modes de pratique et d'organisation ;
- diffuser un outil d'évaluation intégré aux systèmes d'info SICC et SICHELD ;
- finaliser les travaux sur le système de classification des besoins ;
- uniformiser le mode de calcul aux taux de réponse aux besoins en milieu d'hébergement.

Les 2 orientations retenues en matière d'investissements :

- Consolider les services offerts dans la communauté en quantité et en qualité en SAD et en géronto-gériatrie.
- Consolider la qualité en milieu d'hébergement : rehausser le nombre d'heures et non le nombre de places.

L'intensité de l'offre en services à domicile doit être ajustée au taux d'hébergement dans le cadre d'une enveloppe budgétaire globale.

CONCLUSION

Passer de la juxtaposition à l'intégration des services nécessite :

- des changements importants de mentalités et de pratiques des professionnels et des gestionnaires ;
- un décloisonnement des structures et des ressources.

Par Luce Beauregard, Directrice
Développement professionnel et organisationnel,
CLSC-CHSLD Montréal-Nord

