

Un défi de solidarité

LES SERVICES AUX AÎNÉS
EN PERTE D'AUTONOMIE



PLAN D'ACTION
PLAN D'ACTION
PLAN D'ACTION

2005

2010

Un défi de solidarité

LES SERVICES AUX AÎNÉS
EN PERTE D'AUTONOMIE



PLAN D'ACTION

2005

2010

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique. Il peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** des sites intranet réseau <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et Internet du Ministère 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, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-45015-9 (version imprimée)

ISBN 2-550-45016-7 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2005

REMERCIEMENTS

Ce plan d'action fait suite aux travaux et à la recommandation du Groupe de travail ministériel sur les services aux aînés en perte d'autonomie. Ce groupe a été créé par le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2003. Il était composé des membres suivants :

- madame Renée Lamontagne, présidente du comité, sous-ministre adjointe de la Direction générale des services sociaux (MSSS)
- monsieur Jean-Louis Bazin, secrétaire, Secrétariat aux aînés;
- madame Christiane Bombardier, attachée politique responsable de la condition des aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- monsieur Bernard Brodeur, député de Shefford;
- madame Jocelyne Dagenais, sous-ministre adjointe de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (MSSS);
- monsieur Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine, Université de Sherbrooke;
- madame Michèle Lamquin-Éthier, députée de Crémazie;
- monsieur Pierre Marsan, député de Robert-Baldwin, alors adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux;
- madame Claire M. Pagé, directrice de l'organisation des services, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval;
- monsieur Roger Paquet, sous-ministre associé de la Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement (MSSS);
- madame Sarah Perreault, députée de Chauveau;
- madame Rachel Ruest, directrice des activités communautaires et des personnes handicapées (MSSS);
- monsieur Jean-Yves Simard, directeur des personnes âgées en perte d'autonomie et coordonnateur du groupe de travail (MSSS);
- monsieur Marc Tanguay, président-directeur général, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches;
- monsieur Daniel Tremblay, secrétaire du comité (MSSS).

A aussi participé à ce comité monsieur Russell Williams, alors député de Nelligan et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux. Enfin, nous remercions pour sa contribution le docteur Alain Poirier, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé publique (MSSS).

MESSAGE DU MINISTRE

La société québécoise entre dans une ère dans laquelle elle connaîtra un vieillissement démographique rapide. Certes, on ne pourra plus jamais considérer la vieillesse comme une période de passivité. Le fait est que la très grande majorité des personnes âgées sont actives, s'occupent de leur santé et continuent d'apporter leur contribution à la société.

Il relève de notre responsabilité que le réseau de la santé et des services sociaux s'adapte pour offrir des solutions qui répondent mieux aux besoins des personnes âgées. Comme gouvernement, nous nous sommes engagés dans cette voie dès notre arrivée, en 2003.

Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, Un défi de solidarité, annonce un changement de cap majeur dans l'organisation des soins et des services. Les mesures mises de l'avant ont été formulées dans le souci d'apporter une réponse adaptée aux attentes et aux besoins des aînés et de leurs proches aidants, ainsi qu'aux préoccupations exprimées par toute la société.

Ce plan d'action exige pour sa mise en œuvre une adaptation de l'organisation des services sociosanitaires et une diversification des formules de logement pour permettre aux personnes âgées, même lorsqu'elles deviennent fragiles et dépendantes, de demeurer chez elles ou dans leur communauté parce que c'est ce qu'elles souhaitent. L'hébergement institutionnel sera ainsi progressivement réservé aux personnes présentant des problèmes cliniques complexes.

Que ce soit à titre de citoyenne et de citoyen, de personne âgée, de famille, de dispensateur de services, d'acteur social relié à l'activité communautaire, à l'économie sociale ou au secteur privé, chacun de nous est interpellé par ce plan d'action.

Je vous invite à vous joindre à moi pour que nous relevions ensemble ce magnifique défi de solidarité.

Le ministre,

Philippe Couillard

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	9
INTRODUCTION	11
1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : LES ENJEUX	13
1. Faire face à une augmentation importante des besoins	13
2. Satisfaire au souhait des personnes âgées en perte d'autonomie de rester dans leur milieu et mettre en place les conditions favorables pour les proches qui acceptent d'exercer le rôle d'aidants.	14
3. Fournir des services adaptés aux communautés autochtones, linguistiques et ethnoculturelles	14
4. Faire face à une augmentation des dépenses de santé et de services sociaux alors que la croissance des revenus de l'État québécois ralentit	15
5. Clarifier l'offre des services publics fournis par le système de santé et de services sociaux.	15
6. Trouver le meilleur équilibre possible dans le partage des responsabilités.	16
7. Disposer de l'information nécessaire pour mieux intervenir et mieux gérer	16
2. LA CLIENTÈLE : LA NATURE ET L'AMPLEUR DES BESOINS	17
1. Les problèmes de santé des aînés et leurs conséquences	17
2. Les incapacités et les besoins d'aide.	19
3. Se préparer à de grands changements	19
4. Rester à l'écoute des personnes âgées	20
3. L'ÉTAT DES LIEUX	21
1. L'organisation des services de santé et des services sociaux.	21
1.1 <i>Les consensus</i>	21
1.2 <i>La répartition actuelle des ressources</i>	21
1.3 <i>Les conséquences prévisibles</i>	23
2. Les autres programmes, mesures et services publics destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie	23
2.1 <i>Les crédits d'impôt, les prestations et les congés</i>	23
2.2 <i>Le logement</i>	25
4. LES OPTIONS POSSIBLES	27
1. Le statu quo : évoluer selon le modèle actuel	27
2. Innover : adapter, améliorer et diversifier l'organisation des services.	27
2.1 <i>Les tendances récentes en Occident</i>	27
2.2 <i>Un nouveau scénario d'adaptation</i>	30
2.3 <i>Les conditions clés pour implanter un nouveau scénario d'adaptation</i>	30

5. LES CHOIX	33
1. Les fondements de l'action	33
1.1 <i>Les principes directeurs</i>	33
1.2 <i>Deux grands objectifs</i>	33
2. L'accès à des arrangements diversifiés de services et de logement	33
2.1 <i>Soutenir la personne et ses proches aidants: une offre des services clarifiée et connue de la population</i>	33
2.2 <i>Agir sur l'environnement: des logements diversifiés et adaptés aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie</i>	38
3. Des services et des milieux de vie qui répondent à de hauts standards de qualité	38
3.1 <i>Pour des services de qualité</i>	39
3.2 <i>Pour des milieux de vie de qualité</i>	40
4. La recherche et l'enseignement	41
4.1 <i>La complémentarité</i>	39
4.2 <i>Le transfert des connaissances</i>	40
6. LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47
L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	49
Liste des acronymes	51



PRÉAMBULE

Le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie concerne principalement les services et les soins de longue durée destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, il ne prétend pas donner une réponse au défi du vieillissement que doit relever l'ensemble du système de santé et de services sociaux québécois.

Nous reconnaissons que les personnes qui avancent en âge risquent davantage d'être atteintes de maladies, dont des maladies chroniques. Le plan cible les actions les plus importantes à réaliser au cours des cinq prochaines années pour soutenir les personnes les plus fragiles et les plus dépendantes. Parmi ces actions, certaines interpellent le secteur de la santé physique. Elles visent plus particulièrement l'adaptation de certaines pratiques médicales et professionnelles aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. L'accès au médecin de famille est essentiel pour ces personnes et devrait être facilité par l'implantation des groupes de médecine familiale et des cliniques réseau.

Par ailleurs, ce plan est publié dans le contexte de la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de la mise en place des réseaux locaux de services. Cette structure locale permet l'intégration des services pour mieux en assurer leur accès et leur continuité. En vertu des deux principes de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services, les CSSS ont le mandat de définir et d'élaborer un projet clinique et de susciter la collaboration de tous les partenaires. Ils doivent conjointement rendre accessible un ensemble de services le plus complet possible (y compris les services de santé publique qui visent à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé). Ils ont aussi à assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. La priorité est accordée à certaines clientèles, dont celle des personnes âgées en perte d'autonomie.



INTRODUCTION

LE VIEILLISSEMENT

Le Québec, comme beaucoup d'autres sociétés industrialisées connaît une augmentation importante du nombre de personnes âgées et même du nombre de personnes très âgées. Il compte actuellement environ un million de personnes de 65 ans et plus. Entre 2005 et 2010, plus de 150 000 personnes s'ajouteront et le mouvement s'accélénera par la suite.

Le grand âge n'est plus synonyme de maladie, de pauvreté et de dépendance. Cette ancienne perception ne devrait plus avoir cours. En effet, la grande majorité des personnes âgées d'aujourd'hui sont autonomes, en bonne santé, socialement actives et économiquement indépendantes. Elles sont sensibilisées à la prévention et se sentent responsables de leur santé et de leur bien-être. En fait, environ 20 % seulement des aînés – des personnes très âgées pour la plupart – ont besoin de services à cause d'une incapacité, dont près de 4 % sont hébergés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces femmes et ces hommes souhaitent tirer pleinement parti de leur potentiel et participer, dans la mesure de leurs moyens, aux décisions qui les concernent.

L'EFFET SUR LES SERVICES

La façon de concevoir l'organisation des services que le système de santé et de services sociaux doit mettre en place pour les personnes âgées ayant une incapacité est également, dans une large mesure, surannée. Au regard des services de courte durée (médicaux, hospitaliers et autres), les personnes âgées reçoivent les mêmes services que la population en général. Ceux-ci doivent être adaptés aux besoins des femmes et des hommes âgés, et ce, malgré le fait que ces services ont reçu beaucoup d'attention et ont pu profiter d'importantes améliorations au cours des dernières années.

Les services de longue durée n'ont pas fait l'objet d'une telle attention. Certes, à la suite des *Orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, adoptées en 2001, des changements ont été amorcés, en particulier pour améliorer la continuité des services. Pourtant, la trame de fond est à peu près restée la même: on s'en remet encore au modèle binaire qui oppose, d'un côté, les services à domicile pour les femmes et les hommes qui ont une incapacité peu importante, de l'autre, l'hébergement en CHSLD, pour celles et ceux dont les besoins sont grands. Pourtant, l'expérience montre que cette vieille opposition ne tient plus. D'une part, vu le stade de développement qu'ils ont atteint, les services à domicile et les services dans la communauté permettent à la grande majorité des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave de demeurer chez elles, dans la mesure où elles et leurs proches reçoivent l'assistance appropriée. D'autre part, on remarque que, partout en Occident, diverses formules de résidences adaptées se sont développées au cours des dernières décennies. Ces nouveaux modes de logement offrent la sécurité aux personnes âgées et permettent aux services publics d'expérimenter de nouvelles formes d'assistance, moins onéreuses que le soutien dans un domicile conventionnel et beaucoup moins dispendieuses que l'hébergement. Bref, il s'agit d'une alternative qui offre beaucoup de possibilités. Par ailleurs, habiter dans une telle résidence fait une différence majeure pour les personnes âgées: elles sont chez elles.

L'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie peut donc emprunter une direction nouvelle. Elle doit même le faire: pour être plus efficace, pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées ainsi qu'à leurs attentes et à celles de leurs proches. Cette nouvelle avenue ne représente plus un choix pour le Québec; c'est une obligation. En effet, sans un changement de cap, il deviendra très difficile de bien soutenir les femmes et les hommes âgés, et ce, même si l'on devait ajouter des ressources. Il faudra bien sûr un ajout important de ressources, mais ce sont d'abord et avant tout les façons de faire qu'il faut changer, maintenant.

Entre 2005 et 2010 – un laps de temps très court – le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait augmenter d'environ 30 000, passant d'un peu plus de 200 000 à un peu plus de 230 000, selon toute probabilité, soit une augmentation de 15%. Les nouveaux besoins seront donc importants.

Le Plan d'action 2005-2010 porte essentiellement sur l'organisation des services de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est là la priorité, parce qu'on sait que les lacunes dans ces services entraînent des conséquences majeures sur la qualité de vie des aînés, d'abord, et sur le recours aux services de courte durée, ensuite. Dans les deux cas, cela se traduit par des coûts sociaux et financiers importants pour les personnes âgées ainsi que pour la collectivité.

Le Plan d'action 2005-2010 annonce un changement de cap dans l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et une diversification des réponses à leurs besoins. Cette diversification est à l'image de la société actuelle. Elle devrait se traduire dans notre conception de la vieillesse et de la place des personnes âgées dans la société.

UN DÉFI DE SOLIDARITÉ

Bien répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes âgées en perte d'autonomie constitue un véritable enjeu sur le plan du partage des responsabilités, puisque tant les individus et leur famille que la société tout entière sont interpellés. La réussite du plan d'action mis de l'avant ne peut reposer que sur la participation des différents niveaux de gouvernement, du secteur privé, des organisations non gouvernementales, du milieu communautaire, des dispensateurs de services, des familles et des personnes âgées elles-mêmes.

1

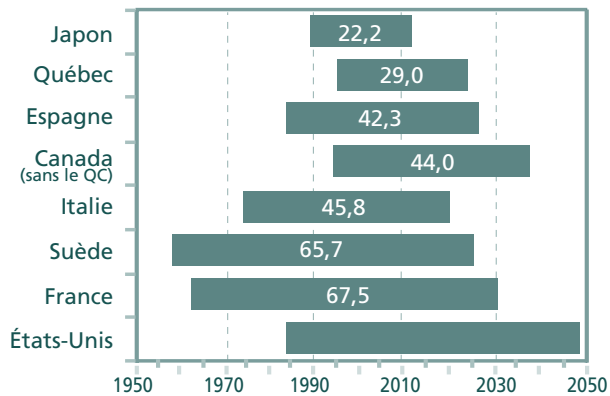


VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : LES ENJEUX

Le Québec connaîtra un vieillissement démographique très rapide au cours des prochaines années, soit le deuxième en importance de toutes les sociétés industrialisées, après le Japon. Ce phénomène est dû à la conjugaison de trois facteurs : la forte natalité de l'après-guerre – *le baby-boom* –, suivie d'une chute abrupte de la fécondité à partir des années 60, accompagnée d'un allongement graduel de la durée de vie moyenne.

FIGURE 1

Nombre d'années pour que la proportion de personnes âgées passe de 12 % à 24 %, Québec, Canada (sans le Québec) et divers pays



Sources : GAUTHIER, Hervé et al. *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, vol. 1, figure 18, p. 62.

Le nombre de personnes âgées, et surtout de personnes très âgées, augmentera considérablement (tableau 1). La société québécoise doit répondre aux défis posés par le vieillissement de la population.

TABEAU 1

Évolution du nombre de personnes âgées et très âgées selon le sexe entre 1981 et 2041

Année	Population totale			65 ans et plus				85 ans et plus			
		Homme	Femme	Homme	Femme	Total	%	Homme	Femme	Total	%
1981	6 547 705			237 333	335 876	573 209	8,8	12 326	25 261	37 587	0,6
2001	7 396 988	3 647 342	3 749 646	398 469	566 691	965 160	13,0	25 839	69 495	95 334	1,3
2021	8 014 407	3 962 893	4 051 514	756 470	947 112	1 703 582	21,3	68 436	134 086	202 522	2,5
2041	8 017 350	3 957 489	4 059 861	1 032 007	1 243 275	2 275 282	28,4	171 653	282 901	454 554	5,7
2051	7 832 218	3 875 697	3 956 521	1 070 265	1 255 012	2 325 277	29,7	230 097	353 827	583 924	7,5

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*
http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_popl/pers2001-2051/index.htm

2. SATISFAIRE AU SOUHAIT DES PERSONNES AÎNÉES EN PERTE D'AUTONOMIE DE RESTER DANS LEUR MILIEU ET METTRE EN PLACE LES CONDITIONS FAVORABLES POUR LES PROCHES QUI ACCEPTENT D'EXERCER LE RÔLE D'AIDANTS

La famille a changé et les proches des personnes âgées sont moins nombreux et souvent moins disponibles. La tendance pourrait même s'accroître au cours des prochaines années. Cela pourrait se traduire par une pression accrue sur les proches aidants, qui acceptent librement de remplir ce rôle. Le sentiment de responsabilité et l'affection des membres de la famille et des amis ne peuvent être réquisitionnés sans bornes. La grande majorité des études sur les proches aidants démontrent que ces personnes sont majoritairement des femmes qui, parfois, sont elles-mêmes âgées. L'énergie déployée par ces proches doit nécessairement trouver sa contrepartie dans des mesures concrètes de soutien et de reconnaissance. Par ailleurs, il faut s'assurer que les services soient respectueux de la diversité des personnes âgées. Pour ce faire, on doit soutenir le développement de nouvelles formes de domicile, mieux adaptées aux besoins des personnes âgées qui souhaitent vivre dans leur communauté. La diversité et la souplesse doivent être à l'ordre du jour.

3. FOURNIR DES SERVICES ADAPTÉS AUX COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES, LINGUISTIQUES ET ETHNOCULTURELLES

Le vieillissement démographique des communautés autochtones est plus lent que celui de la population québécoise. Par ailleurs, l'organisation des services qui leur sont destinés et leur accès doivent tenir compte de leur culture et de leurs traditions et des approches adaptées qui en découlent. Le fait que ces communautés soient de petite taille pose un défi supplémentaire d'organisation et d'accès. Pour les communautés non concernées par la Convention de la Baie James et du Nord québécois, les établissements du réseau doivent se préoccuper de faciliter la continuité des soins et des services avec ceux qui sont déjà en place dans leur propre communauté.

De son côté, le vieillissement démographique de la communauté anglophone du Québec est plus rapide que celui de l'ensemble de la population québécoise. Plusieurs personnes âgées d'expression anglaise se retrouvent isolées dans de petites localités dispersées dans plusieurs régions. L'accès à des services dans leur langue maternelle prend toute son importance lorsqu'elles sont atteintes de problèmes cognitifs.

Le Québec comble depuis plusieurs années son déficit démographique par l'immigration. Certaines personnes âgées issues des communautés ethnoculturelles sont nées au Québec mais leur culture diffère de celle de la majorité des Québécois; d'autres sont des immigrants ayant vieilli, seuls ou en famille restreinte, ici au Québec, alors que d'autres sont récemment arrivés. Entre 2001 et 2007, le Québec aura accueilli 275 000 personnes immigrantes. Parmi ces personnes, près de 20 % sont des parents et des grands-parents venus rejoindre leurs enfants immigrés dans le cadre des mesures facilitant la réunification des familles. Leur intégration à la société québécoise implique aussi l'adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, et ce, en tenant compte de l'aspect ethnoculturel.

4. FAIRE FACE À UNE AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ALORS QUE LA CROISSANCE DES REVENUS DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS RALENTIT

Le recours plus important aux services de santé, évoqué plus haut, se traduit nécessairement dans les dépenses. Les dépenses de santé et de services sociaux augmentent donc avec l'âge, comme l'indique la figure 2.

En 2001, 42 % des ressources financières allouées aux soins de santé et aux services sociaux¹ étaient utilisées par les personnes âgées, dont 10 % par les personnes très âgées (85 ans ou plus), alors que ces groupes forment respectivement 13 % et 1 % de la population. Sur cette base, on peut affirmer que les dépenses per capita des aînés sont trois fois plus élevées et celles des personnes très âgées, huit fois plus élevées que celles de la moyenne de la population. Dans ce contexte, on imagine l'ampleur du défi que le Québec doit relever. Et c'est sans compter que l'augmentation des dépenses de santé et de services sociaux n'est pas influencée par le seul effet de la démographie. L'évolution de la technologie ainsi que des pratiques médicales contribue aussi à la croissance des coûts.

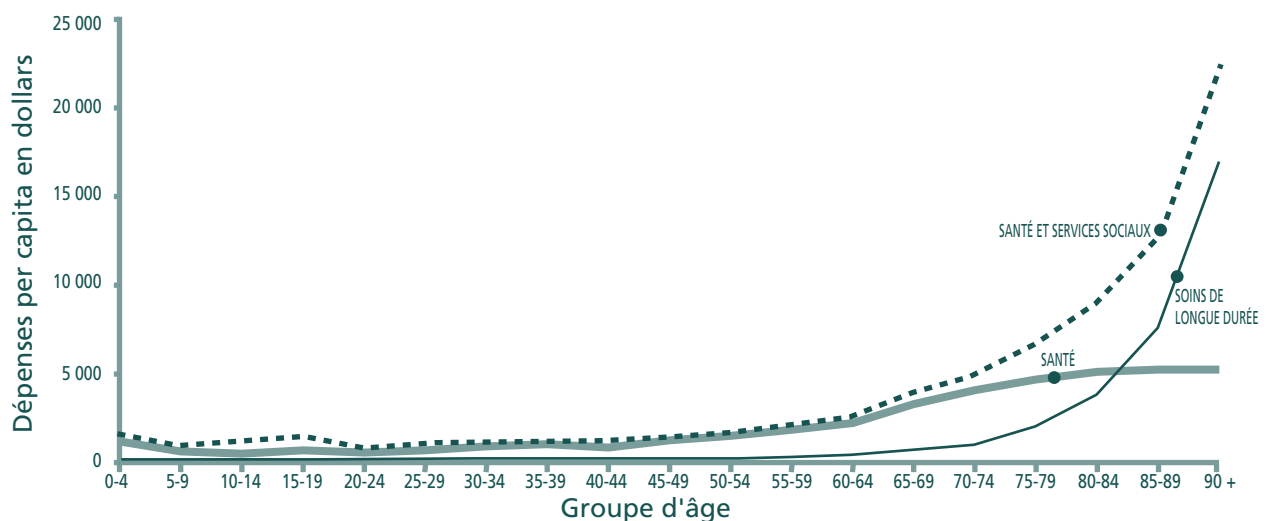
D'un autre côté, on peut raisonnablement croire que la croissance des revenus de l'État ralentira. En effet, bien que la hauteur des revenus du gouvernement relève d'un choix collectif, deux facteurs plaident en faveur d'un ralentissement de leur croissance : la diminution prévisible de la population active à moyen terme et la faible marge de manœuvre fiscale du gouvernement, considérant le haut taux d'imposition en vigueur au Québec (dans le contexte nord-américain) et l'importance de la dette publique.

5. CLARIFIER L'OFFRE DES SERVICES PUBLICS FOURNIS PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les services requis pour faire face à la perte d'autonomie sont nombreux et diversifiés. La population en général, les aînés qui vivent avec une incapacité et leurs proches aidants en particulier ont besoin de savoir clairement ce à quoi ils sont en droit de s'attendre des services publics, et ce, quel que soit le territoire où ils habitent. L'offre des services doit en outre être suffisante et adaptée aux besoins des femmes et des hommes âgés.

FIGURE 2

Dépenses publiques de santé et de services sociaux per capita selon l'âge et le secteur d'activité, 1999



Source : ROCHON, Madeleine. *Vieillesse démographique et dépenses de santé et de soins de longue durée au Québec, 1981-2051*, Santé, Société et Solidarité, n°2, 2002, 155-171p.

Note : Une partie de l'augmentation dans le groupe des 65-69 ans est liée à l'universalité du programme public des médicaments à compter de 65 ans.

1. Incluant les médicaments, les programmes d'aides techniques et la rémunération des médecins.

6. TROUVER LE MEILLEUR ÉQUILIBRE POSSIBLE DANS LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Le vieillissement de la population pose un défi collectif, défi qui implique des responsabilités particulières à l'égard des personnes âgées qui se retrouvent en perte d'autonomie. D'abord la personne elle-même peut agir de manière préventive en adoptant de meilleures habitudes de vie, améliorant ainsi ses chances de vieillir en santé et réduisant ses incapacités à un âge avancé. En accord avec les valeurs familiales largement partagées, les familles se sentent responsables de la sécurité de l'un de leurs membres en perte d'autonomie et de la qualité des services qu'il reçoit.

Les communautés s'impliquent par l'action de nombreux organismes communautaires qui mobilisent des bénévoles pour soutenir leurs concitoyennes et concitoyens plus fragiles. Ces bénévoles s'impliquent aussi en mettant sur pied des organismes sans but lucratif pour la construction et la gestion de logements adaptés aux personnes âgées. De même, les différents paliers de gouvernement, dans les multiples secteurs d'intervention qui les concernent, doivent procéder à des adaptations de services et de la régulation qui relèvent de leur juridiction pour prendre en compte le vieillissement avec les besoins spécifiques qu'il comporte.

Enfin, les dispensateurs de services aux personnes âgées en perte d'autonomie sont interpellés au premier chef. Les établissements publics doivent tenir compte de l'évolution des besoins d'une partie importante de la population qu'ils desservent. Ainsi, dans l'exercice de leurs responsabilités à l'égard de l'allocation des ressources ainsi que de la pertinence et de la qualité des services, les conseils d'administration ne peuvent ignorer ce phénomène de vieillissement. Les équipes de direction, le personnel et les médecins travaillant dans ces établissements ou en partenariat avec ceux-ci doivent adapter leurs pratiques aux besoins spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie ou qui risquent de le devenir.

Quant aux dispensateurs privés, ils voient pour plusieurs un marché lucratif dans cette gamme de nouveaux services. Leur capacité à s'adapter rapidement à l'évolution de la demande doit se conjuguer à leur sens des responsabilités quant à la qualité des services et aux pratiques commerciales qui s'adressent à des personnes vulnérables. Ce comportement attendu s'ajoute, bien sûr, à la responsabilité de l'État d'adapter, dans les différents secteurs concernés, la législation et la réglementation en vue de protéger les personnes vulnérables.

Bref, le milieu communautaire, les différents niveaux de gouvernement, les dispensateurs de services et le secteur privé doivent mettre en place les meilleures conditions possibles pour soutenir les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches, ce qui permettra à ceux-ci de mieux assumer leurs propres responsabilités. Il serait déraisonnable et inefficace de confier l'entière responsabilité de « prise en charge » de cette question au ministère de la Santé et des Services sociaux et à son réseau.

7. DISPOSER DE L'INFORMATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX INTERVENIR ET MIEUX GÉRER

L'information sert quatre fins : offrir les meilleurs services possibles aux individus, en temps opportun, et assurer la continuité des interventions; dresser un portrait le plus complet possible de la population, des groupes cibles de femmes et d'hommes à desservir et des besoins; soutenir l'adaptation continue de l'organisation et de la prestation de services cliniques; permettre une gestion efficace et efficiente.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau doivent se donner les moyens de produire, en temps opportun, toutes les informations essentielles qui serviront ces buts.



LA CLIENTÈLE : LA NATURE ET L'AMPLEUR DES BESOINS

La très grande majorité des personnes âgées vit dans la communauté. En 2004, c'était le cas de plus de 96 % d'entre elles : 87,8 % demeuraient dans un domicile conventionnel, 7,9 % en résidence pour personnes âgées² avec services et 0,5 % dans une ressource intermédiaire ou une résidence d'accueil. Les autres, soit un peu moins de 4 %, résidaient dans un établissement d'hébergement (figure 3).

On note toutefois une tendance à la diversification des choix de domicile dans la dernière décennie, avec la croissance considérable de résidences collectives avec services.

1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES AÎNÉS ET LEURS CONSÉQUENCES

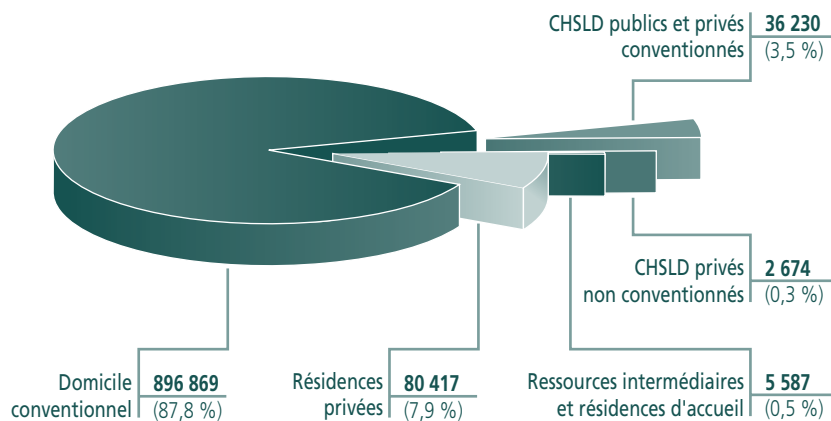
Les personnes âgées présentent un bilan de santé très hétérogène. La prévalence et la gravité des problèmes augmentent avec l'âge.

En 1998³, le tiers des personnes âgées qui vivaient à domicile déclaraient un problème d'arthrite ou de rhumatisme. Ces affections se classaient ainsi au premier rang. Les maladies cardiaques et les maladies de l'œil venaient respectivement au deuxième et au troisième rang, près du cinquième des aînés ayant déclaré en être atteints. L'hypertension artérielle, facteur de risque reconnu des maladies de l'appareil circulatoire et de certaines maladies rénales et oculaires, était également très répandue. Par ailleurs, les problèmes sensoriels (vision, audition) et les troubles cognitifs, dont les conséquences sont parfois dramatiques, sont associés au grand âge.

Selon une étude canadienne, 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffriraient d'une forme ou l'autre de maladie entraînant un trouble cognitif ; à elle seule, la maladie d'Alzheimer affecte 5 % de la population âgée, incluant les personnes qui sont hébergées (Canadian Study of Health and Aging,

FIGURE 3

Répartition des personnes aînées selon le lieu de résidence en 2004



Source : MSSS, Direction générale des services sociaux, 2004.
Note : Nombre total de personnes âgées en 2004 : 1 021 777.

2. Selon la définition de l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

3. SAUCIER, Alain, et Pierre LAFONTAINE. *Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise*, Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités : chapitre 2, 1998, p. 73-87.

1994). La prévalence des différentes formes de ces maladies augmente avec l'âge (tableau 2). Elle est en effet très faible chez les 65-74 ans (2,4 %), s'élève de façon importante chez les 85-89 ans (23 %) et touche plus de la moitié des personnes chez les 95 ans et plus (55 %).

Parmi les autres problèmes qui peuvent diminuer l'autonomie des personnes âgées, il faut relever les chutes, notamment celles qui causent une fracture, et les accidents vasculaires cérébraux. Le nombre

d'hospitalisations dues à ces problèmes a augmenté considérablement entre 1987-1988 et 2002-2003 chez les 65 ans et plus (tableau 3). En particulier, le nombre d'hospitalisations pour fracture (diagnostic principal) due à une chute est passé, durant cette période, de 4 963 à 8 293, soit près du double. Une telle augmentation est lourde de conséquences, non seulement pour les coûts sociaux qu'elle entraîne, mais d'abord et avant tout pour les personnes qui en sont victimes. Pour plusieurs d'entre elles, cela peut signifier l'impossibilité de demeurer dans leur domicile.

TABLEAU 2

Perspectives de la population atteinte de démence* et âgée de 65 ans ou plus au Québec – 2001-2011

Groupes d'âge pondérés	Prévalence de démence *	2001	2006	2011
65-74	2,4 %	13 075	13 748	16 295
75-84	11,1 %	35 382	40 621	43 187
85-89	23 %	15 037	18 089	22 732
90-94	40 %	9 940	12 414	15 460
95 et plus	55 %	3 678	4 928	6 489
65 et plus atteints de démence *		77 112	89 800	104 163
		8 %	8,5 %	8,6 %

* Le terme démence est utilisé au document de référence

Source: CONSEIL DES AÎNÉS. *La réalité des aînés québécois*, 2001. Fait à partir de Perspectives démographiques du Québec, 1996-2041, édition 2000, Institut de la statistique du Québec, et des vignettes « vieillissement » du Conseil consultatif national troisième âge (CCNTA), 1996.

TABLEAU 3

Évolution du nombre d'hospitalisations de courte durée chez les personnes âgées sur la base de diagnostics principaux et secondaires entre 1987-1988 et 2002-2003 au Québec

Diagnostic principal et secondaire lors de l'hospitalisation ¹	Groupe d'âge	1987-1988 Nombre d'hospitalisations ² Diagnostic principal	2002-2003 Nombre d'hospitalisation ² Diagnostic principal
Maladies vasculaires cérébrales (AVC)	65-69	1 825	1 523
	70-74	1 934	2 178
	75-79	1 900	2 334
	80-84	1 393	1 970
	85-89	719	1 150
	90 et +	301	635
	Total	8 072	9 790
Chutes avec fractures	65-69	717	860
	70-74	835	1 115
	75-79	1 061	1 598
	80-84	1 092	1 942
	85-89	775	1 603
	90 et +	483	1 138
	Total	4 963	8 293

Source: MSSS. *Efficience hospitalière*, fichiers MED-ÉCHO, août 2004.

Notes: 1. Basé sur le diagnostic principal.

2. Basé sur le nombre d'hospitalisations et non sur le nombre de personnes.

Une même personne peut avoir été hospitalisée plus d'une fois sous un même diagnostic.

2. LES INCAPACITÉS ET LES BESOINS D'AIDE

On distingue trois degrés d'incapacité : légère, modérée et grave. Le degré d'incapacité est défini à partir du nombre d'activités pour lesquelles une réduction de la capacité est déclarée et de l'intensité de la réduction (partielle ou totale).

Une personne âgée sur cinq (20,8 %) vivant en ménage privé⁴ (tableau 4) présente une incapacité modérée ou grave. Chez les 65-74 ans, la proportion s'établit à 14,9 %, alors qu'elle s'élève à 31,6 % dans le groupe des 75 ans ou plus.

La très grande majorité des personnes ayant une incapacité modérée ou grave a besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique⁵. C'est le cas notamment de 87,3 % de celles qui vivent à domicile (Lafontaine et Camirand 2002). L'aide leur est fournie, pour environ les trois quarts (entre 70 % et 85 % selon les études), par la famille et les proches, tout particulièrement la conjointe ou le conjoint ainsi que les enfants. Selon le Conseil de la famille et de l'enfance, plus d'un million de Québécoises et de Québécois fourniraient de l'aide à des personnes âgées au cours d'une année, dont près de 150 000 personnes elles-mêmes âgées. Par ailleurs, 60 000 personnes, plus souvent des femmes, déclarent aider un proche au moins 20 heures par semaine. La majorité des proches aidants soutiennent la personne dont ils s'occupent depuis au moins trois ans et une personne sur cinq le

ferait depuis plus de dix ans. Si tous les groupes d'âge participent à l'aide auprès des personnes âgées, ce sont majoritairement des femmes de 35 à 64 ans qui offrent le plus souvent des soins et qui y consacrent le plus d'heures.

Du côté des services formels, 11,1 % des personnes âgées déclaraient recevoir (habituellement) de l'aide de leur CLSC en 1998. Les services professionnels sont toutefois essentiellement assurés par le réseau de la santé et des services sociaux.

3. SE PRÉPARER À DE GRANDS CHANGEMENTS

Les caractéristiques de la population âgée se transforment rapidement. Les nouvelles générations d'aînés seront différentes de celles d'aujourd'hui, toutes nées avant la Seconde Guerre mondiale. Selon toute vraisemblance, les conditions de vie de la population âgée s'amélioreront. Divers facteurs joueront : le niveau d'éducation, la participation massive des femmes au marché du travail, les niveaux de revenus pendant la vie active, la préparation financière de la retraite et le statut quant à la propriété résidentielle.

De plus, depuis les années 60, le visage de ce sous-groupe de la population se diversifie, avec une arrivée plus importante au Québec de personnes issues de communautés ethnoculturelles. D'ailleurs, en 1975, la Charte des droits et libertés du Québec a interdit

TABEAU 4

Prévalence selon la gravité de l'incapacité de la population âgée vivant en ménage privé, 1998

Degré d'incapacité	Population estimée			Prévalence en %		
	Groupe d'âge			Groupe d'âge		
	65+	65-74	75+	65+	65-74	75+
Légère	170 300	101 000	69 300	20,8	19,1	23,8
Modérée	100 700	49 700	51 000	12,3	9,4	17,7
Grave	68 900	28 600	40 300	8,5	5,5	13,9
Total	339 900	179 300	160 600	41,6	34,0	55,4

Source : SAUCIER, Alain, et Pierre LAFONTAINE. *Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise*, Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités : chapitre 2, 1998, p. 73-87.

4. Excluant les aînés résidant dans un établissement de santé ou dans une résidence avec services (selon la définition de Statistique Canada).
5. Les AVQ ou « activités de la vie quotidienne » comprennent les activités de base que l'on considère comme telles pour mener une vie autonome. Les principales AVQ sont : se laver, se nourrir, s'habiller, entretenir sa personne, fonction vésicale, fonction intestinale, utiliser les toilettes, etc. Les AVD ou « activités de la vie domestique » recouvrent principalement les tâches suivantes : entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, etc.

la discrimination fondée entre autres sur le sexe, l'origine ethnique et les croyances religieuses. En 1977, la Charte a de plus inscrit une autre interdiction fondée sur l'orientation sexuelle. Ainsi, l'ensemble de nos soins et services se doivent d'être respectueux des diversités.

À cause de l'amélioration générale de l'état de santé des personnes âgées, cela pourrait signifier une réduction du besoin d'aide (à âge égal), et se traduire par un allongement de l'espérance de vie. Par ailleurs, les transformations familiales que l'on a connues pourraient aussi entraîner une réduction de la capacité de l'entourage de répondre aux besoins des personnes âgées. En effet, plusieurs d'entre elles auront connu une ou même plusieurs ruptures conjugales et auront eu moins d'enfants que les générations précédentes.

Le recours aux services formels est actuellement en train de changer. On remarque des variations selon plusieurs facteurs tels que la scolarité et le revenu. Ainsi, l'aide des enfants diminue à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et de nouveaux modèles mixtes (formel-informel) sont en train d'émerger où l'aidant principal devient « coordonnateur » des différents types d'aide⁶ (Attias-Donfut, 1999; Clément et Lavoie, 2001). Ces nouveaux modèles pourraient se répandre dans l'avenir.

Pour faire face au défi que posent les services aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres affections connexes, des approches novatrices ont été développées depuis plusieurs années, notamment par le milieu communautaire. Ces approches, fondées sur l'accompagnement des personnes et de leur famille, font appel à des ressources non institutionnelles, plutôt de type communautaire et sans but lucratif.

Il est par ailleurs difficile de savoir dans quel contexte sanitaire évolueront les personnes très âgées de demain tant les influences sont nombreuses, diverses et souvent contradictoires: nouveaux risques pour la santé publique, d'une part, avancées diagnostiques et thérapeutiques ainsi qu'accessibilité et qualité des services de santé, d'autre part. Il est certain par ailleurs que des avancées thérapeutiques majeures au chapitre des maladies ostéo-articulaires ou des maladies du type Alzheimer pourraient entraîner une diminution importante des incapacités et une forte réduction des besoins d'aide.

4. RESTER À L'ÉCOUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Au fil des ans, les personnes âgées ont exprimé à maintes reprises leurs attentes. Elles souhaitent:

- **recevoir le plus possible des services à domicile et dans leur communauté**, à condition, bien sûr, que les services soient suffisants et appropriés;
- **avoir accès à une gamme de services bien adaptés à leurs besoins et à ceux de leurs proches aidants et aidants**: la population en général, les personnes âgées et leurs proches aidants veulent connaître clairement ce à quoi ils sont en droit de s'attendre des services publics;
- **recevoir des services de qualité qui tiennent compte de l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux**: les personnes âgées s'attendent à ce que les services qui leur sont offerts, peu importe le milieu de prestation et le dispensateur concerné, répondent à des standards de pratique reconnus.

Il faudra continuer d'être à l'écoute des générations successives de personnes âgées et de leurs représentantes et représentants.

6. ATTIAS-DONFUT, Claudine. *Nouvelle génération de grands parents et mutations familiales*, 1999, 22 p.
CLÉMENT, Serge, et Jean-Pierre LAVOIE. *L'aide aux personnes âgées fragilisées en France et au Québec: le degré d'implication des familles*, 2001, 101 p.



L'ÉTAT DES LIEUX

1. L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'organisation des services aux personnes âgées a fait l'objet de beaucoup d'attention au cours des dernières années. Deux documents ministériels en particulier ont donné la direction pour améliorer l'offre des services ainsi que l'efficacité et l'efficience des interventions. Ce sont les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, publiées en 2001, et la Politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*, adoptée en 2003.

1.1 LES CONSENSUS

Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* proposent de modifier l'organisation et la prestation des services afin de faire face à l'augmentation et à l'évolution des besoins au cours des prochaines décennies. L'intégration des services, en vue d'assurer la continuité des interventions, constitue l'objet premier des orientations. On y expose les fondements d'un « réseau intégré de services » ainsi que ses composantes essentielles (clinique, organisationnelle et administrative). Deux autres orientations sont également avancées : « 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 » et « la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux de prestations de soins ».

La Politique de soutien à domicile est « transversale » : elle s'adresse à toutes les clientèles qui ont une incapacité temporaire ou permanente. Son objectif premier est de corriger les disparités actuelles, de faire en sorte que les mêmes règles s'appliquent pour toutes et tous : mode d'évaluation des besoins, critères pour établir un ordre de priorité dans la

réponse aux demandes et la délivrance de services, plan de services, etc.⁷. En vertu des principes d'universalité et de neutralité, la politique prévoit que toute personne doit bénéficier d'un traitement égal, quels que soient son âge, son sexe, le territoire qu'elle habite, le type de domicile où elle réside et le prestataire qui lui fournit les services. La politique détermine par ailleurs la gamme de services à mettre en place, énonce des mesures pour améliorer la coordination des interventions et propose un programme d'amélioration continue de la qualité. Enfin, elle consacre un volet aux besoins des femmes et des hommes qui viennent en aide à un proche.

Ces deux documents d'orientation fournissent des assises importantes pour l'organisation des services au cours des prochaines années. Leur application demeure impérative pour atteindre les buts énoncés dans le présent plan d'action.

1.2 LA RÉPARTITION ACTUELLE DES RESSOURCES

Actuellement, près d'une personne âgée sur cinq (19,4 %) reçoit des services de longue durée, tous milieux de vie confondus (tableau 5, page 22).

L'offre des services de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie s'est construite graduellement autour de deux axes principaux : les services de soutien à domicile, auxquels se sont greffés des services dans la communauté (centres de jour, services de réadaptation, etc.) et l'hébergement. Les services de soutien à domicile ont connu une augmentation graduelle depuis dix ans. On relève toutefois encore de grandes disparités régionales.

Le taux d'hébergement des personnes âgées dans les CHSLD publics et privés conventionnés a diminué constamment au cours de la dernière décennie pour atteindre 3,5 %. On note là aussi des écarts marqués

7. La Politique de soutien à domicile harmonise les règles, les critères et les procédures. Toutefois, la hauteur des ressources allouées au soutien à domicile est déterminée au sein de chaque programme-services en fonction des cibles visées.

entre les régions, les taux variant de moins de 2 % à 4,5 %. Ces écarts sont dus à des différences de pratique dans l'évaluation et l'orientation des clientèles, à la disponibilité ou non de formules de rechange à l'hébergement traditionnel et, enfin, aux caractéristiques de la population âgée en perte d'autonomie (nombre de personnes âgées, répartition par groupes d'âge, personnes vivant seules ou non, type et gravité des incapacités, soutien effectif des proches aidants).

En 2001-2002, les dépenses publiques pour les services de longue durée destinés aux aînés en perte d'autonomie se répartissaient comme suit: 71 %

pour l'hébergement en CHSLD, 3 % pour les services en ressources intermédiaires et en résidences d'accueil, 13 % pour les services de soutien à domicile, 9 % pour les services dans la communauté et 4 % pour d'autres services (figure 4).

La part des dépenses attribuables à l'hébergement demeure très importante, considérant le nombre de personnes visées. Cela s'explique par le coût élevé des infrastructures et des services propres à ce mode de prestation.

TABEAU 5

Nombre d'aînés recevant des services selon le milieu de vie en 2003-2004

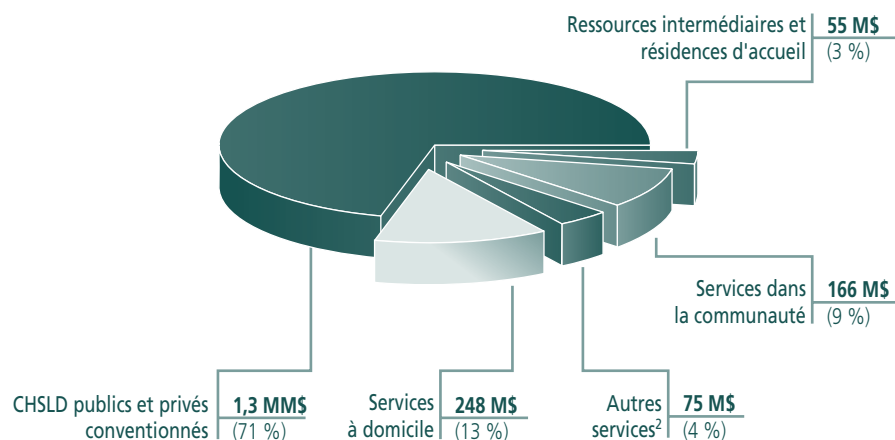
AÎNÉS RECEVANT DES SERVICES EN 2003-2004		
	Nombre	Taux
En CHSLD		
- Publics et privés conventionnés	36 230	3,5 %
- Privés non conventionnés	2 674	0,3 %
Dans la communauté	159 386 *	15,6 %
Total des aînés recevant des services	198 290	19,4 %
NOMBRE TOTAL D'AÎNÉS EN 2003-2004: 1 021 777		

* Incluant les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil.

Source: MSSS, Direction générale des services sociaux, 2005.

FIGURE 4

Répartition des dépenses du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » – 2001-2002¹



Notes : 1. Dépenses totales du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » en 2001-2002 = 1,8 milliards de dollars (excluant les services administratifs et hôteliers).

2. Les autres services comprennent notamment des dépenses liées aux « activités dirigées » (centre d'activité numéro 6890) et à la « gestion et au soutien aux autres programmes » (centre d'activité numéro 7152).

Source: MSSS, Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement, 2004.

1.3 LES CONSÉQUENCES PRÉVISIBLES

La pression qu'exerce toujours l'hébergement ne permet pas de dégager les ressources suffisantes pour desservir adéquatement la clientèle à domicile aux prises avec des incapacités modérées ou graves. Au cours des cinq dernières années, le MSSS a voulu corriger la situation par une augmentation appréciable des budgets. Il a ainsi alloué des crédits additionnels de quelque 45 millions de dollars par année en moyenne dans le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement », dont quelque 112 millions de dollars au cours des deux dernières années. Ainsi, les dépenses en services directs à la population de ce programme-services ont augmenté de 25 % entre 1999-2000 et 2004-2005 pour atteindre 1,9 milliards de dollars. Les crédits additionnels injectés ont servi essentiellement à rehausser l'offre des services de soutien à domicile et les services dans la communauté. Cette injection n'a toutefois pas permis de modifier en profondeur la répartition des dépenses au sein du programme-services.

En outre, du point de vue de l'usager, la réponse à ses besoins est davantage dictée par le lieu où il réside que par le degré de sa perte d'autonomie. Ainsi, la personne hébergée en CHSLD reçoit un ensemble de soins et de services pour lesquels une contribution fixe est déterminée en fonction de ses revenus et de ses avoirs. Une autre personne, avec une perte d'autonomie semblable et ayant fait le choix de demeurer à son domicile, bénéficie de soins et de services en quantité plus limitée et sa contribution varie en fonction de ses besoins et des services complémentaires qu'elle désire acheter. Dans certains cas, l'utilisation du CHSLD apparaît plus avantageuse sur le plan financier.

2. LES AUTRES PROGRAMMES, MESURES ET SERVICES PUBLICS DESTINÉS AUX PERSONNES ÂÎNÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Plusieurs acteurs sociaux apportent leur soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie et, globalement, aux personnes âgées en général. Au cours des dernières années, les gouvernements qui se sont succédé et les organismes publics ont pris diverses mesures pour préparer la société au vieillissement démographique : adoption de la Loi sur l'abolition de l'âge de la retraite, en 1982; réforme du Régime de rentes du Québec, en 1988; création du Conseil des aînés en 1993 et du Secrétariat aux aînés en 1998, etc.

Plus récemment, dans la foulée de l'Année internationale des personnes âgées (1999), un plan d'action interministériel⁸ était préparé par le Secrétariat aux aînés, en collaboration avec une vingtaine de ministères et organismes. On y trouve près de 80 engagements gouvernementaux ou intersectoriels (exemples: soutien aux tables de concertation régionales des aînés, soutien financier à des projets ponctuels) ainsi que des projets mobilisateurs (exemples: résidences privées avec services pour personnes âgées, lutte à la maltraitance et à la violence, négligence et exploitation financière). Bien que ces mesures ne s'adressent pas spécifiquement aux personnes âgées en perte d'autonomie, elles permettent néanmoins de mieux répondre à leurs besoins.

2.1 LES CRÉDITS D'IMPÔT, LES PRESTATIONS ET LES CONGÉS

■ Le crédit d'impôt remboursable pour le maintien à domicile d'une personne âgée

Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée vise à soutenir financièrement les personnes âgées qui choisissent de demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible.

Depuis l'année d'imposition 2000, le régime fiscal accorde aux particuliers âgés de 70 ans ou plus un crédit d'impôt remboursable égal à 23 % des dépenses admissibles qu'il a engagées pour obtenir certains services. Le montant des dépenses admissibles est soumis à un plafond annuel de 12 000 \$, ce qui permet à un particulier de profiter d'un crédit d'impôt maximal de 2 760 \$ par année.

Pour se prévaloir du crédit d'impôt, la personne âgée doit obligatoirement payer les dépenses engagées pour obtenir les services au moyen du mécanisme du chèque emploi-service. Ce mécanisme lui permet d'obtenir le versement par anticipation du crédit d'impôt au moment même où la dépense est effectuée.

En 2003, ce crédit a profité à près de 70 000 personnes âgées qui ont bénéficié de 62 millions de dollars pour les frais relatifs aux soins à domicile. Ainsi, ces personnes peuvent continuer à vivre dans leur milieu de vie.

8. SECRÉTARIAT AUX ÂÎNÉS. *Le Québec et ses aînés: engagés dans l'action. Engagements et perspectives 2001-2004*, 2001.

■ **Le crédit d'impôt remboursable pour aidants naturels**

Dans le *Discours sur le budget 2005-2006*, le gouvernement du Québec a annoncé la mise en œuvre, à compter de l'année d'imposition 2006, d'un nouveau crédit d'impôt remboursable pour aidants naturels d'une personne majeure, d'une valeur maximale de 1 000 \$.

Ce crédit d'impôt sera réduit à un taux de 16 % du revenu de la personne hébergée qui excède 20 000 \$. Le niveau minimal du crédit est fixé à 550 \$.

Le crédit d'impôt pour aidants naturels remplacera le crédit d'impôt remboursable pour l'hébergement d'un parent ainsi que le transfert à un aidant naturel de la partie inutilisée du crédit d'impôt non remboursable pour déficience mentale ou physique grave et prolongée.

Les personnes aidées donnant droit au crédit d'impôt pour aidants naturels sont le père, la mère, le grand-père, la grand-mère, les oncles, les tantes, les grands-oncles, les grands-tantes, les frères, les sœurs, les enfants, les petits-enfants, les neveux et les nièces du contribuable ou de son conjoint âgés de 18 à 69 ans et atteints d'une déficience mentale ou physique grave et prolongée. De plus, tous les ascendants âgés de 70 ans ou plus du contribuable ou de son conjoint seront admissibles.

En 2006, le nouveau crédit d'impôt accordera 49 millions de dollars à 76 000 personnes.

■ **Le crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux**

Le régime fiscal accorde un crédit d'impôt égal à 20 % des frais médicaux qui excèdent 3 % du revenu familial dans le cas d'un contribuable qui paie de tels frais pour lui-même, son conjoint ou pour les personnes à sa charge.

Les frais médicaux admissibles peuvent comprendre, par exemple, les primes d'assurance médicaments, les médicaments prescrits, les soins dentaires et, pour les personnes en perte d'autonomie, la rémunération versée à un préposé ainsi que les dépenses de transformation d'une résidence.

Ce crédit d'impôt a pour but de compenser une partie des frais médicaux supportés par un contribuable, lorsque ceux-ci excèdent un certain niveau de revenu.

Pour l'année d'imposition 2003, près de 1 million de contribuables ont bénéficié du crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux, et ce, pour une dépense fiscale de 240 millions de dollars.

■ **Le crédit d'impôt non remboursable pour déficience mentale ou physique grave et prolongée**

Le régime fiscal accorde un crédit d'impôt pouvant atteindre 440 \$ en 2005 (450 \$ en 2006) à une personne atteinte d'une déficience mentale ou physique grave et prolongée dont la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée.

Le budget du gouvernement du Québec 2005-2006 prévoit que les critères d'admissibilité au crédit d'impôt seront élargis. Ainsi, les particuliers qui ont des limitations multiples, dont les effets cumulatifs sont

Services admissibles aux fins du crédit d'impôt

Services directs à la personne

- Assistance non professionnelle à l'égard d'activités de la vie quotidienne, telles que se nourrir, s'habiller;
- Préparation des repas;
- Surveillance non spécialisée, telle que le gardiennage;
- Soutien civique, tel que l'accompagnement lors de sorties, l'aide pour compléter un formulaire, la gestion du budget.

Services domestiques

- Entretien ménager, tel que l'entretien général des aires de vie (balayage, époussetage, nettoyage) et des équipements d'usage quotidien (réfrigérateur, cuisinière, etc.);
- Entretien des vêtements;
- Approvisionnement en nécessités courantes et autres courses;
- Travaux mineurs à l'extérieur du domicile, tels que la tonte du gazon, le nettoyage des fenêtres, le déneigement.

équivalents au fait d'être limité de façon marquée dans l'accomplissement d'une seule activité courante de la vie quotidienne, seront désormais admissibles.

Ce crédit d'impôt reconnaît que les personnes atteintes d'une déficience mentale ou physique grave et prolongée, leur conjoint ou leurs parents ont une capacité de payer des impôts moindres en raison des coûts additionnels qu'ils supportent.

En 2003, environ 65 000 contribuables ont bénéficié de 25 millions de dollars en raison de ce crédit d'impôt.

■ La prestation de compassion

Le gouvernement fédéral a adopté, dans son budget de 2003, une mesure destinée à aider les personnes qui souhaitent accompagner un membre de leur famille dans les derniers mois de sa vie. La « prestation de compassion » couvre six semaines et elle est offerte aux personnes admissibles à l'assurance-emploi.

■ La Loi sur les normes du travail

La Loi sur les normes du travail, révisée en 2003, permet à une personne de s'absenter du travail dix jours par année sans salaire, en raison d'obligations reliées à l'état de santé d'un membre de sa famille (conjoint, père, mère, frère, sœur, grand-parent). La perte de revenu n'est toutefois pas compensée.

Aussi, un salarié qui justifie plus de trois mois de service continu peut s'absenter du travail, sans salaire, pendant une période d'au plus douze semaines sur une période de douze mois lorsque sa présence est requise auprès d'un enfant, de son conjoint, de l'enfant de son conjoint, de son père, de sa mère, d'un frère, d'une sœur ou de l'un de ses grands-parents en raison d'une grave maladie ou d'un grave accident.

2.2 LE LOGEMENT

Le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ne saurait se limiter à offrir des services professionnels. Souvent, il faut aussi recourir à des adaptations domiciliaires, à des fournitures médicales et à des équipements. Ces éléments techniques

permettent d'offrir une réponse mieux adaptée aux besoins et plus efficiente. L'accès à des formules de logement qui offrent la sécurité et qui permettent d'organiser le meilleur soutien possible constitue également un facteur déterminant dans la décision d'un aîné de demeurer à domicile.

■ Les programmes d'adaptation du domicile

Il existe actuellement deux programmes gouvernementaux d'adaptation domiciliaire. Le premier, soit le *Programme d'adaptation du domicile*, s'adresse à toute personne ayant une déficience physique significative et persistante, et le second, soit le *Programme Logements adaptés pour aînés autonomes à faible revenu*, est destiné aux personnes âgées à faible revenu⁹.

Le *Programme d'adaptation du domicile* couvre le coût des travaux nécessaires pour rendre accessible et pour adapter un logement. La liste d'attente pour ce programme était de dix ans en 2002. L'ajout d'une enveloppe de 28,8 millions de dollars pour l'année 2004-2005, étalée sur trois ans, a permis de diminuer substantiellement la liste d'attente; celle-ci avait été ramenée à deux ans en 2004. Ce délai est encore très long, en particulier pour une personne aînée qui a vu son état se détériorer à la suite d'une maladie et dont le logement doit être adapté. Il peut s'avérer impossible de soutenir cette personne à domicile, ce qui entraîne son hébergement. Les coûts seront alors beaucoup plus importants pour la collectivité.

Les adaptations admissibles au *Programme Logements adaptés pour aînés autonomes à faible revenu* permettent d'atténuer les difficultés qu'éprouvent les aînés dans l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne dans leur domicile. Ces adaptations doivent être intégrées au logement et permanentes. Elles peuvent, notamment, faciliter l'accès au logement et améliorer la sécurité (main courante, barres d'appui, etc.). La Société d'habitation du Québec, qui administre le programme, ne constitue pas de liste d'attente: chaque année, on répond aux demandes jusqu'à épuisement des crédits. Récemment, le budget du programme a été doublé, passant de 4 millions de dollars à 8 millions de dollars.

9. Il faut noter que l'âge auquel un citoyen est considéré comme « aîné » varie selon les ministères ou les organismes: 55 ans ou plus (sécurité sociale); 65 ans ou plus (divers programmes); 70 ans ou plus (crédit d'impôt pour le maintien à domicile); 75 ans ou plus (accès à certaines aides techniques, logement, etc.).

■ Les programmes d'aide au logement

Divers programmes visent à faciliter l'accès à des logements pour les personnes âgées à faible revenu.

Le programme *AccèsLogis Québec-Volet II* s'adresse aux personnes de 75 ans et plus en légère perte d'autonomie. Il offre l'accès à des logements permanents avec services. Les coûts de réalisation sont subventionnés par la Société d'habitation du Québec et le milieu. Une partie des logements est réservée à des ménages à faible revenu (environ 50 %). Ce programme permet de construire environ 350 logements adaptés par année.

Le programme *Allocation-Logement* procure une aide financière directe qui permet de réduire le coût du logement des personnes de 55 ans et plus.

■ Le parc québécois d'habitation de logement social et communautaire

Le parc d'habitation à loyer modique (HLM) comprend quelque 63 000 logements, dont environ 55 % sont destinés uniquement aux personnes âgées. Les critères financiers de sélection, notamment pour l'admissibilité, ne permettent qu'aux personnes seules d'y avoir accès. La plupart des immeubles construits dans les années 80 sont accessibles aux personnes de tous âges. Quelques HLM offrent des services (ex. : cafétéria, services d'un concierge sur place). Dans quelques autres, un couple fournit des services (ressource de type familial) à un maximum de neuf personnes. Les locataires paient leur loyer ainsi qu'un forfait en échange de trois repas par jour et de services domestiques.

Ajoutons en outre d'autres logements accessibles gérés par les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation (environ 18 500 unités) et ceux réalisés par des coopératives d'habitation pour les personnes âgées qui sont également disponibles pour des personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie.



LES OPTIONS POSSIBLES

1. LE STATU QUO : ÉVOLUER SELON LE MODÈLE ACTUEL

La première option consisterait à augmenter les ressources en fonction des projections démographiques tout en maintenant la répartition actuelle. Cette orientation obligerait à créer toujours davantage de nouvelles places d'hébergement, pour tenir compte de l'augmentation du nombre de personnes âgées et, surtout, de personnes très âgées (85 ans et plus). Une simple projection mécanique conduit aux résultats suivants : ajout de 6 420 places d'hébergement d'ici 2009-2010¹⁰ par rapport au nombre de places actuelles occupées par des plus de 65 ans qui se situe à 36 230 (tableau 6).

Recourir à cette option limiterait le développement des services dans la communauté, qui sont déjà jugés insuffisants. Les pressions pour développer encore davantage de nouvelles places d'hébergement pourraient être même plus fortes qu'aujourd'hui, puisque les services de soutien à domicile seraient de moins en moins en mesure de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faut donc sortir de cette impasse.

2. INNOVER : ADAPTER, AMÉLIORER ET DIVERSIFIER L'ORGANISATION DES SERVICES

Quel modèle de développement permettrait, d'une part, de répondre le mieux possible aux besoins et aux attentes des personnes âgées en perte d'autonomie et, d'autre part, d'utiliser le mieux possible les ressources collectives? L'expérience acquise, au Québec, au Canada et dans d'autres sociétés qui sont confrontées aux mêmes questions, fournit des enseignements essentiels.

2.1 LES TENDANCES RÉCENTES EN OCCIDENT

Partout en Occident, les systèmes de santé et, globalement, les sociétés ont eu de la difficulté à s'adapter aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. D'abord, à la base, les systèmes de santé ont été conçus pour trouver des réponses à des problèmes aigus, de courte durée. À l'époque où ils ont été instaurés – l'après-guerre –, l'espérance de vie était beaucoup plus courte qu'aujourd'hui et les sociétés comptaient relativement peu de personnes âgées. De plus, il était d'usage de retirer de son milieu toute

TABEAU 6

Projection du nombre d'aînés recevant des services selon le milieu de vie en 2010-2011, en fonction des pratiques actuelles

	AÎNÉS RECEVANT DES SERVICES		
	2003-2004	2009-2010	
	Nombre	Nombre	Taux
En CHSLD			
- Publics et privés conventionnés	36 230	42 650	3,7 %
- Privés non conventionnés	2 674	2 674	0,2 %
Dans la communauté	159 386	185 223	15,9 %
Total des aînés recevant des services	198 290	230 547	19,8 %
NOMBRE TOTAL D'AÎNÉS EN 2009-2010 : 1 162 850			

* Source : MSSS. Direction générale des services sociaux, 2005.

10. Ajout de 1 070 places par année sur 6 ans, dont le calcul est basé sur les strates d'âge des personnes de plus de 65 ans hébergées ces dernières années.

personne qui présentait un trouble ou une incapacité. Ce faisant, les systèmes se limitaient essentiellement aux services médicaux et aux services institutionnels. Plus tard, cette conception très restrictive des services allait s'élargir pour inclure les services de longue durée offerts à domicile et dans la communauté. Même aujourd'hui, le passage n'est pas parfaitement réalisé et les modes d'organisation satisfont difficilement aux besoins de longue durée.

Le mouvement vers la communauté a commencé en Scandinavie dans les années 60, sous la poussée du concept de « normalisation ». La normalisation – renommée plus tard « valorisation sociale » – réfère à l'idée selon laquelle toute personne a le droit strict de vivre dans son milieu et de participer à la vie de sa communauté. Le mouvement a d'abord touché les personnes handicapées, puis il a essaimé en santé mentale pour rejoindre finalement les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. La « désinstitutionnalisation » était désormais à l'ordre du jour.

Le mouvement allait donner lieu à une réorganisation des services de santé, mais il rejoindrait aussi les autres secteurs, parce que la vie dans la communauté exige divers services gérés par un grand nombre de secteurs. Ainsi, différents modes de logement adapté, avec services adaptés, se développeraient. C'est sans doute le Danemark qui est allé le plus loin dans ce sens, décrétant par une loi, à la fin des années 80, qu'il n'y aurait plus d'« institutionnalisation » de personnes âgées. Le pays a alors entrepris de transformer ses centres pour personnes âgées pour en faire de petits appartements adaptés. Au Danemark, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ont donc leur adresse et peuvent décider, selon leur potentiel, de l'heure des repas, du lever, du coucher, etc.

Quant à la nouvelle organisation des services de santé, elle a pris assise à l'échelon local. En Scandinavie, les municipalités constituent ce palier et elles exercent depuis longtemps une responsabilité « de population ». Les services « locaux » sont bien intégrés et le médecin de famille y joue un rôle central. Les services sont hiérarchisés et l'on accède aux services spécialisés par l'intermédiaire des services de première ligne. C'est l'échelon local qui est responsable de la continuité des services. On savait qu'avec le développement des services dans la communauté, la continuité deviendrait – et resterait – un enjeu majeur. Il fallait donc viser l'« intégration » des services.

L'objectif d'intégration des services est à la base des programmes *Program of All-inclusive Care for Elderly* (PACE), aux États-Unis et au Canada¹¹. Le modèle PACE a vu le jour en 1970 à San Francisco. Il s'est développé graduellement dans plusieurs États américains pour atteindre sa pleine maturité au milieu des années 80. En 1986, étape cruciale, le gouvernement américain reconnaissait le programme aux fins de financement public dans le cadre de Medicare.

Les caractéristiques générales du PACE sont les suivantes :

- un financement par capitation (un *per capita* est fixé en fonction des caractéristiques sociosanitaires des personnes à desservir et du nombre de personnes, et le montant global est versé à un prestataire de services). Ce mode de financement est contraignant à la fois pour le prestataire et pour l'utilisateur.
- la responsabilité financière du prestataire. Si le client quitte, le budget « suit le client ».
- la responsabilité clinique du prestataire, et ce, pour l'organisation de l'ensemble des services à chacun de ses « clients ». Le prestataire dispose de toute la latitude nécessaire pour offrir le bon service au bon moment, selon la formule consacrée, c'est-à-dire pour organiser le meilleur arrangement possible des services, en fonction des besoins de chaque personne desservie. (Dans les faits, les programmes PACE offrent une large gamme de services, pour des raisons d'efficacité.)

Au Québec, le projet *Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie* (SIPA), à Montréal, peut être considéré comme une adaptation du PACE ainsi que les projets *Programme de recherche sur l'intégration de services de maintien de l'autonomie* (PRISMA), dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec (territoire des Bois-Francs), de l'Estrie et de la Montérégie. En Alberta, le programme *Comprehensive Home Option of Integrated Care* (CHOICE) représente une autre variante du PACE.

11. BRUNELLE, Yvon. *L'assistance santé de longue durée : enseignement de trois systèmes à « succès différents »*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, septembre 2004.

Récemment, l'Allemagne a entrepris une réforme de ses services de longue durée¹². L'approche cette fois est différente. Il faut dire qu'en Allemagne, le système est fondé sur la perspective assurancielle (système du type Bismark¹³). Au milieu des années 90, la dépendance est devenue un nouveau risque assuré. Une personne dépendante et son ou ses proches aidants ont le choix entre deux formes de soutien : la prestation en nature (des services pour compenser la perte d'autonomie) ou la prestation en espèces (une allocation fixée en fonction du degré de perte d'autonomie). Signalons que les deux formes de prestation valent pour les services d'aide à la personne et aux proches, et non pour les services professionnels. Lorsqu'elle est versée en espèces, l'allocation correspond à la moitié du montant qu'il en coûterait si on offrait les services. Or, en pratique, il s'avère que les personnes assurées choisissent en majorité la prestation en espèces ou, encore, une formule mixte. On ne sait pas s'il est possible de transférer intégralement le modèle allemand dans un système comme celui du Québec (du type Beveridge¹⁴), qui repose sur une logique différente, mais l'expérience allemande fournit tout de même un enseignement central : les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches apprécient la flexibilité que leur confère l'autogestion de leurs services.

Au Québec et au Canada, les systèmes restent marqués par deux éléments structurels : l'importance des services institutionnels et le fonctionnement « en silo ». Plusieurs facteurs peuvent certainement expliquer ce fait. L'un des plus importants demeure sans doute le mode d'allocation budgétaire qui a longtemps prévalu. En effet, partout au Canada, l'allocation budgétaire a longtemps été fondée sur les activités des établissements plutôt que sur les caractéristiques de la population à desservir et elle était accompagnée d'enveloppes spéciales en provenance du gouvernement du Québec et du gouvernement fédéral (« alourdissement » de clientèle, équipements médicaux, soins primaires, etc.) Un autre facteur explicatif réside, du moins pour le Québec et l'Ontario, dans la faiblesse de l'échelon local. Au palier local, constitué de divers acteurs indépendants les uns des autres, on n'a jamais eu véritablement les moyens ni les conditions d'organiser efficacement les services pour la population et, surtout, d'assurer la continuité.

Les provinces canadiennes ont adopté diverses stratégies pour aider les personnes âgées en perte d'autonomie : le Manitoba a mis d'abord et avant tout sur le développement des services de soutien à domicile, l'Alberta a plutôt choisi d'investir en priorité dans le logement adapté, l'Ontario a opté pour une solution intermédiaire, le Québec a développé sa gamme de « ressources intermédiaires » et a réinvesti dans ses CHSLD, tout en consacrant des efforts mitigés, relativement à l'ensemble des autres provinces, au soutien à domicile.

Au fil des ans, la recherche a également fait de grands progrès. Par exemple, on se doutait bien que les services de courte durée et les services de longue durée étaient interdépendants. Des études ont maintenant démontré comment les lacunes d'un secteur se répercutent sur l'autre. Ainsi, le manque de mesures de prévention dans les services de santé accélère souvent la perte d'autonomie et augmente les besoins en services de longue durée. D'un autre côté, la faiblesse des services de longue durée se traduit toujours par des coûts importants pour les services de santé (recours à l'urgence, aux services médicaux et à l'hospitalisation). Les effets de ces lacunes ont même été mesurés¹⁵.

Ce bref survol met en évidence quelques idées phares qui devraient orienter l'organisation des services de longue durée. Parmi les principales, retenons :

- l'attribution d'une responsabilité de clientèle, ou de population, à une instance, locale de préférence, qui dispose des moyens et des conditions pour l'exercer;
- la hiérarchisation des services;
- l'accent mis sur le développement des services de soutien à domicile et des services dans la communauté;
- la flexibilité de ces services afin d'être en mesure de les configurer selon les besoins;
- le développement de plusieurs formules de logement adapté avec assistance;
- la pertinence d'établir des liens étroits entre la courte durée et la longue durée.

12. Ibid.

13. Système de protection sociale articulé autour de l'existence de caisses pour chacun des risques sociaux (chômage, maladie, invalidité, vieillesse, dépendance).

14. Système de protection sociale destiné à couvrir toute la population contre les risques sociaux. Il met en œuvre des droits directs appelés « droits universels », reconnus à tous les résidents, uniformes pour tous et financés par l'impôt.

15. Voir, en particulier, Marcus J. Hollander, Final Report on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services (<http://www.homecarestudy.com/reports/>), 2001

2.2 UN NOUVEAU SCÉNARIO D'ADAPTATION

Pour sortir de l'impasse, il faut modifier en profondeur l'offre actuelle des services. De nouveaux investissements sont nécessaires. Parallèlement, il faut aussi, et surtout, infléchir le rythme de croissance de la demande pour de nouvelles places d'hébergement. Ces deux actions permettront ensemble de dégager des sommes importantes qui seront réinjectées pour mieux soutenir les personnes âgées en perte d'autonomie dans leur milieu de vie ainsi que leurs proches aidants. C'est la seule façon de progresser vers l'adaptation et la diversification de l'offre des services.

Pour y arriver, un nouveau scénario est avancé : le nombre de places d'hébergement dans les CHSLD (publics et privés conventionnés), pour les 65 ans et plus, serait maintenu à son niveau actuel, soit environ 36 000. Ces places seraient réservées aux personnes dont les besoins nécessitent absolument ce type d'organisation clinique. Par conséquent, le taux d'hébergement (public et privé conventionné) qui s'établissait à 3,5 % en 2003-2004 diminuerait au fil des ans pour atteindre 3,1 % en 2009-2010 (tableau 7). Pour appliquer un tel scénario, le soutien à domicile et dans la communauté¹⁶ doit être rehaussé, tout particulièrement pour les femmes et les hommes les plus vulnérables et leurs proches.

2.3 LES CONDITIONS CLÉS POUR IMPLANTER UN NOUVEAU SCÉNARIO D'ADAPTATION

L'implantation d'un nouveau scénario ne se résume pas à une opération comptable ou à un simple transfert de ressources. Au moins quatre conditions, énoncées ci-dessous, apparaissent essentielles pour assurer le succès de l'opération.

2.3.1 Préciser l'offre des services et les responsabilités

Les services requis pour soutenir une personne en perte d'autonomie sont nombreux et diversifiés. Certains permettent de soutenir la personne elle-même et d'autres sont destinés à appuyer les proches aidants. Enfin, d'autres encore visent à adapter l'environnement de l'ainé dans le but de compenser sa perte d'autonomie (aides techniques, équipement, adaptation du logement). Ces services doivent être offerts avec l'intensité requise, c'est-à-dire qu'ils doivent être assez importants pour combler les besoins essentiels, dont le besoin de sécurité.

Ces services ne sont toutefois pas tous offerts par le système de santé et de services sociaux. Celui-ci joue cependant un rôle central dans l'organisation du soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie :

TABEAU 7

Projection du nombre d'âinés recevant des services selon le milieu de vie en 2010-2011, en fonction du scénario proposé

	AÎNÉS RECEVANT DES SERVICES		
	2003-2004	2009-2010	
	Nombre	Nombre	Taux
En CHSLD			
- Publics et privés conventionnés	36 230	36 230	3,1 %
- Privés non conventionnés	2 674	2 674	0,2 %
Dans la communauté	159 386	191 643	16,5 %
Total des aînés recevant des services	198 290	230 547	19,8 %

NOMBRE TOTAL D'AÎNÉS EN 2009-2010: 1 162 850

Source : MSSS. Direction générale des services sociaux, 2005.

16. On entend par soutien dans la communauté, des services plus intensifs dans des résidences collectives, qu'elles soient sans but lucratif ou avec but lucratif, et dans des ressources intermédiaires ou de type familial.

il est responsable de l'évaluation globale des besoins de ces femmes et de ces hommes, il doit offrir les services sociosanitaires requis, qui représentent un élément central du soutien, et il doit organiser les mesures de soutien, et ce, quel que soit le milieu de vie de la personne.

Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* et la Politique de soutien à domicile ont établi la gamme de services à mettre en place dans chaque territoire. Il appartient maintenant aux nouveaux centres de santé et de services sociaux de compléter, le cas échéant, cette gamme de services dans leur territoire et surtout de moduler l'offre des services, à partir de cette gamme, en fonction des caractéristiques de leur population, notamment en fonction du sexe.

2.3.2 Assouplir et harmoniser les mesures et programmes publics destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie

Plusieurs programmes et mesures ont été mis en place au fil des ans, dans divers secteurs, pour répondre à différents besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, pour leur permettre d'exercer le choix de demeurer dans leur communauté, les services qui leur sont accessibles doivent correspondre à leurs besoins et la contribution qui leur est exigée doit être indépendante du lieu de résidence choisi. Ainsi, les limites à ce choix ne seraient plus financières, mais plutôt d'ordre clinique, puisque certains besoins complexes nécessitent un milieu spécifique de soins et de services.

Afin de maximiser la portée de ces programmes et mesures, l'État doit voir à les harmoniser, à les assouplir et à les adapter en fonction des besoins actuels et du principe du libre choix. Ainsi, les intervenants auront plus de latitude sur le terrain pour organiser le soutien requis, quel que soit le milieu de vie ou le milieu de soins. Les éléments suivants sont prioritaires:

- les conditions et les critères d'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements, qui constituent pour les femmes et les hommes âgés ayant une incapacité un apport essentiel au maintien de leur autonomie et de leur bien-être.

- les programmes et les mesures d'aide financière au soutien à domicile qui, rattachés à divers secteurs d'activité et découlant de différents courants de préoccupation, contribuent tous à alléger le fardeau des personnes et des familles aux prises avec la perte d'autonomie (Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique [PEFSAD], allocation directe, crédits d'impôt, etc.).
- les modalités servant à fixer la contribution financière d'une personne hébergée en établissement, en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial, par rapport aux conditions des personnes vivant à domicile, l'objectif étant de s'assurer que le milieu de vie soit neutre quant aux conditions financières.

2.3.3 Établir des normes et standards de qualité dans des secteurs névralgiques

Il est impérieux d'assurer le renouvellement des pratiques, notamment en développant des normes et standards de qualité. Les services à domicile et dans la communauté sont offerts par une variété de personnes. Ces services qu'il est actuellement difficile d'apprécier et d'encadrer. L'adaptation et l'élargissement de la gamme de services au cours des prochaines années, en réponse aux besoins d'un nombre de plus en plus important de personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans la communauté, exigent la création de mécanismes d'appréciation de la qualité qui devraient tenir compte notamment des spécificités selon le sexe. Ces mécanismes constitueront une garantie pour la clientèle et une aide à la prise de décision pour les cliniciens.

De plus, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées, il est important que toutes les interventions du réseau de la santé et des services sociaux soient marquées par le souci de prévenir ou de retarder l'apparition de la perte d'autonomie. Les pratiques devront être fondées sur des données probantes. Certaines problématiques de santé, plus susceptibles d'engendrer la perte d'autonomie, devront être ciblées et faire l'objet d'interventions cliniques reconnues comme efficaces et efficientes.

2.3.4 Appuyer la mise en place de milieux de vie de qualité

Le logement relève du domaine privé. Toute personne peut choisir de demeurer où elle veut, quel que soit son état. Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'exerce aucune responsabilité particulière en matière de logement. Il lui incombe toutefois d'organiser le soutien aux personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur lieu de résidence, en offrant les services de santé, les services sociaux et les services d'aide qui relèvent de son champ et, plus globalement, en établissant les liens nécessaires avec les autres acteurs du milieu concerné. Par ailleurs, il arrive parfois que l'hébergement soit indiqué parce qu'il est impossible de fournir à une personne tous les soins et services dont elle a besoin dans son milieu naturel, principalement pour des motifs cliniques. L'hébergement constitue alors le meilleur arrangement possible pour offrir les soins, comme l'hôpital l'est pour les traitements intenses. Dans ce cas également, le logement reste à la charge de l'usager (contribution des adultes hébergés).

Les modes de logement se sont diversifiés au cours des dernières années, tellement qu'on ne peut plus aujourd'hui maintenir la vieille dichotomie « domicile – centre d'hébergement ». Une panoplie de formules résidentielles, familiales et collectives, s'est développée entre les deux formules. Les initiatives sont venues de partout : organismes publics, établissements publics, entreprises privées, organismes communautaires, coopératives, entreprises d'économie sociale. Le gouvernement doit continuer d'encourager ces initiatives, notamment par ses programmes d'adaptation des logements et d'accès au logement pour les personnes à faible revenu.

De son côté, le système de santé et de services sociaux est appelé à moduler son offre des services et à organiser le soutien en tenant compte des caractéristiques des diverses formes de résidences. Cela exige de la flexibilité. Cette idée est à la base du programme de subventions « Pour un nouveau partenariat au service des aînés » mis en place en 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le programme a permis de stimuler le développement de projets novateurs en matière de soutien résidentiel destiné à des clientèles en grande perte d'autonomie. C'est là une façon pour le MSSS d'appuyer le développement de résidences mieux adaptées aux besoins des personnes âgées.

Enfin, l'amélioration de la qualité doit être une préoccupation constante dans les établissements d'hébergement. Les équipes soignantes, les administrations et toutes les autres instances concernées doivent travailler à l'amélioration de la qualité des soins et du milieu de vie.



LES CHOIX

1. LES FONDEMENTS DE L'ACTION

1.1 LES PRINCIPES DIRECTEURS

Cinq principes constituent les fondements du Plan d'action 2005-2010 :

- le respect de la liberté de la personne de choisir pour elle-même ;
- la volonté ferme de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté ;
- la solidarité à l'égard de la personne proche aidante, à titre de cliente, de partenaire et de citoyenne, et la reconnaissance du caractère volontaire de son engagement, qui résulte d'un choix libre et éclairé¹⁷ ;
- l'information à la population sur le soutien auquel elle est en droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente et respectueuse de ses besoins ;
- une réponse fondée sur les besoins des personnes et une contribution de l'utilisateur indépendante du lieu où il réside, du type de résidence et du prestataire de services.

1.2 DEUX GRANDS OBJECTIFS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuit deux grands objectifs avec ce plan d'action :

- améliorer l'accès aux services et soutenir le développement de formules diversifiées de logement, en vue d'offrir le plus d'options possible aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches ;
- offrir des services appuyés sur des standards de qualité et de pratique, et régulés par le secteur public.

2. L'ACCÈS À DES ARRANGEMENTS DIVERSIFIÉS DE SERVICES ET DE LOGEMENT

Jusqu'à maintenant, les politiques et mesures destinées aux personnes âgées ont gravité essentiellement autour de deux pôles : le soutien à domicile – ce dernier désignant la maison ou l'appartement au sens traditionnel – et l'hébergement public. Le plan d'action prévoit des services et mesures qui permettront d'offrir une variété de solutions aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces services et mesures permettent d'intervenir de trois manières, complémentaires l'une de l'autre : soutenir la personne elle-même, appuyer son entourage, c'est-à-dire ses proches aidants, et agir sur son environnement physique immédiat.

2.1 SOUTENIR LA PERSONNE ET SES PROCHES AIDANTS : UNE OFFRE DE SERVICES CLARIFIÉE ET CONNUE DE LA POPULATION

2.1.1 Les services de prévention

Deux actions de prévention déjà planifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux recevront une attention particulière : l'une à l'égard de l'utilisation des médicaments par les personnes âgées et l'autre à l'égard des problèmes de mauvaise alimentation.

Comme le prévoit le projet de politique du médicament, il y a lieu de maintenir l'accessibilité financière aux médicaments en tenant compte de la capacité de payer des personnes (franchise, coassurance et prime). On compte, en effet, 45 000 personnes âgées qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu garanti. Parmi celles-ci, environ 42 000 se procurent chaque année des médicaments. Jusqu'à

17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Politique de soutien à domicile « Chez soi : Le premier choix », 2003, p. 6 : « L'engagement du proche aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé. Toute personne a la possibilité de réévaluer en tout temps la nature et l'ampleur de son engagement. Cette reconnaissance ne saurait toutefois occulter les obligations normales, usuelles, entre parents et enfants ou entre conjoints, stipulées dans le Code civil. »

présent, ces personnes pouvaient avoir à déboursé jusqu'à 200 \$ par année pour se procurer les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments. Le *Discours sur le budget* du 21 avril 2005 a annoncé la gratuité des médicaments pour les personnes âgées qui reçoivent la prestation maximale du supplément de revenu garanti qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2005. Cette mesure entraînera un coût annuel de 7,1 millions de dollars pour le gouvernement.

D'autres mesures prévues au projet de politique doivent aussi trouver application en vue de favoriser une utilisation optimale des médicaments. Elles touchent les personnes âgées ainsi que les professionnels à leur service et concernent l'information et les outils à mettre à la disposition des professionnels pour favoriser cette utilisation optimale.¹⁸

Dans le domaine de la nutrition, deux actions mises en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont particulièrement bénéfiques pour les personnes âgées et contribuent à prévenir la perte d'autonomie. L'une vise à favoriser la sécurité alimentaire et renforcer le soutien social. Les personnes en situation de pauvreté ont un accès limité à une alimentation saine, suffisante et équilibrée. L'insuffisance de revenu et un faible réseau de soutien social restreignent l'accès à des aliments sains. Les personnes âgées doivent avoir accès aux aliments, pouvoir se rendre aux points de vente et être capables de préparer leurs repas. Actuellement, les directions régionales de santé publique subventionnent près de 250 projets de soutien à la sécurité alimentaire partout au Québec. Ceux-ci permettent non seulement à des personnes à faible revenu d'avoir accès à des aliments sains, mais aussi d'améliorer leurs habiletés de préparation des aliments et de budgétisation ainsi que de se bâtir un réseau social. Un montant de 10 millions de dollars a été investi dans ce secteur au cours des trois dernières années. À l'occasion de l'étude des crédits gouvernementaux en matière de santé et de services sociaux 2005-2006, la récurrence de ce programme a été annoncée par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

La seconde action vise à bâtir des environnements favorables à une alimentation saine. Le milieu de vie exerce une influence majeure sur les habitudes de vie des individus, notamment sur l'alimentation. Le programme national de santé publique prévoit des actions structurantes sur les milieux de vie afin de rendre accessibles et disponibles des aliments sains pour tous. À titre d'exemples, des mesures facilitant le transport à l'épicerie, les repas de groupes pour les personnes âgées et les cuisines intergénérationnelles peuvent s'avérer des moyens prometteurs pour prévenir la malnutrition et promouvoir une bonne alimentation, tout en favorisant le soutien social des personnes âgées.

■ **Implanter des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile¹⁹:**

- mise en place de programmes d'intervention multifactorielle non personnalisée (programme d'exercices de groupe axés sur l'équilibre et la mobilité);
- mise en place d'interventions médicales de type préventif systématisées pour évaluer adéquatement les personnes ayant fait une chute ou à risque (évaluation, recommandations, interventions et références);
- adoption et mise en place d'un mode d'intervention multifactorielle personnalisée, afin d'agir de façon individualisée, systémique et coordonnée auprès des personnes âgées de 65 ans et plus dont l'état de santé ou la présence d'incapacités les exposent à des risques importants de chutes et de blessures.

Responsables	Indicateurs	Échéancier
Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et centre de santé et de services sociaux (CSSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de territoires locaux où sont implantés les services • Nombre de personnes rejointes par ces services 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation amorcée en 2004-2005 • À compter de 2006-2007

18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique du médicament, document de consultation*, 2004.

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, 2004, et le Programme national de santé publique 2003-2012, 2004.

- Dans le cadre de la promotion et du soutien des pratiques cliniques préventives²⁰, rendre disponible aux cliniciens de première ligne un porte-folio pour la détection précoce et le dépistage de l'hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées, ainsi que pour le traitement des femmes et des hommes atteints.

Responsable	Indicateurs	Échéancier
MSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion du porte-folio • Nombre de porte-folios distribués 	Automne 2005

- Soutenir les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dont la mission est orientée vers des activités de prévention, des services de soutien à domicile ou d'intégration sociale pour les personnes âgées en perte d'autonomie afin d'assurer la continuité et l'efficacité des services offerts à cette clientèle.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Budgets additionnels investis	À compter de 2005-2006

- Contre l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées. Pour ce faire :

- s'assurer de la mise en place, dans chaque territoire local, d'une table multisectorielle, visant à contre l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées;
- soutenir le travail des tables locales par la création d'une table interministérielle sous la responsabilité du Secrétariat aux aînés.

Responsable	Indicateurs	Échéancier
MSSS en collaboration avec le Réseau québécois pour contre les abus envers les aînés (RQCAA)	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une table multisectorielle pour chaque territoire local • Plan d'action local adopté • Présence de la table interministérielle 	2006-2007

2.1.2 Les services spécialisés

- Déterminer les services spécialisés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie qui doivent être accessibles dans chaque région, dans les domaines suivants : gériatrie, réadaptation, santé mentale et maladies neurodégénératives. Ces services doivent être prévus pour des interventions ponctuelles ou intensives et inclure un soutien clinique aux équipes interdisciplinaires locales, qui interviennent dans le milieu de vie.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Décision sur l'offre de service	Automne 2006

2.1.3 Les services de longue durée

- Déterminer l'offre des services de longue durée qui doivent être accessibles aux femmes et aux hommes dans chaque territoire de centre de santé et de services sociaux, en tenant compte des besoins spécifiques des communautés autochtones, linguistiques et ethnoculturelles et en accordant une attention particulière aux nouvelles approches à privilégier pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres affections connexes.

Repositionner le rôle du centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en lui attribuant les fonctions suivantes :

- l'hébergement des personnes en perte d'autonomie qui en ont le plus besoin sur le plan clinique et qui acceptent cette solution;
- les soins de fin de vie aux personnes qui y résident et aux personnes de la communauté qui ne peuvent recevoir ces soins à domicile;
- des soins posthospitaliers²¹ dans certaines installations pouvant desservir plusieurs communautés locales.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Décision sur l'offre de service	Juin 2006

20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2004.

21. Soins « posthospitaliers » : le concept de soins posthospitaliers n'est pas encore largement utilisé au Québec, du moins dans l'ensemble des milieux offrant des services aux aînés. Dans le cadre de ce document, on utilisera cette expression dans le sens de « soins subaigus élargis », c'est-à-dire une gamme de programmes et de services requérant un encadrement médical, infirmier et de réadaptation moindre que celui que nécessitent les soins aigus, mais une prestation plus intensive que celle des services réguliers de soutien à domicile. On y inclura des services dispensés en unité interne (ex. : réadaptation fonctionnelle intensive), sur base ambulatoire (ex. : hôpital de jour) ou à domicile (ex. : suivi intensif à domicile). Les deux principaux objectifs de ce type de services sont de faire en sorte que les personnes hospitalisées dans une unité de soins de courte durée puissent en sortir aussitôt que ce type de soins n'est plus requis, et de faire en sorte que les personnes aux prises avec des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles importantes n'aient pas comme seule option le recours aux soins de courte durée en centre hospitalier.

- **Déterminer les critères d'accès aux services et aux soins de longue durée en relation avec les profils de perte d'autonomie des personnes et ainsi assurer le traitement uniforme des demandes, tant pour la mise en priorité que pour l'attribution des services, ainsi que l'établissement des standards d'accès à ces soins et à ces services.** L'objectif visé est de permettre aux personnes de recevoir les services qui leur sont destinés dans des délais et des conditions correspondant à leurs besoins, en tenant compte de leur sexe.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Décision sur les critères et les standards	Juin 2006

- **Augmenter le nombre de personnes recevant des services dans la communauté:** passer de 160 000 personnes bénéficiaires en 2003-2004, à 192 000 en 2009-2010.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Nombre de personnes recevant des services dans la communauté ²²	À compter de 2004-2005

- **Augmenter l'intensité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie pour leur offrir une réponse adaptée à leurs besoins:** passer d'une moyenne de 21,06 interventions par personne en 2003-2004, à 24 interventions en 2009-2010.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Nombre d'interventions par personne	À compter de 2004-2005

- **Compléter la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, incluant les outils informatisés pour soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'échange et d'intégration prévus au plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux²³.**

Responsables	Indicateurs	Échéancier
• CSSS	• Durée de séjour à l'unité d'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus • Nombre de visites à l'unité d'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus • Nombre de lits de courte durée occupés par des personnes en attente d'une place en CHSLD	2010
• MSSS	• Degré de réalisation du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux	2010

2.1.4 Des soins palliatifs de fin de vie

- **Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes recevant des services à domicile, de même que l'intensité des services et le nombre de lits destinés à cette fin.²⁴**

Responsables	Indicateurs	Échéancier
MSSS et CSSS	• Nombre de personnes recevant des services à domicile • Nombre moyen d'interventions à domicile par personne • Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs par type d'endroit de prestation	À compter de 2004-2005

22. Pour le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement ».

23. À titre d'exemple, conformément aux Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001), plusieurs régions, dont celles de la Mauricie et du Centre-du-Québec (territoire des Bois-Francs), de l'Estrie et de la Montérégie, ont mis en place des réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Un projet expérimental de services intégrés pour les personnes âgées (SIPA) a aussi été réalisé dans la région de Montréal.

24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2005-2010*, 2005.

2.1.5 Du soutien pour les proches aidants

■ Des services directs qui s'adressent aux proches aidants

Clarifier l'offre de service qui s'adresse aux proches aidants, selon les besoins évalués, incluant les besoins spécifiques des proches aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée. Ces services concernent l'information, la formation, le répit, le dépannage, le soutien psychosocial, l'entraide et la présence-surveillance²⁵.

Responsables	Indicateur	Échéancier
MSSS CSSS	Offre de service connue dans l'ensemble des territoires locaux	Juin 2006

■ Un soutien pour l'obtention de services d'aide

Examiner la possibilité de soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches aidants pour l'obtention de services d'aide à domicile²⁶ selon des modalités basées sur le degré d'incapacité de la personne et sur l'exercice du choix du type de services et du dispensateur. Qu'à cette fin, les différents programmes d'aide à domicile et les modalités actuelles d'accès soient réexaminés ou pris en considération (crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée, programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique [PEFSAD], allocation directe, prestation directe des services du CSSS, mission CLSC).

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS Création d'un groupe de travail interministériel (MSSS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MESS], ministère des Finances, ministère du Revenu, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine [MFAFC], co-présidé par le MSSS et le ministère des Finances	Décision sur les nouvelles modalités	Le groupe de travail devrait remettre un rapport d'étape en mars 2006 et un rapport final en décembre 2006 pour permettre la prise en compte de ses recommandations pour l'année budgétaire 2007-2008.

■ **L'harmonisation et la simplification des modalités de contribution financière des usagers, quels que soient les milieux de vie ou les milieux de soins, soit: les régimes de contribution des personnes hébergées ou résidant en ressource intermédiaire ou en résidence d'accueil et les paramètres de prise en considération de la situation financière des personnes vivant à domicile et de leur famille, dans une perspective d'équité et de neutralité.**

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS en collaboration avec le MESS, le MFAFC et la Régie de l'assurance maladie du Québec	Modification de la réglementation en vigueur	Avril 2007

■ Un soutien technique désormais plus accessible aux personnes aînées en perte d'autonomie

Élargir l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements²⁷ et autres « besoins spéciaux » aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement, qui sont actuellement exclues, et ce, aux mêmes conditions que les autres clientèles, en tenant compte de leur sexe.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Nombre de personnes âgées bénéficiant des programmes	À compter de 2005-2006

25. Pour une définition précise de ces services, se référer à : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de soutien à domicile « Chez soi: Le premier choix »*, 2003.

26. Les services d'aide à domicile incluent les services d'assistance personnelle et d'aide domestique, les activités de soutien civique, les services de popote et d'accompagnement, les visites d'amitié, l'assistance à l'apprentissage et l'appui aux tâches familiales. Pour une définition de ces services, se référer à : ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de soutien à domicile, « Chez soi: Le premier choix »*, 2003.

27. Les programmes concernés couvrent les aides à l'élimination, les chaussures orthétiques, l'oxygénothérapie, les aides techniques AVQ-AVD, l'alimentation entérale et les aides à la communication.

2.2 AGIR SUR L'ENVIRONNEMENT: DES LOGEMENTS DIVERSIFIÉS ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES PERSONNES ÂÎNÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

2.2.1 Poursuivre le déploiement de formules résidentielles adaptées à des caractéristiques locales variées ainsi qu'à des clientèles spécifiques, comme les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres affections apparentées²⁸, dans la foulée des projets novateurs.

Responsable	Indicateur	Échéancier
CSSS	Nombre de places accessibles par territoire local	À compter de 2005-2006

2.2.2 Consolider le Programme d'adaptation de domicile (PAD) permettant de réaliser, le plus rapidement possible, l'adaptation du domicile des personnes âgées en perte d'autonomie afin d'assurer leur maintien ou leur retour dans un domicile adapté à leurs besoins spécifiques, évitant ainsi le recours à un milieu de vie substitut.

Responsable	Indicateur	Échéancier
Société d'habitation du Québec (SHQ) avec la collaboration du MSSS, les autorités des deux instances étant en accord sur l'orientation	Nombre de logements adaptés	Le MSSS et la SHQ doivent poursuivre les discussions en vue d'établir des cibles de progression

2.2.3 Augmenter l'accès au logement en vertu du programme AccèsLogis Québec, ainsi que le nombre de subventions « supplément au loyer » disponibles pour les aînés.

Responsable	Indicateur	Échéancier
SHQ avec la collaboration du MSSS, les autorités des deux instances étant en accord sur l'orientation	Nombre de logements construits ou rénovés	Le MSSS et la SHQ doivent poursuivre les discussions en vue d'établir des cibles de progression

2.2.4 Élaborer un Cadre de gestion sur le soutien communautaire dans le logement social avec la Société d'habitation du Québec.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS avec la SHQ	Adoption du cadre de gestion	Automne 2005

3. DES SERVICES ET DES MILIEUX DE VIE QUI RÉPONDENT À DE HAUTS STANDARDS DE QUALITÉ

La qualité est une donnée essentielle dans les services de santé et les services sociaux. Elle le sera sans doute encore davantage avec le développement des services dans la communauté et prendra diverses formes. L'amélioration continue de la qualité doit être un objectif quotidien pour tous les acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et auprès de leurs proches.

28. Dans le cadre du programme « Pour un nouveau partenariat au service des aînés », Ministère de la Santé et des Services sociaux, document administratif, 2003.

3.1 POUR DES SERVICES DE QUALITÉ

3.1.1 Agir précocement, selon des standards de pratique reconnus pour réduire la dépendance, auprès des personnes âgées dont la condition de santé requiert des soins aigus.

- **Définir un protocole de repérage de la perte d'autonomie ou du risque de perte d'autonomie, qui tient compte des spécificités selon le sexe, à être utilisé par les centres hospitaliers à l'urgence ainsi qu'à l'admission afin que les médecins et les autres professionnels de la santé adaptent toutes leurs interventions ultérieures au profil de besoins de la personne.**

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Nombre de centres hospitaliers utilisant un protocole de repérage	Décembre 2005

- **Définir des standards de pratique médicale et hospitalière reconnus, qui tiennent compte des spécificités liées au sexe, (durée de séjour appropriée, médication, réadaptation précoce, anticipation systématique des étapes ultérieures) lors d'un épisode de soins aigus.**

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Standards de pratique définis	Avril 2007

- **Définir des standards de pratique reconnus pour les milieux traitant les personnes âgées victimes de chutes et de fractures et celles victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).** Ces standards visent la prise en charge immédiate, la récupération dès la première journée et la réadaptation précoce dès la deuxième journée, la durée de séjour, la médication, la réadaptation fonctionnelle intensive et le soutien à l'intégration.

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Décision sur le protocole et les standards	D'ici 2007

3.1.2 Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques) à l'endroit des femmes et des hommes âgés hébergés dans les CHSLD par l'application des mécanismes prévus dans les orientations ministérielles²⁹ et le plan d'action³⁰.

Responsable	Indicateurs	Échéancier
MSSS	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilité d'une information standardisée pour établir le taux de contention par installation de CHSLD• Taux de contention par installation de CHSLD	Mars 2007

3.1.3 Mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée à domicile et dans la communauté pour ce qui est des services communs aux femmes et aux hommes et de ceux qui leur sont spécifiques.

Responsable	Indicateurs	Échéancier
MSSS	<ul style="list-style-type: none">• Implantation du programme• Diffusion des standards de qualité	Mars 2007

3.1.4 Amorcer un programme de formation, qui intègre les spécificités des femmes et des hommes âgés, destiné aux membres de conseils d'administration, aux directeurs généraux, au personnel d'encadrement, au personnel travaillant dans les établissements ayant une mission de CHSLD, ainsi qu'au personnel des équipes de soutien à domicile, et assurer le suivi de la mise en œuvre.

Responsable	Indicateurs	Échéancier
MSSS	<ul style="list-style-type: none">• Production du programme• Diffusion dans le réseau• Heures de formation par groupe cible	<ul style="list-style-type: none">• Bilan annuel 2005-2006• Bilan annuel 2006-2007

29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action: Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*, 2002, p. 10 et 19.

3.1.5 Diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers
et prévoir une campagne d'information et de sensibilisation auprès des femmes et des hommes siégeant à ces comités.

Responsable	Indicateurs	Échéancier
MSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Publication du cadre de référence • Tenue de la campagne de sensibilisation • Évaluation de l'implantation dans le bilan annuel des visites d'appréciation de la qualité 	Printemps 2006

3.2 POUR DES MILIEUX DE VIE DE QUALITÉ

3.2.1 Visiter les installations de CHSLD
(à un rythme de 10 % par année), dans le cadre du processus permanent de visites d'appréciation de la qualité dans les CHSLD et dans les autres milieux de vie substitués, dont les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil. Assurer le suivi des recommandations des rapports de visite et produire un bilan annuel.

Responsables	Indicateurs	Échéancier
MSSS et ASSS pour les visites, établissements concernés pour les correctifs à apporter à la suite des visites	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'installations visitées • Nombre d'installations ayant déposé un plan de correctifs • Nombre d'installations ayant déposé un bilan des correctifs • Nombre d'installations ayant obtenu une note supérieure à 70 % 	Visites reprises depuis la mi-novembre 2004

3.2.2 Mettre en place un processus de certification de conformité
à des critères sociosanitaires pour les résidences privées pour personnes âgées³¹.

Responsables	Indicateur	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> • MSSS pour la définition des critères sociosanitaires • ASSS pour la mise en place des processus de certification 	Nombre de résidences certifiées par rapport au nombre total de résidences inscrites au registre des résidences pour personnes âgées	Sous réserve de l'adoption de la modification à la LSSSS, le processus de certification débiterait après l'adoption du règlement, lequel suivrait dans un délai d'environ six mois la sanction de la LSSSS

3.2.3 Déposer un plan global d'intervention immobilière
dans un horizon de cinq ans, après avoir reçu les recommandations des agences de santé et des services sociaux à cet effet.

La situation est présentement inégale entre les régions en ce qui concerne les lits d'hébergement et de soins de longue durée. Aussi, à partir de l'analyse réalisée en collaboration avec le centre de santé et de services sociaux de chaque territoire local et selon l'évaluation de la région, de nouvelles places de CHSLD pourront s'ajouter. Dans ces cas, le partenariat public-privé sera considéré en prenant en compte les avantages et les inconvénients de la formule.

Par ailleurs, ce plan global considérera les éléments suivants :

- l'élimination des chambres de trois lits et plus et la relocalisation conséquente de places ;
- la relocalisation des personnes actuellement hébergées dans les unités de soins de longue durée des grands centres hospitaliers offrant des soins spécialisés et surspécialisés.

Enfin, ce plan permettra d'estimer, à partir des plans régionaux, le nombre de places à réaménager en vue de mieux répondre aux besoins des personnes hébergées.

31. Selon leur définition à l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Responsables	Indicateur	Échéancier
MSSS et ASSS	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt du plan global d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Décembre 2005, transmission du mémoire au Secrétariat du Conseil du trésor (plan d'immobilisations) • Décembre 2005, plan régional des ressources d'hébergement tenant compte des projets cliniques

4. LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT

Les activités de recherche et d'enseignement doivent appuyer le développement des services dans la communauté et, globalement, tous les aspects des interventions auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans cette optique, il est impérieux au Québec de réunir les efforts et d'améliorer le transfert des connaissances.

4.1 LA COMPLÉMENTARITÉ

4.1.1 Assurer la complémentarité des activités d'enseignement et de recherche des établissements universitaires œuvrant en gérontologie et en gériatrie, en collaboration avec les universités

Responsable	Indicateur	Échéancier
MSSS	Sera établi à partir des recommandations du Comité sur l'organisation universitaire des services sociaux (Direction générale des services sociaux du MSSS)	Automne 2005

4.2 LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

4.2.1 Mettre en place les conditions nécessaires pour que les établissements universitaires œuvrant en gérontologie et en gériatrie augmentent leurs activités de recherche touchant les services aux personnes âgées en perte d'autonomie ou qui risquent de le devenir et réalisent des activités permettant le transfert effectif des connaissances aux personnes travaillant auprès des aînés dans le réseau de la santé et des services sociaux

Responsables	Indicateurs	Échéancier
MSSS en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et les universités	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds de recherche octroyés par les organismes subventionnaires • Activités de transfert de connaissances pour chaque établissement 	À compter de l'automne 2005



LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI

Le Plan d'action 2005-2010 s'inscrit dans les changements en cours, qui ont mené à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Rappelons ici que le CSSS est responsable d'organiser les services pour la population de son territoire. Pour exercer cette responsabilité, il doit offrir des services de première ligne et nouer les ententes requises avec les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques réseau et les autres médecins du territoire, avec les organismes communautaires et bénévoles du milieu, ainsi qu'avec les dispensateurs des services spécialisés. La réforme repose également sur la hiérarchisation des services (première ligne, spécialisés, surspécialisés). Le CSSS est responsable non seulement de l'accueil de l'utilisateur en première ligne, mais également de son cheminement au sein du système, le cas échéant. Cette responsabilité devrait permettre d'améliorer l'accès aux services, de même que leur continuité.

Le Plan d'action 2005-2010 constitue un outil pour mieux soutenir le réseau dans la planification et l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il fera l'objet d'un suivi rigoureux. Les objectifs visés sont ambitieux. Ils s'appuient sur les gains qui ont été réalisés au cours des dernières années. En effet, il y a dix ans, une projection strictement mécanique des indicateurs de besoins aurait alors justifié une augmentation de près du tiers des places d'hébergement. Or, le développement des services de soutien à domicile et des services dans la communauté a permis de réduire puis de stabiliser cette demande et, surtout, de mieux répondre aux besoins des personnes âgées dans la communauté.

Aujourd'hui, un pas supplémentaire doit être fait, mais la marge de manœuvre est moins grande qu'il y a dix ans. Aussi, c'est à l'expérience seulement que l'on pourra savoir exactement si le nouvel équilibre proposé dans la composition des services est adéquat et s'il répond aux attentes des personnes. C'est donc en région que des adaptations spécifiques devront être proposées pour réaliser le plan d'action. Dans l'immédiat, chaque région devra signaler au ministère les mesures de transition qui lui permettront d'actualiser sa proposition.

Le suivi du Plan d'action 2005-2010 doit reposer sur des données fiables et une solide information de gestion. Tous les intervenants, à tous les niveaux – local, régional, national – seront responsables des résultats atteints. Le gouvernement suivra de très près la mise en application du plan d'action, notamment par le rapport annuel du MSSS qui fera état de son degré de réalisation. Ce bilan prendra appui entre autres sur les mécanismes de reddition de comptes découlant des ententes de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences de la santé et des services sociaux ainsi qu'entre les agences et les établissements.



CONCLUSION

On note deux attitudes répandues par rapport au vieillissement démographique accéléré que le Québec s'apprête à connaître. D'un côté, les pessimistes se disent que le décompte est commencé avant que le Québec ne « sombre » inexorablement dans un avenir gris. De l'autre, il y a ceux qui font preuve d'angélisme se disant qu'il suffit d'attendre, sans rien changer, que les choses se placeront sûrement d'elles-mêmes et que l'avenir sera toujours radieux. La pensée magique, quoi !

Le Plan d'action 2005-2010 opte plutôt pour le pragmatisme. Mais le pragmatisme est exigeant parce qu'il commande des actions. Dans le cas présent, c'est même d'un changement de cap qu'il s'agit. La démarche demandera de la flexibilité, de l'imagination mais aussi de la rigueur, et ce, de la part de tous les partenaires. Elle entraînera de nécessaires remises en question, des négociations, des compromis. Telle est l'ampleur du défi que pose le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés.



BIBLIOGRAPHIE

ATTIAS-DONFUT, Claudine. *Nouvelle génération de grands parents et mutations familiales*, 1999, 22 p.

BRUNELLE Yvon, *L'assurance santé de longue durée: Enseignement de trois systèmes à « succès différents »*, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004, 29 p.

CLÉMENT, Serge, et Jean-Pierre LAVOIE. *L'aide aux personnes âgées fragilisées en France et au Québec: le degré d'implication des familles*, 2001, 101 p.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE (CCNTA). *Vignettes sur le vieillissement: la démence au Canada*, n° 34-50, 1996, 19 p.

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Vieillesse et santé fragile – Un choc pour la famille ?*, 2004, 91 p.

CONSEIL DES AÎNÉS. *La réalité des aînés québécois*, 2001, 199 p.

GAUTHIER, Hervé, et al. *Vie des générations et personnes âgées: aujourd'hui et demain*, vol. 1, fig. 18, 2004, p.62.

HOLLANDER, Marcus J. *Final Report on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services*, 2001, 237 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*, [En ligne]: http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_poplt/pers2001-2051/index.htm, (page consultée le 7 juin 2005)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Efficience hospitalière, fichiers MED-ÉCHO*, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2001, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*, 2002, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action: Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*, 2002, 20 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2005-2010*, 2005, 45 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de soutien à domicile « Chez soi: le premier choix »*, 2003, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique du médicament, document de consultation*, 2004, 70 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* », 2004, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2004, 142 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour un nouveau partenariat au service des aînés: Projets novateurs*, 2003, 9 p.

ROCHON, Madeleine. « *Vieillesse démographique et dépenses de santé et de soins de longue durée au Québec, 1981-2051* ». *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, 2002, p. 155-171.

SAUCIER, Alain, et Pierre LAFONTAINE. « *Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise* » In *Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités: chapitre 2*, 1998, p. 73-87.

SECRETARIAT AUX AÎNÉS. *Le Québec et ses aînés: engagés dans l'action. Engagements et perspectives 2001-2004*, 2001, 59 p.



L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Recherche, analyse et rédaction

Monsieur Hervé Anctil, conseiller en planification de la santé

Madame Marie-Blanche Rémillard, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Madame Johanne Villeneuve, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Collaboration à la recherche et à l'analyse

Monsieur Yvon Brunelle, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire

Madame Patricia Caris, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information

Monsieur Normand Lefebvre, Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement

Madame Madeleine Rochon, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information

Les membres de l'équipe de professionnelles et de professionnels de la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Coordination des travaux, consultation et production du document

Madame Francine Alarie, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Monsieur Jean-Yves Simard, directeur, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Groupe conseil

Monsieur Mario Alberton, consultant

Madame Patricia Caris, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information

Monsieur Normand Lefebvre, Direction générale de la coordination du financement et de l'équipement
Madame Gyslaine Samson-Saulnier, Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement

Monsieur Jean-Yves Simard, directeur, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Madame Lysette Trahan, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information

Révision linguistique

Madame Sabine Anctil

Secrétariat

Madame Julie Cameron, Direction générale des services sociaux

Madame Bianca Perri, Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Soutien à la recherche documentaire

Madame Annie Racicot, Service des ressources documentaires

Graphisme

Idéation



LISTE DES ACRONYMES

<u>ASSS</u>	Agence de la santé et des services sociaux
<u>AVQ</u>	Activités de la vie quotidienne
<u>AVD</u>	Activités de vie de la vie domestique
<u>CHSLD</u>	Centre d'hébergement de soins de longue durée
<u>CSSS</u>	Centre de santé et de services sociaux
<u>GMF</u>	Groupe de médecine de famille
<u>HLM</u>	Habitation à loyer modique
<u>LSSSS</u>	Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4-2)
<u>MESS</u>	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
<u>MFACF</u>	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
<u>MSSS</u>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<u>OBNL</u>	Organisme à but non lucratif
<u>PACE</u>	Program of All-inclusive Care for Elderly (Canada et États-Unis)
<u>PEFSAD</u>	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
<u>PRISMA</u>	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
<u>RA</u>	Résidence d'accueil
<u>RAMQ</u>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<u>RI</u>	Ressource intermédiaire
<u>RQCAA</u>	Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés
<u>RTF</u>	Ressource de type familial
<u>SHQ</u>	Société d'habitation du Québec
<u>SIPA</u>	Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie

