

19

Collection  
ÉTUDES ET ANALYSES

**UNE ÉVALUATION DE LA  
PRESTATION DE SERVICES  
DANS LES CLSC ET LES  
CENTRES HOSPITALIERS**

**POUR DES SERVICES DE QUALITÉ  
AUX PERSONNES AGÉES  
EN PERTE D'AUTONOMIE**

WT  
30  
T734  
1993

PLANIFICATION-ÉVALUATION SANTÉ SERVICES SOCIAUX

Québec 



**19**

**Collection  
ÉTUDES ET ANALYSES**

Institut national de santé publique du Québec  
4885, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

**UNE ÉVALUATION DE LA  
PRESTATION DE SERVICES  
DANS LES CLSC ET LES  
CENTRES HOSPITALIERS**

**POUR DES SERVICES DE QUALITÉ  
AUX PERSONNES AGÉES  
EN PERTE D'AUTONOMIE**

Lysette Trahan, Lucie Bélanger  
en collaboration avec Mario Bolduc

Novembre 1993



Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction générale de la planification et de l'évaluation

Ce document ainsi que le devis de l'étude  
sont disponibles à la Direction générale  
de la planification et de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 3e étage  
Québec (Qc)  
Téléphone: (418) 643-6583

DÉPÔT LÉGAL - 1<sup>er</sup> trimestre 1994  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
ISBN : 2-550-28645-6

# RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

Nous avons collectivement pris conscience qu'un défi majeur des années à venir est de répondre de façon efficace et efficiente aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour contribuer à l'atteinte de cet objectif et en lien avec diverses actions du ministère de la Santé et des Services sociaux et du réseau sociosanitaire, la Direction de l'évaluation poursuit depuis quelques années un programme d'évaluation dans ce secteur.

La présente étude porte sur la prestation de services dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers, principales portes d'entrée dans le réseau sociosanitaire. Elle cherche à connaître les expériences positives et les problèmes vécus par la clientèle, à vérifier dans quelle mesure les éléments du processus reconnus par la littérature pour produire des résultats positifs sont présents ou non et à mettre en lumière les facteurs structuraux expliquant cette situation. De plus, cette étude propose des voies d'action prioritaires pour améliorer le processus de prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Il s'agit d'une étude de nature essentiellement qualitative. Près de deux cent cinquante intervenantes et intervenants de dix C.L.S.C., de dix centres hospitaliers, de sept régies régionales et de trois centres de services sociaux de Montréal et près de cent vingt personnes âgées et des membres de leurs familles ont été rencontrés. Diverses méthodes ont servi à la cueillette de l'information.

L'étude s'est intéressée à la clientèle des personnes âgées de 60 ans et plus ayant des incapacités permanentes ou étant aux prises avec des pathologies susceptibles de compromettre leur maintien à domicile.

Le présent résumé ne rapporte que les grandes lignes des résultats de l'étude et malheureusement laisse tomber les nuances, souvent importantes puisque la réalité est fort complexe et ne se dessine pas en noir et blanc. Ajoutons que les situations varient aussi beaucoup selon les milieux. Nous invitons donc les lectrices et les lecteurs à prendre connaissance du rapport complet de l'étude.

## LES CONSTATS MAJEURS SUR LE PROCESSUS DE PRESTATION DE SERVICES TEL QUE VÉCU PAR LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS PROCHES

Un élément important de satisfaction et trois problèmes se dégagent des entrevues avec les personnes âgées et leurs proches et des entrevues avec les intervenantes et les intervenants.

### *Une satisfaction élevée de la compétence et des qualités humaines du personnel*

Une forte majorité de la clientèle **insiste sur la compétence et surtout sur les qualités humaines du personnel**: respect, disponibilité, dévouement, écoute, politesse, courtoisie. Il faut ajouter que les intervenantes et les intervenants partagent cette perception. Sans doute cet élément explique-t-il largement que la clientèle soit globalement satisfaite des services reçus en dépit des nombreux problèmes identifiés.

Il y a malheureusement des ombres au tableau. Une minorité non négligeable de personnes signalent avec émotion des attitudes et des comportements blessants, irrespectueux, durs et méprisants à leur égard, surtout de la part d'intervenantes et d'intervenants en centres hospitaliers.

### *Une réponse souvent insuffisante et inadaptée aux besoins de la clientèle à domicile*

Nombre de personnes ne reçoivent pas une aide suffisante, n'obtiennent pas des services adaptés aux besoins perçus ou encore subissent de longues attentes avant d'obtenir des services. Ces problèmes se manifestent surtout dans la réponse aux besoins de base: **le gardiennage, les tâches domestiques (principalement l'entretien ménager) et les soins personnels**. Une partie de la clientèle accepte mal de payer pour ces services quand ils ne sont pas dispensés par les C.L.S.C. et considèrent leur coût élevé.

Les aidantes et les aidants de personnes **ayant des problèmes cognitifs et des problèmes de comportement** vivent des situations pénibles. Plusieurs se disent épuisés.

**Tous ces problèmes entraînent des conséquences évidentes: prolongations de convalescence ou longs séjours dans des hôpitaux de courte durée en attente d'hébergement et orientation vers l'hébergement de personnes âgées ayant des incapacités relativement légères et ce à l'encontre de leurs désirs.**

Dans certains cas, l'absence de services à domicile est à la source du problème puisque des personnes ayant des limitations fonctionnelles très importantes peuvent demeurer à domicile quand des services d'aide à la mesure de leurs besoins sont accordés. Dans d'autres cas, c'est la pénurie de places en établissement d'hébergement public qui est en cause.

**Les longs délais pour obtenir des aides techniques et des équipements** (appareils respiratoires, pansements, etc.) et **le coût élevé des appareils non couverts** sont des lacunes dans la réponse

aux besoins. On perçoit aussi un problème d'équité puisque la clientèle hébergée a plus facilement accès à ces aides et à ces équipements. On constate enfin des **problèmes d'accès au transport adapté ou tout simplement d'adaptation des moyens de transport** aux besoins de cette clientèle.

*En centres hospitaliers, des services souvent peu adaptés aux besoins*

Certains aspects de la prestation de services auxquels le personnel n'attache pas toujours d'importance nuisent à la qualité de vie de la clientèle hospitalisée, particulièrement en dehors des unités gériatriques. C'est le cas lorsque l'aide ne convient pas au rythme de la personne et à ses incapacités (de s'alimenter seul, par exemple), insuffisante ou trop tardive (pour se rendre à la salle de toilette), ou lorsque les équipements sont inadaptés (lit trop haut, salle de bain inaccessible, etc.).

Une partie de la clientèle déplore aussi les difficultés de communication avec les médecins et perçoit un manque d'intérêt, plus particulièrement chez les médecins spécialistes. Des personnes âgées et leurs proches se disent peu et mal informés des démarches qui les concernent, de la nature et de l'utilité des interventions ou de la médication. Enfin, des participantes et des participants à l'étude déplorent que des personnes en attente d'hébergement restent trop longtemps inactives, sans traitement ni stimulation, au risque de régressions importantes de leurs capacités.

Par ailleurs, bon nombre de personnes âgées et leurs proches ne se sentent pas nécessairement les bienvenus dans les centres hospitaliers (accueil peu empressé à l'urgence, pressions pour des congés que l'on juge trop hâtifs, références non souhaitées vers d'autres centres hospitaliers, vers des centres d'hébergement ou vers des résidences privées n'offrant pas nécessairement des services adaptés à leurs besoins).

**La création d'unités gériatriques dans les hôpitaux a apporté des améliorations très significatives sur plusieurs plans. Elles ne reçoivent malheureusement qu'une faible partie de la clientèle potentielle et leur influence sur les autres départements hospitaliers est souvent insuffisante.**

*Un sentiment d'exclusion du processus décisionnel chez la clientèle*

**Sauf dans certaines unités de courte durée gériatriques, il est très rare que la clientèle participe activement aux décisions qui la concernent directement.** Elle a peu de pouvoir sur la nature et la quantité de services offerts, sur le mode de prestation de ces services ou encore sur l'orientation vers l'une ou l'autre ressource.

Des clientes et des clients expriment d'ailleurs leur désaccord en ce qui regarde des décisions d'hébergement ou ressentent fortement les pressions en ce sens de la part des intervenantes et des intervenants, particulièrement dans les centres hospitaliers mais aussi dans certains C.L.S.C. D'autres se plaignent que l'on surestime leurs capacités et, qu'en conséquence, on ne leur accorde pas les services dont ils ont besoin.

## DES FACTEURS EXPLICATIFS LIÉS AU PROCESSUS DE PRESTATION DE SERVICES

Les dimensions du processus de prestation de services retenues ici sont l'évaluation, la prise de décision, la collaboration et les pratiques.

### *Plusieurs lacunes en ce qui a trait à l'évaluation et à la prise de décision*

Par rapport aux caractéristiques d'un processus optimal de prestation de services identifiées dans la littérature, force est de constater plusieurs lacunes en ce qui a trait à l'évaluation et à la prise de décision. Toutefois, là comme ailleurs, il y a d'importantes variations selon les milieux.

A plusieurs endroits, les intervenantes et les intervenants **n'utilisent pas d'outils d'évaluation standardisés** sauf pour l'orientation vers l'hébergement. Le type d'évaluation est souvent lié à la formation des professionnels qui la font.

Par ailleurs, si on peut observer que l'utilisation d'une grille d'évaluation unique favorise le travail d'équipe dans les C.L.S.C., on doit également noter que l'absence d'une telle grille n'empêche pas que le travail d'équipe soit la règle dans les unités de courte durée gériatriques. Il reste que la diversité des modes d'évaluation dans les établissements risque d'entraîner un dédoublement des évaluations.

Malgré le discours qui valorise cette approche, le travail en équipe interdisciplinaire est loin d'être la règle pour l'évaluation des services requis. La majorité des C.L.S.C. **n'ont pas de procédures systématiques à cet effet**. Sauf pour des cas exceptionnels, les intervenantes et les intervenants agissent souvent seuls, même pour formuler une demande d'hébergement. Lorsqu'il y a travail d'équipe, **les auxiliaires familiales et les médecins sont rarement présents**. **La clientèle est une autre grande absente du processus décisionnel**.

En milieu hospitalier, le pouvoir décisionnel est le plus souvent réservé exclusivement aux médecins sauf dans la grande majorité des unités gériatriques visitées où le travail d'équipe est une réalité quotidienne.

Enfin, même si l'utilisation de **plans de services** est reconnue dans la littérature comme une caractéristique d'un processus efficace, c'est une pratique plutôt rare. Des participantes et des participants à l'étude la considèrent trop onéreuse compte tenu du temps qu'on doit y consacrer. Il faut ajouter que la définition d'un plan de services est loin d'être uniforme et qu'elle se confond souvent avec un plan d'intervention ou avec un plan de soins.

### *Les hauts et les bas de la collaboration entre les établissements*

Les mécanismes de communication et de références entre les centres hospitaliers et les C.L.S.C. sont déficients à plusieurs égards. Presque tous les établissements font état de l'absence des mécanismes pour l'évaluation et le suivi d'une clientèle commune ou de leur faiblesse. Des

C.L.S.C. reprochent entre autres aux centres hospitaliers le peu de renseignements transmis et le fait que la planification des congés se fasse à la dernière minute. Des centres hospitaliers reprochent aux C.L.S.C. la difficulté d'obtenir des services en fin de semaine, leur tendance à refaire des évaluations et à contester les plans de soutien à domicile établis par les centres hospitaliers.

On estime que la présence d'une agente ou d'un agent de liaison, responsable des liens du centre hospitalier avec les ressources extérieures est un facteur facilitant une meilleure connaissance des services des C.L.S.C. et une meilleure collaboration.

Pour améliorer la compréhension mutuelle des contraintes de chacun et pallier celles-ci, plusieurs participantes et participants à l'étude favoriseraient des réunions d'information, des échanges de personnel entre les C.L.S.C. et les centres hospitaliers et la présence d'un comité conjoint pour l'évaluation et la planification des congés. Ce dernier mécanisme est d'ailleurs expérimenté avec succès à un endroit.

Signalons enfin que les relations entre les établissements (centres hospitaliers et C.L.S.C.) et les médecins traitants n'ont pas soulevé tellement de commentaires et sembleraient plutôt ténues.

### *Des pratiques qui suscitent des interrogations*

Des pratiques adoptées par des établissements ou par des intervenantes et des intervenants risquent d'avoir des conséquences négatives pour la clientèle. Nous en donnons ici quelques exemples.

Devant l'absence de balise et la pénurie de ressources, **des C.L.S.C. adoptent une pratique souvent qualifiée de «dilution» des services** (offrir moins de services que ce dont les personnes ont réellement besoin pour desservir une clientèle plus nombreuse), **offrent des services à court terme seulement** ou encore **excluent d'emblée certains services, le gardiennage par exemple**. Y voyant une façon de réduire les listes d'attente, les gestionnaires favorisent davantage ces pratiques que les intervenantes et les intervenants. C'est d'ailleurs en partie pour les mêmes raisons que les C.L.S.C. font parfois appel à des agences privées ou qu'ils ont recours à l'allocation directe, et cela sans offrir vraiment un choix à la clientèle.

Des intervenantes et des intervenants remettent en question la **pertinence des suivis de santé** par le personnel infirmier, surtout lorsque la clientèle reçoit déjà des services d'auxiliaires.

Dans presque tous les hôpitaux, on note une **faiblesse du dépistage** de la clientèle en perte d'autonomie ou à risque à l'urgence et dans les unités de soins aigus.

On déplore l'**absence d'approche globale dans la plupart des départements des centres hospitaliers**. Centré sur la maladie, on s'y préoccupe peu du potentiel de réadaptation et même du maintien des acquis de la clientèle âgée hospitalisée. Notons par contre que les unités de courte durée gériatriques et plusieurs unités de soins de longue durée ont adopté une telle approche, que

la clientèle y est généralement satisfaite des services reçus et que le personnel est fier du travail accompli.

Les C.L.S.C. et les départements hospitaliers autres que gériatriques ont trop souvent tendance à **négliger les aspects psychosociaux et les aspects liés à l'environnement** dans l'intervention auprès de la clientèle, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes ayant des problèmes cognitifs.

La réponse aux besoins de la clientèle atteinte de déficits cognitifs soulève d'ailleurs de nombreux problèmes relativement à leur cohabitation avec les personnes lucides et à l'utilisation de la contention entre autres.

## **L'INFLUENCE DES FACTEURS STRUCTURAUX**

Les résultats et le processus sont influencés par divers facteurs structureaux liés aux individus (caractéristiques de la clientèle, des intervenantes et des intervenants), aux organisations locales (modes de gestion et d'organisation du travail) ou aux instances régionales ou ministérielles (coordination, disponibilité des ressources, orientations, modes d'allocation des ressources).

### *Des familles engagées mais des limites et des attitudes avec lesquelles il faut composer*

Si les familles manifestent une volonté d'engagement et une motivation certaines à soutenir leurs proches, le personnel doit parfois composer avec des attitudes qui rendent leur action plus difficile: réticences à accepter des personnes étrangères dans leur intimité, insécurité, manque de collaboration et, exceptionnellement, exploitation. Des intervenants et des intervenantes rappellent aussi l'éloignement géographique des enfants adultes.

Quant au milieu social, on soulève à quelques endroits des problèmes d'isolement, de pauvreté et de faiblesse ou d'absence de réseau social. Il faut ajouter que des participantes et des participants à l'étude apprécient travailler dans des milieux où les gens se connaissent bien.

### *Les limites de la compétence du personnel*

Dans plusieurs centres hospitaliers, les intervenantes et les intervenants déplorent le manque de sensibilisation et d'intérêt du personnel des départements autres que gériatriques à l'endroit de la clientèle âgée et même la qualité de leur formation. Les médecins spécialistes sont ici particulièrement visés. Les départements gériatriques des centres hospitaliers constituent d'heureuses exceptions.

Il arrive que les auxiliaires à l'emploi des C.L.S.C. et des agences privées tout comme les travailleuses et les travailleurs autonomes n'aient pas la formation requise pour faire face à la complexité de certaines situations.

La **connaissance nettement insuffisante des ressources et services disponibles** à l'extérieur et même parfois à l'intérieur de l'établissement limite les références et l'information de la clientèle.

### *Des problèmes dans l'organisation du travail*

Les questions de la **rigidité des horaires et de l'inaccessibilité des services des C.L.S.C. en fin de semaine et en dehors des heures régulières de bureau** préoccupent particulièrement la clientèle mais également des intervenantes et des intervenants. Ce sont des facteurs qui favorisent le recours aux agences privées et à l'allocation directe, surtout pour les personnes ayant les besoins les plus grands qui sont généralement aussi celles qui requièrent des services en dehors des heures régulières.

L'étude met aussi en évidence les problèmes d'insécurité et d'insatisfaction générés par la **rotation trop fréquente du personnel** tant dans les C.L.S.C. que dans les hôpitaux.

Même si on a des exemples d'équipes gériatriques dont l'action rayonne dans tous les départements de leur centre hospitalier, le manque de mobilité de ces équipes et l'insuffisance de leurs liens fonctionnels avec les autres départements hospitaliers limitent trop souvent l'impact de leur approche pourtant identifiée comme bénéfique.

Même si on considère généralement que le climat de travail est bon, il est facile de déceler des **tensions entre les professionnels de différents champs de pratique**. Le clivage est particulièrement évident entre le secteur des soins infirmiers et médicaux et le secteur social. Dans certains C.L.S.C., la structure de gestion renforce d'ailleurs ce clivage. Ces éléments ne sont sûrement pas étrangers aux difficultés du travail d'équipe.

### *Une notion qui s'applique difficilement à notre réseau de soins et de services, celle de système*

Plusieurs intervenantes et intervenants déplorent des **problèmes de coordination entre les établissements mais aussi entre les établissements et les autres organismes**. Dans les centres hospitaliers, les problèmes de coordination entre les départements sont également manifestes. Le cloisonnement entre les structures rend particulièrement difficile l'adaptation de la réponse aux besoins de la clientèle. En effet, cette réponse est trop souvent fonction du type de ressources disponibles dans l'établissement où se présente une cliente ou un client. La notion de système sociosanitaire demeure encore largement théorique.

Si, au cours des dernières années, plusieurs initiatives ont été tentées pour résoudre ces problèmes, il faut se rendre à l'évidence qu'elles n'ont pas nécessairement été couronnées de succès. Ainsi, des tables de concertation mises sur pied, parfois suite à d'importantes démarches de collaboration, ont une efficacité limitée à cause de leur caractère sectoriel ou parce qu'elles font peu ou pas de place au personnel de la base.

### *Une insuffisance de ressources humaines et financières*

Les participantes et les participants à l'étude sont presque'unanimes à déplorer le fait que **le secteur de l'aide à domicile, quoique le plus crucial, soit aussi le plus défavorisé pour ce qui est des ressources.** La pénurie de ressources pour les services d'aide aux tâches domestiques et aux soins personnels et pour les services de gardiennage (à domicile ou ailleurs) destinés à offrir un répit aux proches se fait particulièrement sentir.

**Plusieurs sous-régions** font également face à une **sérieuse pénurie de places d'hébergement pour les personnes ayant des limitations sévères.** Par ailleurs, des centres d'hébergement présentent de sérieux problèmes d'accessibilité physique.

Si un certain nombre de clients signalent la pénurie de personnel infirmier et de préposés dans les centres hospitaliers, les intervenantes et les intervenants déplorent l'insuffisance de personnel de réadaptation et de personnel spécialisé en intervention psychosociale, tant en C.L.S.C. qu'en centres hospitaliers. Par contre, on observe peu de transfert de clientèle vers les services spécialisés en réadaptation.

On signale aussi l'importance de pouvoir compter sur des **ressources complémentaires pour le soutien à domicile** (les services d'urgence téléphoniques, appartements supervisés, etc) qui font défaut dans certaines régions.

Enfin, même si les intervenantes et les intervenants relatent des exemples de collaboration fructueuse avec les organismes communautaires, ils estiment généralement qu'on ne doit ou ne peut compter sur eux pour des tâches essentielles et régulières. Nous avons d'ailleurs constaté qu'ils sont très peu présents.

### *Des modes d'allocation des ressources financières remis en question*

Bon nombre d'intervenantes et d'intervenants, surtout parmi les gestionnaires, considèrent que certains modes d'allocation des ressources sont des freins à l'efficacité et à l'efficience de la prestation de services.

Selon eux, le financement au moyen d'un budget fermé attribué à chaque établissement crée plusieurs problèmes. Ils le perçoivent comme un **désincitatif à la concertation et à la réallocation des ressources selon des priorités identifiées par le milieu.** Cette forme de budgétisation incite des C.L.S.C. à **orienter vers des établissements d'hébergement des personnes qui pourraient demeurer à domicile mais auxquelles ils ne peuvent dispenser des services appropriés faute de ressources financières.**

Le cloisonnement des enveloppes budgétaires des programmes de services à domicile (SIMAD, Fonds régional pour les personnes handicapées, soutien régulier, etc.) crée également des difficultés. Historiquement, ces programmes se sont développés avec une logique et des critères d'admissibilité propres. Or, il arrive maintenant qu'on adapte la réponse à la clientèle en fonction

des enveloppes budgétaires des programmes plutôt qu'en fonction des besoins. Par exemple, il arrive qu'on réduise le nombre d'heures de services offerts pour répondre aux critères du programme régulier parce que la caisse de SIMAD est vide. L'inverse peut aussi se produire. **Des problèmes d'équité sont aussi soulevés.** L'exclusion des personnes âgées du Fonds régional pour les personnes handicapées soulève par exemple un problème d'équité, puisque le programme SIMAD - souvent utilisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie - n'offre pas toujours un niveau de services correspondant aux besoins réels des personnes, contrairement à ce que l'on perçoit être la pratique du Fonds régional.

Enfin, plusieurs intervenantes et intervenants soulèvent la question de la rémunération à l'acte des médecins. Selon eux, ce mode de rémunération ne favorise ni le recrutement des médecins en C.L.S.C. ni leur participation à l'équipe interdisciplinaire.

### *Une insuffisance de balises venant du ministère de la Santé et des Services sociaux*

Si le personnel apprécie qu'on lui laisse une grande marge de manoeuvre dans ses interventions quotidiennes, il déplore vivement que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne fournisse pas de balises plus précises sur des questions qu'il juge cruciales.

Compte tenu de la **rareté des ressources de soutien à domicile, plusieurs réclament des orientations et des balises pour gérer cette rareté** en attendant des jours meilleurs. Y a-t-il des clientèles ou des types de services à couvrir de façon prioritaire? Sur la base de quels critères doit-on établir les priorités? Qu'en est-il concrètement de la gratuité et de l'universalité des services de santé et des services sociaux?

Il faut noter que cette absence de balises jumelée à la rareté des ressources entraîne des différences importantes dans l'accessibilité aux services selon les territoires de C.L.S.C. et pose aussi un **problème d'équité**. Selon le territoire où elles résident, des personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent ou ne reçoivent pas de services d'entretien ménager ou de gardiennage; elles sont exclues du programme d'aide à domicile en raison de leur situation financière alors qu'ailleurs ce critère n'est pas considéré; des C.L.S.C. offrent leurs services aux personnes qui habitent des résidences privées, d'autres pas; des C.L.S.C. donnent des niveaux de services très différents pour répondre à des besoins équivalents.

Les intervenantes et les intervenants s'inquiètent aussi du manque d'orientations relatives à la collaboration ou au partenariat entre le secteur public et le secteur privé: contrôle de la qualité des services offerts, rôles et responsabilités de chacun, mécanismes de plaintes, utilisation de l'allocation directe, etc.

## **LES VOIES D'ACTION PRIORITAIRES**

Nous nous en tiendrons ici à quelques grandes voies d'action prioritaires qui se dégagent des constats de l'étude et des propositions de solutions des participantes et des participants. Les lectrices et les lecteurs pourront prendre connaissance de l'ensemble des propositions et plus par-

ticulièrement des suggestions touchant des questions très spécifiques dans le rapport complet de l'étude.

Rappelons que le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà pris des engagements dans le cadre de la réforme du système sociosanitaire et de la politique de la santé et du bien-être. Le plan d'action pour les aînés et le cadre de référence sur les services à domicile qui paraîtront à l'automne 1993 annonceront d'autres mesures touchant les soins de longue durée.

Ces voies d'action interpellent l'ensemble des paliers qui participent à la prestation de services.

***Orienter toute augmentation et toute réallocation de ressources vers la réponse aux besoins de base***

Il ressort clairement de l'étude que les besoins d'aide à domicile, les besoins de soutien complémentaire, d'aides techniques et d'équipements sont les moins bien couverts.

Il apparaît donc logique de proposer que **toute augmentation de ressources** dans le secteur des soins de longue durée ou, pour être plus réaliste, que **toute réallocation de ressources** dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services (PROS), **soient orientées prioritairement vers la satisfaction de ces besoins de base**. Il importe particulièrement de rendre disponibles les services de gardiennage, d'aide aux tâches domestiques et d'aide aux soins personnels en quantité suffisante, au moment où les besoins se manifestent. Les personnes qui prennent soin d'un proche ayant des problèmes cognitifs doivent constituer une clientèle prioritaire.

Ceci dit, il apparaît évident que, dans plusieurs sous-régions, le nombre de places pour l'hébergement de personnes en grande perte d'autonomie doit également être augmenté.

***Fournir des balises sur la couverture des services à domicile et sur la nature des liens avec le secteur privé***

Tout en laissant une marge de manoeuvre importante aux instances régionales et locales dans l'organisation pratique des services, il apparaît essentiel que le Ministère fixe des balises notamment en ce qui a trait à la **couverture des services à domicile et aux liens à établir entre le secteur public et le secteur privé**.

Ces balises doivent viser à **assurer l'équité dans l'accès aux services** à domicile, indépendamment de l'âge, du milieu de vie ou du territoire de résidence. Compte tenu des limites budgétaires actuelles, la première démarche consiste à proposer des critères de mise en priorité des réponses aux demandes. A moyen terme, on doit tendre à compenser les coûts engendrés par les conséquences des maladies et des traumatismes au même titre que les coûts engendrés par leur traitement.

**L'utilisation des ressources privées** est une pratique courante, tant pour l'hébergement que pour l'aide à domicile. Des balises doivent encadrer cette pratique et des mécanismes de **contrôle de la qualité** des services doivent être mis en oeuvre.

***Modifier les mécanismes d'allocation des ressources et expérimenter de nouvelles modalités de paiement des services***

Dans un premier temps, **la décentralisation des budgets sur la base d'un programme-clientèle** devrait permettre une meilleure réponse aux besoins prioritaires de la clientèle selon la réalité propre à chacun des milieux. L'évaluation de l'implantation de cette mesure déjà prévue dans la réforme constitue une activité de première importance.

Parallèlement, **l'unification des budgets des divers programmes de services à domicile** est une piste d'action dans laquelle on doit s'engager rapidement.

Il apparaît important que le Québec analyse et expérimente sur la base de projets pilotes de **nouvelles modalités de paiement des services**. On pense par exemple à **l'allocation d'un budget lié à la personne** pour la réalisation d'un plan de services et à **des formules de "marchés internes"** où les fonctions d'achat et de prestation de services sont séparées afin d'introduire une concurrence contrôlée. Ainsi, un organisme ou des professionnels, financés publiquement, sont chargés de négocier et d'acheter des services au nom de leurs clientes et de leurs clients plutôt que d'être eux-mêmes directement responsables de la prestation de services.

***Renforcer les moyens concrets favorisant la concertation régionale et sous-régionale***

Il apparaît urgent de mettre au point des mécanismes concrets pour réduire les cloisonnements, favoriser la complémentarité et la concertation entre les établissements et les organismes, faciliter le partage des ressources et intégrer des secteurs tels que l'habitation et le transport.

Dans cette optique, **l'élaboration de plans régionaux d'organisation de services (PROS)** pour les personnes âgées constituera sans doute un instrument privilégié. Les PROS devraient également inclure des **mécanismes permanents d'échanges entre les personnes concernées par la prestation de services à long terme pour cette clientèle**. Pour éviter que ne se reproduisent les problèmes soulevés par le fonctionnement des tables de concertation existantes, il est important que des intervenantes et des intervenants de la base - et non exclusivement les gestionnaires des secteurs concernés - participent à ces échanges .

***Améliorer le processus décisionnel***

Dans un contexte de relative rareté des ressources, il est essentiel que tout le processus de prise de décision soit amélioré de façon à être plus efficace et plus efficient. Cette étude permet de déterminer cinq domaines où des actions concrètes doivent être entreprises.

- Systematiser le travail en équipe interdisciplinaire

Le travail en équipe interdisciplinaire doit devenir plus systématique lorsqu'il s'agit de déterminer les services requis, d'élaborer les plans de services et d'orienter la clientèle qui fait face à des situations suffisamment complexes.

Il appartient aux gestionnaires de trouver les modalités de fonctionnement appropriées et efficaces et de s'assurer que du personnel de diverses formations y participe, incluant les médecins, les auxiliaires et les organisatrices et les organisateurs communautaires.

- Harmoniser les outils d'évaluation

De façon à favoriser à la fois le travail en équipe interdisciplinaire et la transmission de l'information, il y a lieu de poursuivre des travaux et des expériences en vue d'en arriver à un outil d'évaluation qui puisse être utilisé par l'ensemble des intervenantes et des intervenants de tous les établissements.

- Donner plus de pouvoir à la clientèle

Il est essentiel de donner une place beaucoup plus importante aux clientes et aux clients - incluant leurs proches- dans les décisions qui les concernent. Malgré les difficultés que cela représente, il faut trouver des moyens pour qu'ils participent non seulement à la définition de leurs besoins mais au choix des moyens pour y répondre.

- Assurer une liaison étroite entre les C.L.S.C. et les centres hospitaliers

Il est de la plus haute importance que les C.L.S.C. et les centres hospitaliers, principales portes d'entrée dans le système, mettent au point ou consolident des mécanismes de liaison fonctionnels. L'attribution d'une responsabilité de liaison à une intervenante ou à un intervenant est un mécanisme qui paraît efficace à certains endroits. D'autres voies sont aussi à explorer.

- Donner un mandat clair aux C.L.S.C. pour l'élaboration et le suivi des plans de services

Les C.L.S.C. doivent recevoir le mandat d'élaborer les plans de services individualisés pour la clientèle à domicile qui les requiert et d'en assurer le suivi. Ces plans doivent couvrir tous les besoins, établir des objectifs, fixer le rôle de chaque intervenante et intervenant et enfin identifier la personne responsable du suivi. A cette fin, les C.L.S.C. doivent nécessairement entretenir des relations étroites avec les divers organismes dont la collaboration est requise pour l'exécution des plans de services.

### *Accroître l'influence et le rayonnement des équipes gériatriques des centres hospitaliers*

Le bilan des unités de courte durée gériatriques est très positif. Chaque centre hospitalier devrait disposer d'une telle unité. Il s'avère cependant très important d'étendre le rayonnement de ces unités vers les autres départements, y compris l'urgence, et même vers la clientèle à domicile. Une façon de le faire est de confier aux médecins de l'équipe la responsabilité de clientes et de clients âgés en perte d'autonomie qui nécessitent une expertise gériatrique et ce, même s'ils sont hospitalisés ailleurs qu'à l'unité de courte durée gériatrique.

Le personnel de ces unités doit aussi voir son rôle élargi pour constituer une équipe qui intervient à titre conseil, qui participe aux évaluations, qui assure la formation, qui, somme toute, joue un rôle d'agent multiplicateur.

### *Poursuivre les efforts pour améliorer les pratiques professionnelles*

Le personnel qui dispense les services constitue la pierre d'angle d'une réponse efficace et efficiente aux besoins de longue durée des personnes âgées en perte d'autonomie. Même si ses compétences et ses qualités humaines sont reconnues et appréciées, il y a place à amélioration.

**L'accent doit être mis sur la formation continue et l'information régulière** des intervenantes et des intervenants en contact direct avec la clientèle. Les participantes et les participants à l'étude ont suggéré divers thèmes pour cette formation dont **l'approche globale, l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes cognitifs ou de comportement, le travail d'équipe.**

Quant à l'information, elle doit permettre au personnel d'avoir une bonne connaissance des ressources existantes et de la tenir à jour.

Dans chaque établissement, il y aurait avantage à mieux utiliser l'expertise des professionnels les plus spécialisés ou expérimentés, à les inciter à **partager leur savoir et à agir comme agents multiplicateurs.**

Les gestionnaires doivent exercer un plus grand leadership pour assurer au sein de leur organisation la présence d'un **souci constant pour l'évaluation de la qualité des services offerts.** La prise en compte grandissante des désirs et des intérêts de la clientèle s'avère une stratégie essentielle pour assurer la qualité des services. Ce souci de la qualité repose aussi sur la collaboration de tous et, en conséquence, exige une **gestion participative.**

## **CONCLUSION**

Cette étude apporte un éclairage très enrichissant pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Rappelons que cet éclairage provient tout autant des personnes âgées et de leurs proches que des intervenantes et des intervenants de divers établissements du réseau sociosanitaire.

Priorité accordée à la réponse aux besoins de base, processus décisionnel systématique et laissant un pouvoir accru à la clientèle, balises et modes d'allocation des ressources favorisant une action plus équitable et plus cohérente, voilà autant d'éléments fondamentaux susceptibles d'orienter l'action au cours des années à venir. Il ne fait pas de doute que la prochaine décennie constituera une étape cruciale pour relever le défi d'une réponse de qualité aux besoins croissants d'une population vieillissante. Pour y arriver, il faudra, plus que jamais, compter sur les qualités humaines et la compétence des personnes qui oeuvrent dans ce domaine.

## REMERCIEMENTS

Il importe de souligner la collaboration de plusieurs personnes, sans lesquelles une telle étude n'aurait pu être réalisée.

Mentionnons d'abord la collaboration toute particulière de madame Ginette Carignan et de monsieur Jean Fradet, agente et agent de recherche, qui ont réalisé les entrevues auprès des personnes âgées et qui ont participé à certaines étapes de la recherche, telles que l'élaboration de la grille d'entrevue et la codification des données.

Il faut aussi signaler la contribution de madame Suzanne D'annunzio, directrice par intérim de la Direction de l'évaluation et chef du Service de l'évaluation des politiques et des programmes pour son appui constant au cours de cette étude.

Nous remercions les membres du comité aviseur pour leur collaboration constante et soutenue et leurs précieux avis tout au long de cette étude, soit madame Mireille Lemasson, de la Fédération des C.L.S.C., madame Louise Garneau-Meunier de la Direction de l'adaptation sociale au ministère de la Santé et des Services sociaux, madame Andrée Quenneville de la Régie de la santé et des services sociaux de la région de Québec, monsieur Roger Brosseau de l'Association des hôpitaux du Québec, monsieur Jean-Pierre Lavoie de l'Unité de santé publique du Centre hospitalier de Verdun et monsieur Aimé Lebeau de l'Unité de santé publique de l'hôpital du Haut-Richelieu.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux autres personnes du ministère de la Santé et des Services sociaux qui nous ont fourni de précieuses suggestions pour améliorer le contenu et la présentation de ce document, soit madame Madeleine Levasseur, madame Louise Garant et

monsieur Yvon Brunelle de la Direction de l'évaluation; madame Carole Miville de la Direction de l'intégration sociale et monsieur Mario Alberton de la Direction de la santé physique.

Nous tenons également à exprimer nos remerciements aux personnes qui, dans chacun des C.L.S.C. et centres hospitaliers participants, ont organisé et coordonné les rencontres dans chacun des milieux et ont fait en sorte que celles-ci soient des plus efficaces. Les noms de ces personnes apparaissent à l'annexe 2.

Nous remercions aussi madame Thérèse Dallaire et l'équipe de maintien à domicile du C.L.S.C. de Limoilou ainsi que le docteur Jacques Morin et l'équipe du D.S.C. de l'hôpital de l'Enfant-Jésus pour leur participation à la validation des outils de collecte des données.

Nous tenons en outre à exprimer toute notre gratitude à chacune des quatre-vingt-cinq personnes âgées et leurs proches qui ont participé à cette étude ainsi qu'aux intervenants, aux intervenantes et aux gestionnaires des dix C.L.S.C. et centres hospitaliers choisis, aux représentants et aux représentantes des Régies régionales de la santé et des services sociaux (alors les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux) participantes et des Centres de services sociaux de Montréal, alors porte d'entrée importante pour les personnes désirant faire une demande d'hébergement et devenus depuis les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Nous tenons à remercier toutes ces personnes et à souligner la très grande qualité de leur participation.

Enfin, nos remerciements vont à madame Hélène Breton qui, avec beaucoup de professionnalisme, a dactylographié et mis en pages le texte ainsi qu'à madame Hélène Nadon qui en a fait la révision linguistique.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	i
REMERCIEMENTS .....	xv
TABLE DES MATIÈRES .....	xvii
LISTE DES TABLEAUX ET DES SCHÉMAS .....	xxi
INTRODUCTION .....	1
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	
<b>LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET LES</b>	
<b>CARACTÉRISTIQUES D'UN PROCESSUS OPTIMAL</b>	
<b>DE PRESTATION DE SERVICES .....</b>	<b>7</b>
1. LES OBJECTIFS .....	7
2. LES CARACTÉRISTIQUES D'UN PROCESSUS OPTIMAL DE PRESTATION DE	
SERVICES .....	8
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>LA MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>11</b>
1. LE CHOIX DES TERRITOIRES ET DES ÉTABLISSEMENTS .....	11
2. LE CHOIX DE LA CLIENTÈLE .....	12
3. LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES .....	13
4. LE CADRE THÉORIQUE .....	14
5. LA STRATÉGIE D'ANALYSE .....	16
6. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE .....	23

<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
<b>LES RÉSULTATS ET L'ANALYSE . . . . .</b>	<b>27</b>
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>LES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ÂGÉES ET DES INTERVENANTS</b>	
<b>ET INTERVENANTES QUI ONT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE . . . . .</b>	<b>29</b>
1. LE PROFIL DES PERSONNES ÂGÉES RENCONTRÉES . . . . .	29
1.1 Les caractéristiques sociodémographiques et le milieu de vie . . . . .	30
1.2 L'état de santé . . . . .	31
1.3 Les limitations fonctionnelles et divers autres problèmes psychologiques ou de comportement . . . . .	34
2. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTES ET DES INTERVE- NANTS RENCONTRÉS . . . . .	35
<b>CHAPITRE 4</b>	
<b>LES FACTEURS STRUCTURAUX . . . . .</b>	<b>39</b>
1. LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES . . . . .	40
1.1 Les ressources d'hébergement . . . . .	40
1.2 Les ressources de soutien à domicile . . . . .	46
1.3 La disponibilité de personnel . . . . .	50
Le personnel infirmier et les préposés en centres hospitaliers . . . . .	50
Le personnel de réadaptation en centre hospitalier et en C.L.S.C. . . . .	50
Le personnel médical donnant des services à domicile . . . . .	51
Les autres types de personnel . . . . .	51
1.4 Synthèse . . . . .	52
2. LES INTERVENTIONS MINISTÉRIELLES ET RÉGIONALES . . . . .	53
2.1 Les orientations ministérielles et l'allocation budgétaire . . . . .	53
2.2 Les orientations régionales . . . . .	59
2.3 Synthèse . . . . .	60
3. LA COORDINATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE . . . . .	61
3.1 La concertation et la complémentarité des missions et des approches . . . . .	63
3.2 Certains éléments des mécanismes régionaux d'orientation et d'admission . . . . .	65
3.3 Les mécanismes de transfert d'information et de références interétablissements . . . . .	67
3.4 Synthèse . . . . .	67

4.	LE FONCTIONNEMENT ORGANISATIONNEL INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS . . . . .	68
4.1	Le mode de gestion du personnel . . . . .	68
4.2	Le climat de travail au sein des équipes . . . . .	70
4.3	La programmation et la coordination des services . . . . .	70
4.4	Les facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations à l'interne . . . . .	71
4.5	Les modalités d'organisation du travail . . . . .	72
4.6	Synthèse . . . . .	74
5.	LES QUALIFICATIONS DES INTERVENANTS ET DES INTERVENANTES . . . . .	75
5.1	La compétence du personnel . . . . .	78
5.2	L'intérêt à l'égard de la clientèle . . . . .	79
5.3	L'accès à la formation et à la supervision . . . . .	79
5.4	La connaissance des ressources . . . . .	80
5.5	Synthèse . . . . .	81
6.	LES CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU, LES ATTITUDES DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE ET LA CONNAISSANCE QUE LA POPULATION A DES SERVICES OFFERTS . . . . .	82
6.1	Les caractéristiques du milieu familial et social . . . . .	82
6.2	Les attitudes et les perceptions de la clientèle par rapport au réseau de services . . . . .	84
6.3	La connaissance que la population a des services disponibles . . . . .	86
6.4	Synthèse . . . . .	87
<b>CHAPITRE 5</b>		
<b>LES ASPECTS RELIÉS AU PROCESSUS DE PRESTATION DE SERVICES . . . . .</b>		<b>89</b>
1.	LES APPROCHES DES ÉTABLISSEMENTS . . . . .	89
1.1	Les choix stratégiques . . . . .	91
1.2	La conciliation des intérêts de la clientèle et de ceux des établissements . . . . .	93
1.3	L'existence d'approches différentes auprès d'une même clientèle . . . . .	95
1.4	Synthèse et solutions proposées . . . . .	96
2.	LE CONTEXTE DE PRISE DE DÉCISION . . . . .	98
2.1	Le travail en équipe . . . . .	98
2.2	Les plans de services et d'intervention . . . . .	103
2.3	La place de la clientèle . . . . .	103
2.4	Synthèse et solutions proposées . . . . .	105

3.	LES APPROCHES PROFESSIONNELLES . . . . .	106
3.1	L'accueil et le dépistage . . . . .	106
3.2	L'approche globale . . . . .	110
3.3	Le suivi . . . . .	119
3.4	Synthèse et solutions proposées . . . . .	120
4.	LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES . . . . .	124
4.1	Les relations entre centres hospitaliers et C.L.S.C. . . . .	126
4.2	Les relations avec les autres types de ressources . . . . .	128
4.3	Synthèse et solutions proposées . . . . .	130
CHAPITRE 6		
	LES EFFETS OBSERVÉS CHEZ LA CLIENTÈLE . . . . .	133
1.	LA PERTINENCE DES DÉCISIONS . . . . .	133
2.	LE TYPE ET LA QUANTITÉ DE SERVICES . . . . .	137
3.	LES DÉLAIS . . . . .	141
4.	LA QUALITÉ DE VIE . . . . .	144
4.1	Le secteur public . . . . .	144
4.2	Les secteurs privé et communautaire . . . . .	151
5.	LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL . . . . .	152
6.	L'INFORMATION REÇUE . . . . .	155
7.	LE COÛT DES SERVICES . . . . .	158
8.	SYNTHÈSE ET SOLUTIONS PROPOSÉES . . . . .	161
CHAPITRE 7		
	SYNTHÈSE GLOBALE . . . . .	167
	CONCLUSION ET VOIES D'ACTION . . . . .	195
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES . . . . .	207

## **LISTE DES TABLEAUX ET DES SCHÉMAS**

### **1. LES TABLEAUX**

	<b>Page</b>
TABLEAU 1	Caractéristiques d'un processus optimal . . . . . 10
TABLEAU 2	Liste des catégories regroupant les données recueillies . . . . . 21
TABLEAU 3	Données sociodémographiques des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers) . . . . . 31
TABLEAU 4	Données sur l'état de santé des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers) . . . . . 32
TABLEAU 5	Données sur les limitations fonctionnelles et divers problèmes psychologiques ou de comportement des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers) . . . . . 33
TABLEAU 6	Nombre et spécialité du personnel rencontré dans les C.L.S.C. et dans les centres hospitaliers . . . . . 36
TABLEAU 7	Fréquence exprimée du thème "Disponibilité et accès aux ressources" . . . . . 41
TABLEAU 8	Fréquence exprimée du thème "Interventions ministérielles et régionales" . . . . . 54
TABLEAU 9	Fréquence exprimée du thème "Coordination sous-régionale et régionale" . . . . . 62

	<b>Page</b>
TABLEAU 10	Fréquence exprimée du thème "Gestion et fonctionnement organisationnel interne" . . . . . 69
TABLEAU 11	Fréquence exprimée du thème "Qualifications du personnel" . 76
TABLEAU 12	Fréquence exprimée du thème "Caractéristiques du milieu, attitudes de la clientèle, connaissance de la population des services offerts" . . . . . 83
TABLEAU 13	Fréquence exprimée du thème "Approches des établissements" 90
TABLEAU 14	Fréquence exprimée du thème "Contexte de prise de décision" 99
TABLEAU 15	Relation entre l'utilisation d'une instrumentation complète et le travail en équipe . . . . . 102
TABLEAU 16	Fréquence exprimée du thème "Approches professionnelles" . 107
TABLEAU 17	Relation entre le travail en équipe et l'évaluation globale . . . . 111
TABLEAU 18	Relation entre l'utilisation d'un outil et l'évaluation globale en C.L.S.C. . . . . 112
TABLEAU 19	Relation entre la formation du personnel et l'approche globale 118
TABLEAU 20	Relation entre l'intérêt pour la clientèle âgée et l'approche globale . . . . . 118
TABLEAU 21	Fréquence exprimée du thème "Collaboration avec les partenaires" . . . . . 125
TABLEAU 22	Relation entre la présence d'un agent ou d'une agente de liaison et la collaboration avec d'autres établissements . . . . . 127

	<b>Page</b>
TABLEAU 23	Relation entre la présence d'un agent ou d'une agente de liaison et la connaissance des services offerts par les établissements . . . . . 128
TABLEAU 24	Fréquence exprimée du thème "Pertinence des décisions" . . . . . 134
TABLEAU 25	Fréquence exprimée du thème "Type et quantité de services" . . . . . 139
TABLEAU 26	Fréquence exprimée du thème "Délais" . . . . . 142
TABLEAU 27	Fréquence exprimée du thème "Qualité de vie" . . . . . 146
TABLEAU 28	Fréquence exprimée du thème "Relations avec le personnel" . . . . . 154
TABLEAU 29	Fréquence exprimée du thème "Information reçue" . . . . . 156
TABLEAU 30	Fréquence exprimée du thème "Coût des services" . . . . . 160
TABLEAU 31	Sommaire des forces et des faiblesses de la prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie et des solutions proposées (processus et résultats) . . . . . 168

## **2. LES SCHÉMAS**

SCHÉMA 1	Représentation du processus de prestation de services et des facteurs le structurant . . . . . 15
SCHÉMA 2	Plan d'analyse . . . . . 19

## INTRODUCTION

Au Québec, comme ailleurs, décideurs, administrateurs, consommateurs, producteurs de services et autres intervenants sont de plus en plus conscients des nombreux défis auxquels notre collectivité se trouve confrontée pour favoriser la santé et le bien-être de la population. L'un de ces défis consiste à adapter notre système sociosanitaire, de manière à ce que celui-ci réponde d'une façon plus efficace et plus efficiente aux besoins d'un nombre grandissant de personnes vivant avec des limitations fonctionnelles. Le vieillissement rapide de la population rend cette question cruciale, si l'on tient compte de la proportion élevée des personnes âgées vivant à domicile et déclarant des incapacités (35 %) et souvent des limitations sévères (10 %) (Saucier, 1992).

Cette préoccupation fait l'objet d'une démarche majeure de réflexion, de consultation et de réforme depuis au moins cinq ans au Québec. Mentionnons l'importance qu'on lui a accordée lors de la Commission d'enquête présidée par le Dr Jean Rochon. La réforme du ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) et l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ont aussi amené plusieurs mesures qui concernent les personnes âgées. Un des objectifs de la politique de la santé et du bien-être est de réduire les obstacles à l'intégration sociale de ces personnes. Un groupe d'experts sur les personnes âgées a été formé pour alimenter ces différents travaux; un plan d'action est en voie d'élaboration et un cadre de référence sur les services à domicile est en consultation. La création du Conseil des aînés est également un geste concret montrant l'intérêt porté aux aînés.

Plusieurs orientations se dégagent de cette démarche dont une décentralisation du système sociosanitaire, l'adoption d'une approche par programme et par résultat, une nouvelle définition des responsabilités des différents acteurs, la nécessité de renforcer le soutien à la communauté et le développement d'une approche multisectorielle. Tous s'entendent sur l'identification de

moyens concrets permettant l'atteinte des objectifs poursuivis et la nécessité d'une évaluation rigoureuse de nos modes d'intervention.

C'est dans ce contexte que la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux a entrepris, dès 1988, la réalisation d'un programme d'évaluation dont les buts généraux étaient de mieux comprendre les facteurs influençant les décisions de prestation de services et l'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que de déterminer des moyens efficaces et efficients pour mieux répondre à leurs besoins, particulièrement en ce qui concerne leur qualité de vie et celle de leurs proches.

La présente étude porte sur l'organisation et la prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers, principales portes d'entrée dans le réseau de soins et de services.

L'étude se propose, d'une part, d'identifier les forces et les faiblesses du processus de prestation de services, selon la perception des personnes qui les offrent comme de celles qui les reçoivent; d'autre part, de rechercher des moyens concrets pour assurer une réponse optimale.

Un devis détaillé a été publié (Trahan *et al.*, 1992). On invite le lecteur à se référer à ce document pour obtenir plus d'informations sur la littérature servant d'appui au cadre théorique, la problématique générale et les aspects méthodologiques, notamment les outils développés.

Plusieurs intervenants et intervenantes de dix C.L.S.C., de dix centres hospitaliers, de sept Régies régionales (R.R.S.S.S.) des régions où sont localisés ces établissements (alors les Conseils régionaux), des trois Centres de services sociaux de la région de Montréal (C.S.S.) - dont le personnel travaillant auprès des personnes âgées est maintenant intégré dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers - et près de quatre-vingt-dix personnes âgées et des membres de leur famille ont été étroitement associés à la présente étude.

Le premier chapitre porte sur les objectifs de l'évaluation et décrit un processus optimal de prestation de services alors qu'au chapitre 2, on retrouve la méthodologie employée. Le chapitre 3 décrit les caractéristiques des personnes âgées, des intervenants et des intervenantes qui ont participé à l'étude. Les chapitres 4, 5 et 6 présentent les données recueillies : ils analysent les thèmes en établissant les relations entre les éléments de structure, de processus et de résultats et présentent des solutions suggérées par les répondants et les répondantes. Le chapitre 7 résume les principaux constats en matière de forces, de faiblesses et de solutions et fait ressortir les points que l'évaluation confirme, remet en question ou révèle. Enfin, des conclusions globales sont dégagées et des voies d'action sont présentées.



## **PREMIÈRE PARTIE**

### **LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE**



# **CHAPITRE 1**

## **LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET LES CARACTÉRISTIQUES D'UN PROCESSUS OPTIMAL DE PRESTATION DE SERVICES**

### **1. LES OBJECTIFS**

Les principaux résultats des études québécoises qui ont identifié des problèmes concernant le processus de réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sont présentés dans un document antérieur (Trahan *et al.*, 1992), de même qu'un certain nombre de solutions mises de l'avant au Québec et ailleurs pour améliorer ce processus.

La spécificité de la présente étude réside dans l'analyse du processus de prestation de services dans une perspective de cheminement des personnes âgées dans le réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement dans les centres hospitaliers et dans les C.L.S.C. Pour la première fois, une vue d'ensemble de la complexité du processus de prestation de services est présentée. L'analyse que nous voulons dégager des forces et des faiblesses du système sociosanitaire intègre non seulement les perceptions des dispensateurs et des dispensatrices, mais elle tient également compte du point de vue de la clientèle, rarement consultée dans ce type d'étude.

Les objectifs sont les suivants:

- 1) Identifier les forces et les faiblesses du processus de prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les C.L.S.C., les centres hospitaliers de courte durée et les centres de services sociaux (région de Montréal), de même qu'aux niveaux sous-régional, régional et ministériel;

- 2) Identifier les facteurs-clés de réussite et les principales contraintes propres aux différents milieux;
- 3) Identifier des moyens prioritaires concrets pour favoriser l'atteinte d'un processus optimal de prestation de services.

## **2. LES CARACTÉRISTIQUES D'UN PROCESSUS OPTIMAL DE PRESTATION DE SERVICES**

**Il n'est pas facile d'identifier ce qu'est un processus optimal à partir de données empiriques sur la relation entre les éléments du processus et les résultats, les études sur le sujet étant plutôt rares.** Toutefois, un type d'intervention a été davantage étudié, soit l'évaluation des besoins des personnes par des équipes gériatriques hospitalières. Les résultats positifs découlant de ce type d'intervention sont un diagnostic plus précis, un taux de survie un peu plus élevé, une utilisation moindre des hôpitaux de courte durée, une utilisation moindre ou plus appropriée des ressources institutionnelles. La réduction des prescriptions de médicaments à la sortie de l'hôpital fait partie des avantages parfois observés. L'amélioration de l'état fonctionnel et mental n'a pas été souvent notée, alors que d'autres dimensions telles la qualité de vie n'ont jamais été étudiées. Les résultats de ces études notamment ont amené un groupe d'experts américains regroupant chercheurs, médecins, infirmiers et infirmières, travailleuses et travailleurs sociaux et personnes âgées à en arriver à un consensus sur l'efficacité d'un tel type d'intervention.

Des évaluations ont aussi été faites des formules de *case management* implantées aux États-Unis sur une base expérimentale au cours des quinze dernières années. Certains de ces projets ont également produit des résultats positifs tels que la diminution de besoins non comblés, l'accroissement des services reçus, l'augmentation de la satisfaction de vivre. Par ailleurs, des résultats variables ont été obtenus relativement à la réduction du séjour ou de l'admission en institutions.

D'autres éléments, qui n'ont pas fait l'objet d'études expérimentales, sont néanmoins reconnus par des experts de la scène québécoise ou étrangère comme caractérisant un processus optimal. En tenant compte des résultats des études et de l'avis de ces experts, une liste de caractéristiques qualifiant un processus optimal a été établie. Une autre liste a été constituée, à partir cette fois d'éléments identifiés par les intervenants et les intervenantes des C.L.S.C. et des centres hospitaliers rencontrés dans le cadre de la présente étude. Ces deux listes apparaissent au tableau 1.

On constate que ces deux listes convergent, que l'approche des experts et celle des membres du personnel clinique des C.L.S.C. et des centres hospitaliers tendent vers une même vision de ce que doit être un processus optimal. L'ensemble de ces aspects a été considéré dans l'analyse des forces et des faiblesses du processus de prestation de services dans les établissements du réseau de soins et de santé.

**TABLEAU 1 - Caractéristiques d'un processus optimal**

<p><b>APPROCHES DES EXPERTS ET DES CHERCHEURS</b></p>	<p><b>APPROCHES DU PERSONNEL CLINIQUE EN C.L.S.C. ET EN CENTRE HOSPITALIER</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accueil par un personnel compétent pour identifier les personnes en perte d'autonomie ou à risque de le devenir (Lebeau et Deschamps, 1984);</li> <li>▶ évaluation multidimensionnelle (Campion <i>et al.</i>, 1983); Fretwell <i>et al.</i>, 1990; Lefton <i>et al.</i>, 1988; National Institute of Health Consensus, 1988; Pawlson, 1988; Quartararo et O'Neill, 1990; Rubinstein <i>et al.</i>, 1984);</li> <li>▶ interdisciplinarité dans les prises de décisions (Campion <i>et al.</i>, 1983; Eggert <i>et al.</i>, 1990; National Institute of Health Consensus, 1988; Racine <i>et al.</i>, 1991);</li> <li>▶ utilisation d'un plan de services individualisés (Wertheimer et Kleinman, 1990; National Institute of Health, 1988; Racine <i>et al.</i>, 1991);</li> <li>▶ précocité dans les interventions avant une période de crise (Eggert <i>et al.</i>, 1990);</li> <li>▶ préoccupation de maintenir le plus d'autonomie possible chez la personne âgée (Wertheimer et Kleinman, 1990; David <i>et al.</i>, 1990); Kay <i>et al.</i>, 1990);</li> <li>▶ prise en compte des attentes et des besoins des personnes significatives (David <i>et al.</i>, 1990; Garant et Bolduc, 1990);</li> <li>▶ liens formels de communication et de coordination entre les établissements (David <i>et al.</i>, 1990; Hughes et Guihan, 1990; Lebeau et Deschamps, 1984; Wertheimer et Kleinman, 1990);</li> <li>▶ participation active de la personne à son plan de soins et de services (Kay <i>et al.</i>, 1990);</li> <li>▶ présence d'un case-manager ou responsable du suivi pour des clientèles spécifiques, surtout les personnes confuses (British Columbia Ministry of Health, 1989; Howe <i>et al.</i>, 1986; Temple, 1988; Eggert <i>et al.</i>, 1990; Kemper, 1988);</li> <li>▶ réponse aux besoins des personnes le plus possible à domicile ou dans un milieu s'en rapprochant (Calgary Regional Assessment and Placement Committee, 1988).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accueil permettant le dépistage des personnes en perte d'autonomie (identifié par les C.L.S.C. surtout); dépistage à l'urgence des personnes à risque ou en perte d'autonomie (identifié plus rarement et seulement par les centres hospitaliers);</li> <li>▶ évaluation globale qui tient compte de toutes les dimensions de la personne;</li> <li>▶ vision multidisciplinaire, échanges multidisciplinaires basés sur une bonne communication entre les membres des équipes pour une action concertée;</li> <li>▶ plan d'interventions et de services (plus rarement);</li> <li>▶ dépistage préventif, avant que la personne n'entre à l'hôpital;</li> <li>▶ importance d'être à l'écoute des gens, du respect de leurs désirs et de leurs capacités (identifiée par les auxiliaires des C.L.S.C.);</li> <li>▶ collaboration entre les organismes du milieu (pas nécessairement formelle);</li> <li>▶ participation des proches et des personnes aux décisions;</li> <li>▶ participation de la famille et de la personne dans la réponse aux besoins;</li> <li>▶ continuité des interventions (plus rarement identifiée);</li> <li>▶ coordination des interventions de l'admission en centre hospitalier à l'urgence jusqu'au congé et suivi durant le séjour, collaboration entre les unités du centre hospitalier (identifiée par les centres hospitaliers).</li> </ul>

## **CHAPITRE 2**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre présente les différents aspects méthodologiques: choix des territoires et des établissements, choix de la clientèle, méthodes de collecte des données, stratégie d'analyse, forces et limites de l'étude. Pour une description plus détaillée, on invite le lecteur à consulter le devis d'évaluation (Trahan *et al.*, 1992).

#### **1. LE CHOIX DES TERRITOIRES ET DES ÉTABLISSEMENTS**

Les C.L.S.C. et les centres hospitaliers ont été sélectionnés de façon à assurer une diversité suffisante sur certaines caractéristiques identifiées comme importantes pour la compréhension des phénomènes à l'étude. Il ne s'agit cependant pas d'un échantillon représentatif des C.L.S.C. et des centres hospitaliers du Québec ni des intervenants et intervenantes ni des clientèles.

Les principaux paramètres qui ont guidé nos choix sont la densité de population, les régions sociosanitaires, la richesse ou la pauvreté relative des ressources de soutien à domicile et d'hébergement, des caractéristiques liées à la taille et au statut des centres hospitaliers et à l'organisation de leurs services aux personnes âgées, ainsi que certaines particularités connues des mécanismes d'accès ou de l'environnement.

La façon dont les établissements ont été sélectionnés est expliquée dans le document déjà cité (Trahan *et al.*, 1992). La liste des établissements qui ont participé à l'étude est présentée à l'annexe 1.

## 2. LE CHOIX DE LA CLIENTÈLE

L'étude porte sur les personnes âgées de 60 ans ou plus ayant des incapacités permanentes ou étant aux prises avec des pathologies qui, compte tenu de l'ensemble de leur situation, sont susceptibles de compromettre leur maintien à domicile et ayant déjà fait appel aux services d'un établissement visé par l'étude.

Les critères de sélection privilégiés, outre ceux déjà précisés dans la définition de la population cible, sont:

- avoir un dossier actif ou très récent au C.L.S.C. ou au centre hospitalier participant;
- ne pas être hébergé dans un établissement du réseau public à l'entrée au centre hospitalier ou au C.L.S.C., mais pouvoir toutefois être en attente d'hébergement;
- avoir donné son accord pour participer à l'étude.

Pour connaître le point de vue de la clientèle, les intervenants et les intervenantes de chacun des établissements choisis ont sélectionné cinq personnes répondant aux critères précités. Parmi ces dernières, trois avaient vécu, selon la perception du personnel clinique, des problèmes de prestation de services, non seulement en fonction de leurs caractéristiques personnelles mais aussi en raison de contraintes organisationnelles auxquelles il serait d'ailleurs intéressant d'apporter des solutions, et deux autres jugées avoir reçu une prestation appropriée. L'échantillon n'est donc pas statistiquement représentatif de l'ensemble de la population âgée ni de la population cible, mais il illustre bien la diversité des situations vécues par la clientèle cible.

Le but de la recherche était aussi de mettre en lumière le processus de prestation de services aux personnes âgées à partir du point de vue des dispensateurs et des dispensatrices à différents niveaux : gestionnaires, intervenants et intervenantes des établissements concernés ainsi que responsables régionaux ou sous-régionaux des programmes aux personnes âgées. Le lecteur trouvera dans le devis les catégories de personnes à l'intérieur desquelles le choix des dispensateurs et des dispensatrices a été fait.

### 3. LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

La démarche méthodologique retenue est surtout qualitative. Elle se base pour une large part sur les perceptions des acteurs concernés. Mais une part non négligeable de l'information provient de données factuelles relatives aux organisations et à la clientèle.

Les perceptions des clients et des clientes quant au processus de réponse à leurs besoins ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées réalisées dans le milieu où se trouvaient les personnes au moment de l'entrevue, soit à leur domicile, soit au centre hospitalier ou, plus rarement, à la résidence privée pour personnes âgées ou en centres d'accueil. Les personnes ont été rencontrées seules ou en présence d'un proche. Les proches ont été rencontrés seuls lorsque l'état de santé de la personne âgée sélectionnée l'empêchait de répondre aux questions. La durée approximative des rencontres a varié de 45 à 90 minutes. En tout, 120 personnes ont été rencontrées représentant un total de 85 dossiers.

Des données factuelles sur la clientèle ont également été recueillies par les intervenants et les intervenantes. À partir des dossiers des personnes sélectionnées, deux fiches ont été remplies. Une fiche synthèse décrit des caractéristiques sociodémographiques et divers éléments de l'état des personnes (problèmes de santé, de fonctionnalité, etc.). Une fiche chronologique détaille le cheminement de ces personnes dans l'établissement : elle indique les interventions effectuées, les motifs de ces interventions, les personnes concernées.

Les perceptions des dispensateurs et des dispensatrices des services dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers ont été recueillies par entrevues individuelles (personnel clinique et gestionnaires des C.L.S.C. et des centres hospitaliers) et par entrevues de groupes (personnel clinique). Au total, 245 personnes ont été rencontrées, soit 73 dans les CLSC, 140 dans les centres hospitaliers, 13 dans les CSS et 19 dans les Régies régionales. Des entrevues de groupe ont également été réalisées avec des représentants et des représentantes des Régies régionales et des Centres de services sociaux de Montréal. Le devis indique clairement les variantes adoptées selon les établissements.

Toutes les entrevues se sont déroulées entre les mois d'octobre et décembre 1991. La durée prévue pour les rencontres a été respectée, à l'exception des rencontres individuelles avec les gestionnaires dont la durée a varié de 60 à 150 minutes, alors qu'une heure était prévue à cette fin.

Tous les C.L.S.C. et les centres hospitaliers sélectionnés ont complété dans les délais prescrits les questionnaires semi-ouverts destinés à recueillir des données factuelles sur leurs caractéristiques structurelles et fonctionnelles. Plusieurs y ont même joint une importante documentation en annexe.

#### **4. LE CADRE THÉORIQUE**

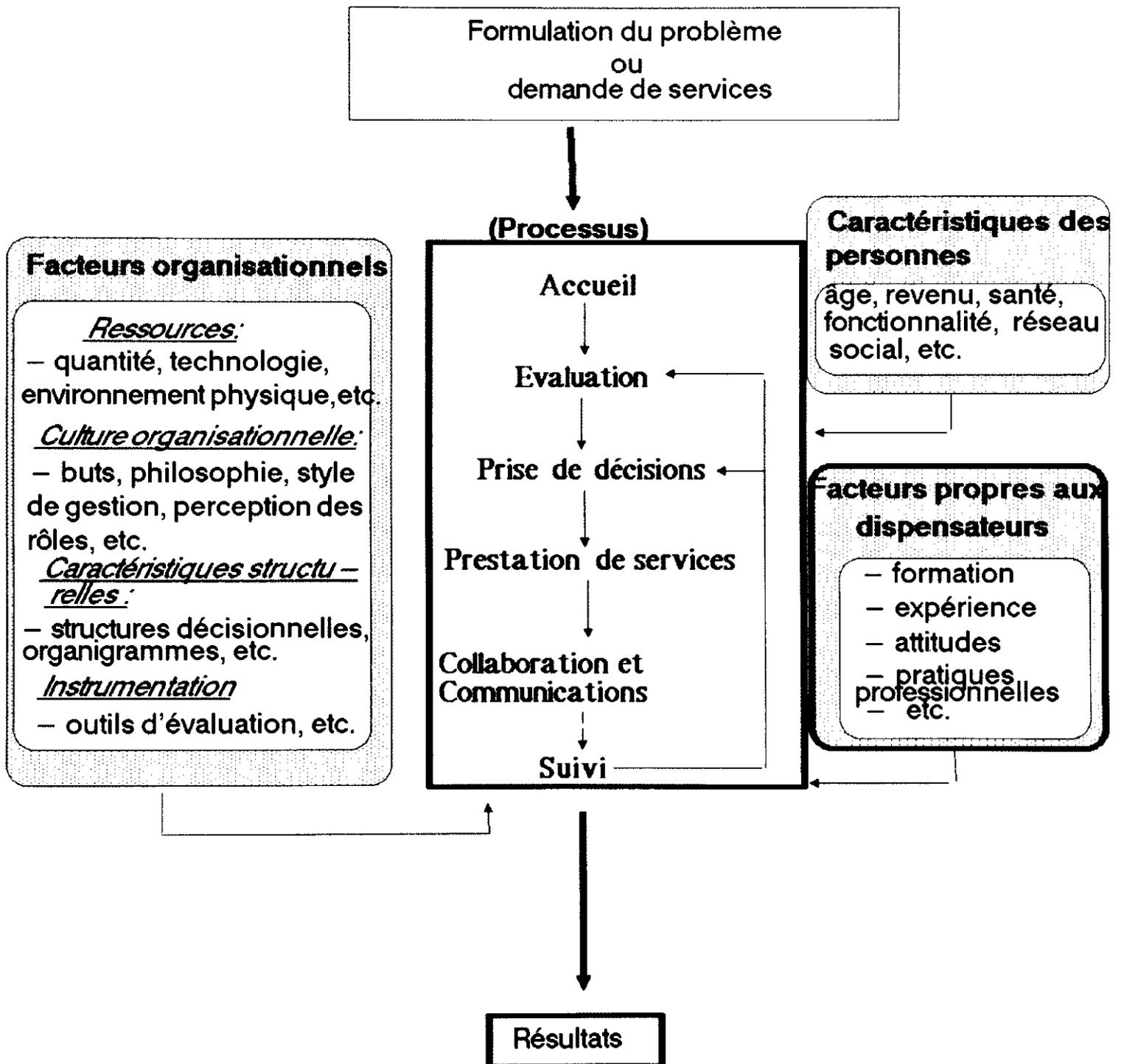
Un modèle du processus de prestation de services et des facteurs l'influençant a été développé à partir de la littérature (schéma 1).

On a identifié six grandes fonctions du processus correspondant à la pratique courante: l'accueil, l'évaluation, la prise de décision, la prestation de services comme telle, la collaboration et les communications, le suivi.

Les événements qui se produisent à l'une ou l'autre de ces étapes sont influencés par différents facteurs structurants regroupés en trois catégories : facteurs liés aux caractéristiques de la personne âgée et de son environnement immédiat, facteurs liés aux caractéristiques des dispensateurs et des dispensatrices de services et facteurs reliés à l'environnement organisationnel. On retrouve dans le schéma 1 des exemples d'éléments qui peuvent se retrouver dans l'une ou l'autre de ces catégories et que la littérature identifie comme des déterminants potentiels des décisions ou des pratiques observées.

Les fonctions du processus de prestation de services et les facteurs l'influençant correspondent à ce que l'on désigne en évaluation par processus et structure. Il existe également une troisième

# REPRESENTATION DU PROCESSUS DE PRESTATION DE SERVICES ET DES FACTEURS LE STRUCTURANT



composante qui concerne les résultats. L'appréciation de la qualité ou de l'optimalité d'un système passe par ces trois composantes. Ainsi que le définit Brunelle (1992), «la qualité n'est pas le processus en soi, ni le résultat en soi, mais le lien qu'on peut établir entre les deux et ultimement entre la structure et le processus versus les résultats».

Notre attention s'est portée principalement sur la structure et le processus. Il était très difficile dans le cadre de la méthodologie prévue de mesurer des pertes ou des gains reliés à l'état de santé, bien que ce type de résultats soit le plus souvent mesuré dans les études évaluatives. Il est clairement apparu en cours d'étude que d'autres types de résultats étaient plus pertinents à évaluer chez des personnes âgées en perte d'autonomie permanente et croissante. Des aspects tels que la satisfaction de la clientèle et des intervenants et intervenantes par rapport au processus de prestation de services vécu par les personnes âgées et leurs proches, la perception de la qualité des services reçus, pour ne nommer que ceux-là ont davantage été considérés comme des résultats, voire des objectifs à atteindre.

## **5. LA STRATÉGIE D'ANALYSE**

Les perceptions et les faits recueillis ont permis d'identifier des problèmes, des points forts et des facteurs facilitant la bonne marche du processus ainsi que des solutions par rapport à ce dernier et à certains facteurs structurants. Les perceptions recueillies lors des entrevues, l'utilisation des questionnaires et des documents écrits, des fiches chronologiques et des fiches synthèses permettent de trianguler ces données, c'est-à-dire de les compléter, de les confronter de façon à obtenir une vision plus juste de la réalité.

Le schéma 2 illustre le modèle d'analyse retenu. Trois matrices correspondant aux problèmes, aux points forts et aux solutions identifiées au niveau de la structure, du processus et des résultats ont été constituées. Les points de convergence et de divergence observés entre la clientèle et les dispensateurs et dispensatrices de services (intervenants et intervenantes directs, gestionnaires), principalement dans les C.L.S.C. et les centres hospitaliers et aussi dans d'autres types d'établissements, ont été identifiés. Les données ont ensuite été analysées à la lumière des variables

contextuelles qui ont servi au choix des territoires. D'autres variables explicatives se sont ajoutées telles que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans sur le territoire, le nombre et la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus, la date d'implantation du C.L.S.C. et la présence ou non de services gériatriques.

Nous n'avons pu tenir compte dans notre analyse de la distinction entre les dossiers de personnes âgées ayant vécu des problèmes de prestation de services et les dossiers de celles qui n'en avaient pas connus. Cette donnée n'était pas clairement consignée au dossier et de ce fait, il a été impossible de distinguer les situations problématiques de celles qui ne l'étaient pas. L'analyse du cheminement des personnes dans les établissements indique d'ailleurs que la réalité ne se découpe pas facilement entre ces deux catégories.

Les données recueillies sur les perceptions des différents acteurs ont été analysées grâce à la technique de l'analyse de contenu.

Le matériel recueilli par entrevues a été découpé en unités de sens et ordonné en thèmes ou en catégories définis *a priori*, à partir du cadre théorique. Puis, en cours d'analyse, des catégories ont été redéfinies et d'autres se sont ajoutées, notamment celles concernant les résultats.

L'équipe de recherche a participé au processus de codification. Une étape a été prévue pour s'assurer de la fiabilité et de la validation de cette opération. En effet, l'ensemble des unités pour un territoire donné a été codée individuellement par chacun des chercheurs, puis mis en commun pour s'assurer d'une même compréhension de la grille de facteurs, ce qui du même coup, a permis de la parachever.

La liste finale des catégories qui ont permis le classement de l'ensemble des données recueillies est présentée dans le tableau 2. Ces catégories se divisent en trois groupes : celles liées à la structure, aux processus et aux résultats.



# Plan d'analyse

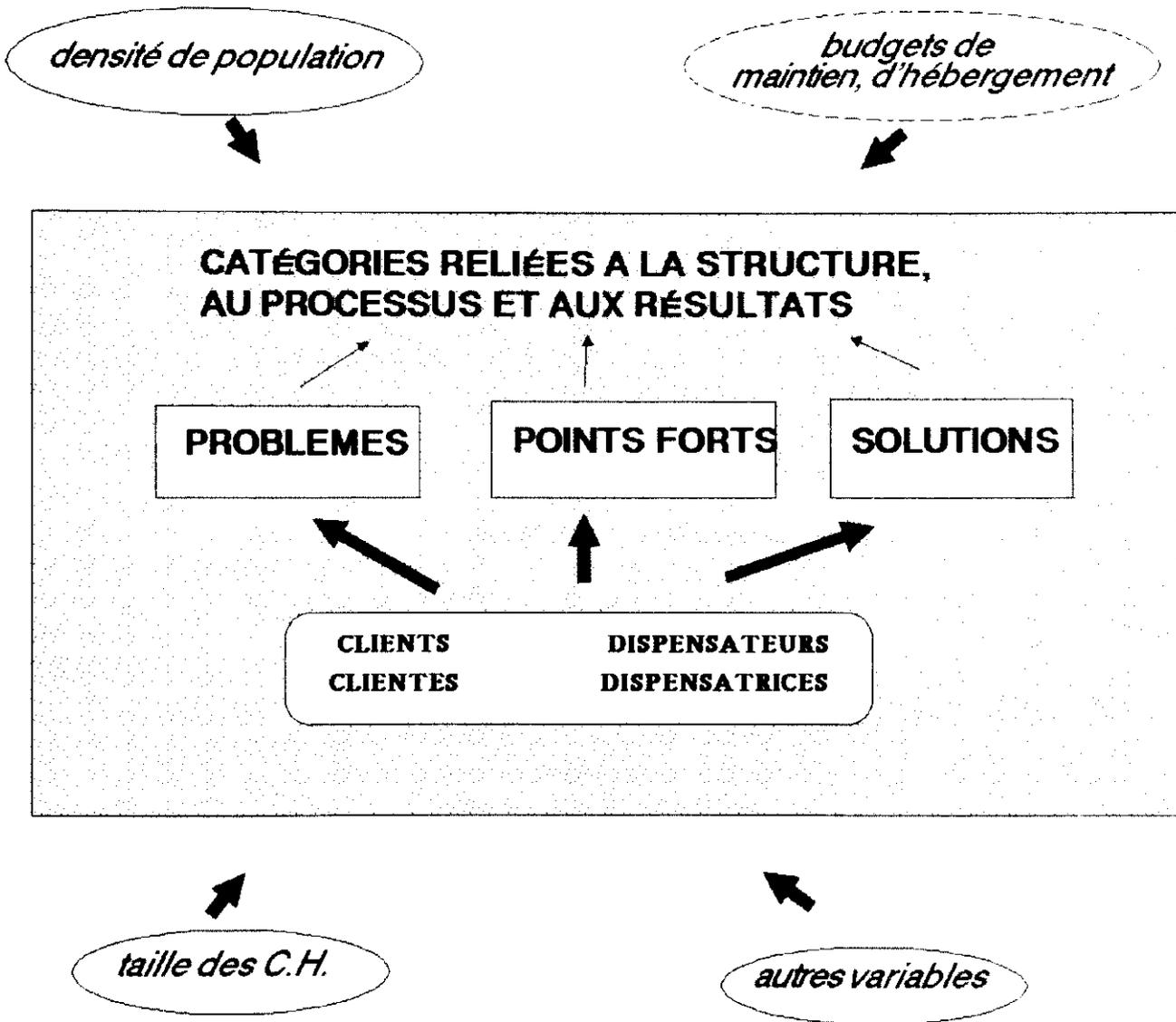




TABLEAU 2

Liste des catégories regroupant les données recueillies

STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTATS
<p><b>Disponibilité des ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources d'hébergement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- établissements de soins de longue durée;</li> <li>- ressources intermédiaires.</li> </ul> </li> <li>• Ressources de soutien à domicile : <ul style="list-style-type: none"> <li>- services d'aide et de soins à domicile;</li> <li>- autres services (centre de jour, hôpital de jour, hébergement temporaire, équipement, transport, etc.).</li> </ul> </li> <li>• Disponibilité de personnel (personnel infirmier et préposés, réadaptation, médecins allant à domicile, autres types: service social, services spécialisés bénévoles.)</li> </ul> <p><b>Interventions ministérielles et régionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientations ministérielles et allocation budgétaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>gratuité, services à développer, clientèles à couvrir, problématique public-privé, contribution financière, implication des familles et de la communauté, allocation directe et budgétisation des services à domicile.</li> </ul> </li> <li>• Orientations régionales : <ul style="list-style-type: none"> <li>règles de gestion des budgets SIMAD, fonds régional, organismes communautaires, budgets d'alourdissement, équité des règles.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Approches des établissements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choix stratégiques</li> <li>• Concilier des intérêts de la clientèle et de ceux des établissements</li> <li>• Existence d'approches différentes avec la clientèle (à l'interne ou entre établissements de type différent).</li> </ul> <p><b>Contexte de prise de décision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail en équipe</li> <li>• Plans de services et plans d'interventions</li> <li>• Place de la clientèle</li> </ul> <p><b>Collaboration avec les partenaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations entre centres hospitaliers et C.L.S.C.</li> <li>• Relations avec les autres types de ressources</li> </ul> <p><b>Approches professionnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil et dépistage</li> <li>• Approche globale (maintien de l'autonomie, préoccupation quant au soutien à domicile, préoccupation du soutien aux familles, approche auprès des personnes ayant des problèmes cognitifs et comportementaux, réadaptation, intervention psychosociale)</li> <li>• Suivi (intra-établissement et après la sortie)</li> </ul>	<p><b>Pertinence des décisions</b></p> <p><b>Type et quantité de services</b></p> <p><b>Délais pour l'évaluation et l'obtention de services</b> (réguliers et services urgents)</p> <p><b>Qualité de vie</b> (secteur public, secteur privé et secteur communautaire)</p> <p><b>Relations avec le personnel</b></p> <p><b>Information reçue</b> (maladie, traitements, durée, cheminement de la clientèle, complexité du système, ressources disponibles)</p> <p><b>Coût des services</b></p>

TABLEAU 2

Liste des catégories regroupant les données recueillies (SUITE)

STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTATS
<p><b>Coordination sous-régionale et régionale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concertation et complémentarité des missions et des approches</li> <li>• Éléments de fonctionnement des mécanismes régionaux d'orientation et d'admission</li> <li>• Mécanismes de transfert d'information, de références interétablissements</li> </ul> <p><b>Le fonctionnement organisationnel interne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mode de gestion du personnel</li> <li>• Climat de travail au sein des équipes</li> <li>• Programmation et coordination des services</li> <li>• Facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations (procédures de références, mobilité des équipes, etc.)</li> <li>• Modalités d'organisation du travail: (remplacements du personnel, accès à différents outils, distribution des tâches)</li> </ul> <p><b>Qualifications des intervenants et des intervenantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétence du personnel</li> <li>• Intérêt à l'égard de la clientèle</li> <li>• Accès à la formation et à la supervision</li> <li>• Connaissance des ressources à l'interne et à l'externe</li> </ul> <p><b>Caractéristiques du milieu, attitudes de la clientèle âgée et connaissance de la population des services offerts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Milieu familial et social</li> <li>• Attitudes, perceptions par rapport au réseau de services</li> <li>• Connaissance des services par la population</li> </ul>		

## 6. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Il est bon de rappeler que notre stratégie d'évaluation repose sur une compréhension des réalités de l'organisation et de la prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie à partir d'une multiplicité de points de vue, tant de ceux des dispensateurs et dispensatrices que de ceux des utilisateurs et utilisatrices. Elle repose aussi sur un échantillonnage conçu de façon à obtenir une diversité de contextes organisationnels et de cheminements de personnes ayant reçu des services d'un centre hospitalier ou d'un C.L.S.C. Une telle stratégie comporte des avantages et des limites.

Les données recueillies grâce aux entrevues sont utiles pour mieux comprendre les forces et les faiblesses du fonctionnement et de l'utilisation des services, ainsi que les solutions envisagées par les acteurs pour résoudre les problèmes. Une approche plus qualitative permet d'aller plus loin dans la compréhension d'un phénomène que l'approche quantitative.

Une des forces de l'étude réside dans la prise en compte des préoccupations de la clientèle, même s'il n'est pas toujours facile d'étudier les problèmes d'une organisation qui dispense des soins et des services à partir des perceptions des utilisateurs et des utilisatrices. Les personnes qui se trouvent en position de demander hésitent souvent à critiquer une organisation qui leur vient en aide, surtout en longue durée. Les personnes rencontrées ont néanmoins manifesté une grande ouverture d'esprit, et les préoccupations dont elles nous ont fait part, tant en ce qui concerne les problèmes, les éléments positifs que les solutions traduisent un réel désir de contribuer à l'amélioration des services; leurs propos sont très révélateurs.

Par contre, il s'agit d'une appréciation subjective des forces et des faiblesses de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie plutôt que d'une mesure directe de résultats.

Il faut insister aussi sur la complexité et la diversité des situations vécues. La réalité ne se découpe pas en noir ou blanc. Les initiatives heureuses et novatrices coexistent souvent avec des

problèmes importants. Une même personne peut à la fois signaler un problème majeur et exprimer sa satisfaction sur un aspect connexe. Un simple regard sur les problèmes et les points forts d'un même milieu donne parfois l'impression de contradictions. Une analyse plus poussée montre que ces contradictions ne sont que les reflets de la complexité du réel. Il est aussi étonnant de constater le caractère évolutif des situations. La moitié des C.L.S.C. visités vivaient ou venaient de vivre une importante restructuration de leur fonctionnement. Des centres hospitaliers dépourvus d'unités de gériatrie active étaient sur le point d'en implanter. Plusieurs tentaient aussi de s'adapter à l'évolution de situations sans cesse plus exigeantes et d'améliorer leur efficacité. Ces situations changeantes rendent difficiles l'analyse des liens entre les modes de fonctionnement et les problèmes ou points forts identifiés.

La stratégie d'échantillonnage choisie ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la clientèle cible, pas plus d'ailleurs qu'elle ne peut généraliser les observations recueillies à l'ensemble des établissements du réseau. Cependant, les propos recueillis auprès des personnes âgées et de leurs proches illustrent la grande diversité des problèmes que celles-ci peuvent vivre lorsqu'elles doivent composer avec les organisations dispensatrices de services, en particulier les C.L.S.C. et les centres hospitaliers. Ces propos expliquent également les situations pouvant contribuer à leur bien-être. Ils permettent aussi d'apprécier l'importance que les personnes âgées y accordent. Il en va de même des propos des dispensateurs et des dispensatrices.

L'ampleur de la situation étudiée, la variété d'établissements visités ne permettent pas de décrire en profondeur tous les éléments pour chacun des établissements. Cependant, l'étude a l'avantage d'offrir une vision plus large, c'est-à-dire qu'elle identifie des problèmes et des points forts qui ne sont pas propres à un seul type d'établissement mais peuvent affecter les clientèles quel que soit l'endroit où elles s'adressent.

Bien que cela n'apparaisse pas clairement dans le rapport, un des effets de la méthode utilisée est d'avoir suscité des rencontres entre des intervenants et des intervenantes qui n'avaient jamais eu de contact entre eux, que ce soit au sein d'un même établissement ou d'organisations différentes. Cela a permis une rétroaction directe et immédiate impliquant parfois des changements dans

certaines pratiques. De plus, le fait d'avoir transmis les listes de problèmes, de points forts et de solutions identifiés par ces mêmes intervenants et intervenantes dans chacun des milieux, ainsi que les rapports d'entrevues conjointes avec des représentants et des représentantes des divers établissements ou organismes, et ce peu de temps après notre passage, a suscité à certains endroits, la poursuite de la réflexion sur leur fonctionnement et leurs pratiques.



## **DEUXIÈME PARTIE**

### **LES RÉSULTATS ET L'ANALYSE**



## **CHAPITRE 3**

### **LES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ÂGÉES ET DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES QUI ONT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE**

Ce chapitre établit le profil des personnes âgées qui ont participé à l'étude à partir de caractéristiques sociodémographiques, de leur état de santé, de leurs limitations fonctionnelles et de divers problèmes psychologiques ou de comportement. En ce qui concerne le personnel clinique et les gestionnaires rencontrés, seules les données sur leur spécialité et leur nombre dans chaque type d'établissement sont présentées.

#### **1. LE PROFIL DES PERSONNES ÂGÉES RENCONTRÉES**

Au départ nous prévoyions rencontrer 90 personnes, soit 10 personnes par territoire, dont 5 sélectionnées par le C.L.S.C. choisi et 5 par le centre hospitalier. Nous n'en avons interviewées que 85, 5 personnes réparties dans 3 régions n'ayant pu être rejointes.

Sur les 85 personnes composant l'échantillon, 22 ont été rencontrées seules, 35 l'ont été en présence d'un aidant ou d'une aidante et 28 n'ont pu être rencontrées, principalement en raison de déficits cognitifs. Dans ces cas, seuls les aidants ou les aidantes ont participé aux entrevues.

Cette section traite des caractéristiques sociodémographiques et du milieu de vie des 85 personnes sélectionnées, de même que de leur état de santé, de leurs limitations fonctionnelles et de divers problèmes psychologiques ou de comportement qui les affectent.

Il est important de rappeler que cet échantillon n'est pas représentatif des personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services d'un centre hospitalier de courte durée ou d'un C.L.S.C., et encore moins de l'ensemble des personnes âgées en général. Il se compose plutôt

de personnes référées par des intervenants et des intervenantes, parce qu'elles leur paraissaient être un bon exemple de personnes vivant des situations problématiques ou non.

### **1.1 Les caractéristiques sociodémographiques et le milieu de vie**

La moyenne d'âge des sujets rencontrés est de 77,3 ans, et elle ne diffère pas de façon significative selon le sexe. (tableau 3) Cependant les personnes référées par les centres hospitaliers sont, en moyenne, légèrement plus âgées, autant chez les hommes que chez les femmes (80,2 ans comparativement à 74,5 ans). Fait à noter, près de la moitié (47 %) de toutes les personnes rencontrées ont 80 ans ou plus. La proportion est un peu plus marquée chez les femmes (50 % comparativement à 43 %) et en centre hospitalier (63 % comparativement à 32 % en C.L.S.C.).

Les femmes sont davantage représentées que les hommes (58,8 % comparativement à 41,2 %). Près de la moitié des personnes rencontrées sont veufs ou veuves (48 %), et plus de femmes que d'hommes sont dans cette situation (58 % comparativement à 34,3 %). Environ une personne sur trois est mariée.

Plus du tiers des personnes habitent seules et, ici encore, les femmes se retrouvent en plus grand nombre dans cette situation (44 % comparativement à 28,6 %). À cet égard, mentionnons qu'il y a très peu de différence entre les personnes référées par les centres hospitaliers et celles référées par les C.L.S.C.

La grande majorité des personnes habitent à leur domicile (84,7 %). Une faible proportion, surtout des clients et des clientes des centres hospitaliers, habite des résidences privées pour personnes âgées.

La présence d'un conjoint ou d'une conjointe, d'un enfant ou d'un autre membre de la parenté vivant à proximité de la personne âgée nous a servi à évaluer le soutien apporté aux personnes âgées. La presque totalité des sujets rencontrés bénéficiaient du soutien d'une personne de son entourage. Le plus souvent, il s'agissait du conjoint ou de la conjointe et des enfants. Que les personnes soient référées par un C.L.S.C. ou un centre hospitalier n'amène aucune différence.

TABLEAU 3

Données sociodémographiques des personnes âgées, selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers)					
	Ensemble	Hommes	Femmes	C.L.S.C.	Hôpital
Âge moyen	77,3 ans	76,8 ans	77,7 ans	74,5 ans	80,2 ans
État civil					
marié	30 (35,3 %)	14 (40,0 %)	16 (32,0 %)	17 (38,6 %)	13 (31,7 %)
célibataire	11 (12,9 %)	7 (20,0 %)	4 ( 8,0 %)	5 (11,4 %)	6 (14,6 %)
veuf(ve)	41 (48,2 %)	12 (34,3 %)	29 (58,0 %)	20 (45,53 %)	21 (51,2 %)
divorcé(e)	3 ( 3,5 %)	2 ( 5,7 %)	1 ( 2,0 %)	2 ( 4,5 %)	1 ( 2,4 %)
Sexe					
masculin	35 (41,2 %)			15 (34,1 %)	20 (48,8 %)
féminin	50 (58,8 %)			29 (65,9 %)	21 (51,2 %)
Type de résidence					
domicile	72 (84,7 %)	30 (85,7 %)	42 (84,0 %)	41 (93,2 %)	31 (75,6 %)
famille d'accueil	2 ( 2,4 %)	2 ( 5,7 %)	0	0	2 ( 4,9 %)
résidence pour personnes âgées	11 (12,9 %)	3 ( 8,6 %)	8 (16,0 %)	3 ( 6,8 %)	8 (19,5 %)
Cohabitation					
seul	32 (37,6 %)	10 (28,6 %)	22 (44,0 %)	17 (38,6 %)	15 (36,6 %)
avec conjoint(e) et enfants	28 (32,9 %)	13 (37,2 %)	15 (30,0 %)	16 (36,3 %)	12 (29,3 %)
avec enfant, neveu, nièce, frère, soeur	21 (24,7 %)	8 (22,9 %)	13 (22,0 %)	11 (25,0 %)	10 (24,4 %)
avec d'autres	4 ( 4,7 %)	4 (11,4 %)	0	0	4 ( 9,8 %)

## 1.2 L'état de santé

Les principaux diagnostics présentés sont ceux inscrits par le personnel clinique sur les fiches synthèses. Le tableau 4 montre qu'au moins une personne sur cinq présente un problème de démence ou de confusion. Par contre, si on fait la compilation à partir de la fréquence des problèmes de confusion moyens ou graves tels qu'évalués par les intervenants et les intervenantes, ce taux est de 27 %. (tableau 5) Les maladies de l'appareil circulatoire, les problèmes cardiovasculaires et les accidents cérébro-vasculaires réunis affectent une personne sur trois. Diverses

affections chroniques (diabète, infections, faiblesse générale, etc.) ou accidents divers touchent près de 30 % des personnes. Les maladies respiratoires telles les maladies pulmonaires obstructives chroniques touchent environ le quart des personnes. La même proportion souffre d'incontinence.

TABLEAU 4

Données sur l'état de santé des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers)					
	Ensemble	Hommes	Femmes	C.L.S.C.	Hôpital
Principaux diagnostics:					
MPOC et autres maladies respiratoires graves	20 (23,5 %)	14 (40,0 %)	6 (12,0 %)	6 (13,6 %)	14 (34,1 %)
Confusion, démence	19 (22,4 %)	8 (22,9 %)	11 (22,0 %)	10 (22,7 %)	9 (22,0 %)
Problèmes cardio-vasculaires (infarctus, insuffisance cardiaque, problèmes circulatoires importants)	17 (20,0 %)	6 (17,1 %)	11 (22,0 %)	5 (11,4 %)	12 (29,3 %)
Accident vasculo-cérébral récent ou ancien avec séquelles	13 (15,3 %)	6 (17,1 %)	7 (14,0 %)	7 (15,9 %)	6 (14,6 %)
Cancer	11 (12,9 %)	4 (11,4 %)	7 (14,0 %)	5 (11,4 %)	6 (14,6 %)
Maladies ostéo-articulaires	10 (11,8 %)	3 (8,6 %)	7 (14,0 %)	5 (11,4 %)	5 (12,2 %)
Maladie de Parkinson	7 (8,2 %)	3 (8,6 %)	4 (8,0 %)	4 (9,1 %)	3 (7,3 %)
Fracture	5 (5,9 %)	0	5 (10,0 %)	0	5 (12,2 %)
Sclérose en plaques, quadriplégie	4 (4,7 %)	2 (5,7 %)	2 (4,0 %)	4 (9,1 %)	0
Autres (diabète, amputation, brûlures, faiblesse générale, infections, hydrocéphalie, état convulsif)	24 (28,2 %)	9 (25,7 %)	15 (30,0 %)	13 (29,5 %)	11 (26,8 %)
Nombre de cas ayant plus d'un diagnostic principal	38 (44,7 %)	18 (51,4 %)	20 (40,0 %)	14 (36,8 %)	24 (63,2 %)
Incontinence	19 (22,4 %)	9 (25,7 %)	10 (20,0 %)	10 (22,7 %)	8 (19,5 %)
Santé perçue					
excellente	2 (2,4 %)	2 (5,7 %)	0	1 (3,7 %)	1 (3,8 %)
très bonne	2 (2,4 %)	0	2 (4,0 %)	0	2 (7,7 %)
bonne	22 (40,7 %)	7 (20,0 %)	15 (30,0 %)	8 (29,7 %)	14 (53,8 %)
moyenne	14 (25,9 %)	3 (8,6 %)	11 (22,0 %)	10 (37,0 %)	4 (15,4 %)
mauvaise	14 (25,9 %)	9 (25,7 %)	5 (10,0 %)	9 (33,3 %)	5 (19,2 %)
(N = 54 répondants)					

TABLEAU 5

Données sur les limitations fonctionnelles et divers autres problèmes psychologiques ou de comportement des personnes âgées selon le sexe et l'établissement de référence (85 dossiers)					
	Ensemble	Hommes	Femmes	C.L.S.C.	Hôpital
Nombre d'activités de la vie quotidienne pour lesquelles une aide est requise (manger, se laver, s'habiller)					
0	25 (29,4 %)	11 (31,4 %)	14 (28 %)	10 (22,7 %)	15 (36,6 %)
1	15 (17,6 %)	4 (11,4 %)	11 (22 %)	11 (25,0 %)	4 (9,8 %)
2	22 (25,9 %)	9 (25,6 %)	13 (26 %)	9 (20,5 %)	13 (31,7 %)
3	23 (27,1 %)	11 (31,4 %)	12 (24 %)	14 (31,8 %)	9 (22,0 %)
Nombre d'activités domestiques pour lesquelles une aide est requise (préparer les repas, entretien ménager léger, lessive, courses)					
0	3 (3,5 %)	1 (2,9 %)	2 (4 %)	0	3 (7,3 %)
1	5 (5,9 %)	1 (2,9 %)	4 (8 %)	4 (9,1 %)	1 (2,4 %)
2	3 (3,5 %)	1 (2,9 %)	2 (4 %)	2 (4,5 %)	1 (2,4 %)
3	1 (1,2 %)	0	1 (2 %)	1 (2,3 %)	0
4	73 (85,9 %)	32 (91,4 %)	41 (82 %)	37 (84,1 %)	36 (87,8 %)
Mobilité					
sans aide	37 (43,5 %)	17 (48,6 %)	20 (40 %)	18 (40,9 %)	19 (46,3 %)
avec marchette, quadripode, aire réduite	30 (35,3 %)	10 (28,6 %)	20 (40 %)	11 (28,6 %)	19 (46,3 %)
fauteuil roulant	16 (18,8 %)	8 (22,9 %)	8 (16 %)	13 (29,5 %)	3 (7,3 %)
alitement	2 (2,4 %)	0	2 (4 %)	2 (4,5 %)	0
Problèmes cognitifs					
aucun	46 (54,1 %)	15 (42,9 %)	31 (62 %)	26 (59,1 %)	20 (48,8 %)
légers	14 (16,5 %)	8 (22,9 %)	6 (12 %)	4 (9,1 %)	10 (24,4 %)
moyens ou graves	23 (27,1 %)	10 (28,6 %)	13 (26 %)	12 (27,3 %)	11 (26,8 %)
difficiles à évaluer	2 (2,4 %)	2 (5,7 %)	0	2 (4,5 %)	0
Problèmes psychologiques ou de comportement					
aucun	53 (62,4 %)	20 (57,1 %)	33 (66 %)	(57,1 %)	(66 %)
anxiété, dépression	12 (14,1 %)	4 (11,4 %)	8 (16 %)	4 (11,4 %)	8 (16 %)
agressivité	9 (10,6 %)	7 (20,0 %)	2 (4 %)	7 (20,0 %)	2 (4 %)
état psychotique, refus de condition, peu de tolérance à la confrontation	6 (7,1 %)	1 (2,9 %)	5 (10 %)	1 (2,9 %)	5 (10 %)
fugues	3 (3,5 %)	3 (8,6 %)	0	3 (8,6 %)	0
comportement dysfonctionnel	2 (2,4 %)	0	2 (4 %)	0	2 (4 %)
Problèmes conjugaux	13 (15,3 %)	5 (14,3 %)	8 (16 %)	(14,3 %)	(16 %)

Moins de femmes que d'hommes ont des maladies respiratoires, mais elles sont plus affectées par les fractures (de la hanche essentiellement).

Plus d'un diagnostic principal était mentionné sur les fiches de 44,7 % des personnes. La clientèle des centres hospitaliers se retrouve en plus grand nombre dans cette situation, mais cela ne semble pas trop influencer sa perception de son état de santé.

Parmi les 54 personnes rencontrées lors des entrevues, le quart estiment que leur état de santé est mauvais, 45 % se perçoivent en excellente, très bonne et en bonne santé, et le quart considèrent que leur état de santé est moyen. On note quelques petites différences selon le sexe, les hommes étant un peu plus nombreux que les femmes à se percevoir en mauvaise santé. Les différences sont plus marquées selon que les personnes soient clients et clientes d'un C.L.S.C. ou d'un centre hospitalier: en C.L.S.C., 33,3 % des clients et des clientes déclarent leur santé mauvaise, comparativement à 19,2 % de ceux et celles en centre hospitalier.

### **1.3 Les limitations fonctionnelles et divers autres problèmes psychologiques ou de comportement**

La grande majorité des personnes rencontrées (85,9 %) a besoin d'aide pour les quatre activités domestiques que sont la préparation des repas, l'entretien ménager, la lessive et les courses (tableau 5). En fait, 3,5 % seulement sont autonomes pour toutes ces activités. Environ 70 % des personnes ont aussi besoin d'aide pour une ou plusieurs activités de la vie quotidienne, soit pour manger, se laver et s'habiller. Plus de la moitié éprouvent des problèmes de mobilité. Une proportion un peu plus élevée de personnes venant des centres hospitaliers n'ont pas besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (36,6 % comparativement à 22,7 % pour la clientèle des C.L.S.C.). On peut penser qu'une plus grande capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne influence davantage la perception de l'état de santé que le nombre ou la nature des maladies.

Quarante-six pour cent des personnes rencontrées présentent des problèmes cognitifs et, pour 27 % d'entre elles, ces problèmes sont relativement importants. Environ 40 % des personnes connaissent des problèmes psychologiques ou de comportement de divers ordres. Les phénomènes dépressifs sont un peu plus marqués chez la clientèle féminine, alors que chez la clientèle masculine ce sont les comportements agressifs. Relativement peu de personnes présentent des problèmes relationnels (15,3 %).

Les personnes âgées sélectionnées par les intervenants et les intervenantes répondent bien aux critères de la population visée: elles sont très âgées, ont une ou plusieurs incapacités permanentes ou sont aux prises avec des pathologies susceptibles de compromettre leur soutien à domicile. De plus, le fait qu'un tiers des personnes habitent seules les rend plus susceptibles de changer de milieu de vie, advenant un problème de santé aigu.

## **2. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTES ET DES INTERVENANTS RENCONTRÉS**

L'information relative aux intervenants et aux intervenantes rencontrés porte strictement sur leur nombre et sur leur spécialité dans chaque type d'établissement. Le tableau 6 illustre cette répartition. Dans tous les C.L.S.C. visités, le ou la gestionnaire rencontré est le coordonnateur ou la coordonnatrice des services à domicile. Dans les centres hospitaliers, la situation varie. En effet, dans la moitié des cas, la personne interviewée est le directeur des services professionnels. Mais peu importe la spécialité et la fonction des personnes rencontrées, elles étaient toutes les plus concernées par l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les catégories d'intervenants et d'intervenantes qui ont participé à l'étude sont assez homogènes d'un endroit à l'autre. Dans tous les C.L.S.C., des infirmières, des intervenantes et des intervenants sociaux et des auxiliaires familiales sont représentés. Les autres groupes importants dans les C.L.S.C. sont les médecins, qui sont consultants ou travaillent à temps partiel, et les ergothérapeutes. Les physiothérapeutes sont moins présents, tout comme les organisateurs et les organisatrices communautaires. À un seul endroit, une nutritionniste faisant partie de l'équipe de soutien à domicile a participé à l'étude. C'est d'ailleurs le seul endroit où cette profession figure au sein de l'équipe de soutien à domicile.

TABLEAU 6

Nombre et spécialité du personnel rencontré  
dans les C.L.S.C. et dans les centres hospitaliers

	C.L.S.C. SPÉCIALITÉ	NOMBRE	CENTRES HOSPITALIERS SPÉCIALITÉ	NOMBRE
Gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Coordonnateur ou coordonnatrice des services à domicile</li> </ul>	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Directeur ou directrice des services professionnels (DSP)</li> <li>▶ Adjoint au DSP</li> <li>▶ Directeur ou directrice des soins infirmiers</li> <li>▶ Chef du département de médecine</li> <li>▶ Coordonnateur ou coordonnatrice de médecine et chirurgie</li> </ul>	5 2 2 1 1
Intervenantes ou intervenants cliniciens	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Infirmières dont deux chefs d'équipe</li> <li>▶ Infirmières auxiliaires</li> <li>▶ Travailleuses ou travailleurs sociaux</li> <li>▶ Psychologue</li> <li>▶ Techniciens et techniciennes en service social</li> <li>▶ Médecins</li> <li>▶ Ergothérapeutes</li> <li>▶ Physiothérapeutes</li> <li>▶ Organiseurs et organisatrices communautaires</li> <li>▶ Auxiliaires familiales (dont 5 chefs d'équipe)</li> <li>▶ Nutritionniste</li> </ul>	14 1 11 1 5 6 5 3 3 12 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Infirmières               <ul style="list-style-type: none"> <li>- infirmières et infirmiers-chef à l'urgence</li> <li>- infirmières de liaison (urgence et une à UCDG)</li> <li>- infirmière-chef gériatrie</li> <li>- infirmière-chef soins prolongés</li> <li>- infirmière-chef médecine</li> <li>- infirmière-chef cardiologie</li> <li>- infirmière-chef neurologie</li> <li>- infirmière-chef chirurgie</li> </ul> </li> <li>▶ Médecins               <ul style="list-style-type: none"> <li>- à l'urgence</li> <li>- gériatrie</li> <li>- soins de longue durée</li> <li>- autres départements</li> </ul> </li> <li>▶ Travailleuses et travailleurs sociaux               <ul style="list-style-type: none"> <li>- liaison (urgence)</li> <li>- autres</li> </ul> </li> <li>▶ Ergothérapeutes</li> <li>▶ Physiothérapeutes</li> </ul>	39 4 5 12 8 6 2 1 1 12 3 6 1 2 1 10 7 9

Dans les hôpitaux, les groupes fortement représentés sont les infirmières et les infirmiers, les travailleuses et les travailleurs sociaux, les médecins, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Cependant, contrairement aux C.L.S.C. où le programme du soutien à domicile constitue un secteur de services particulier, plusieurs unités ou départements d'un centre hospitalier donnent des services aux personnes âgées. On a demandé aux hôpitaux de désigner des représentants et des représentantes des urgences, de la gériatrie, des unités de soins de longue durée et des autres unités (médecine, chirurgie, cardiologie, etc.) susceptibles d'intervenir auprès de la clientèle cible. L'urgence est bien représentée par des agents et des agentes de liaison, une infirmière-chef ou un médecin. Il en va de même de l'unité de courte durée gériatrique, mais pour celle-ci, ce sont surtout des ergothérapeutes, les travailleuses et travailleurs sociaux, des infirmières-chefs et des médecins qui font figure de représentants. Les départements autres que la gériatrie (médecine et cardiologie surtout) sont représentés par l'infirmière dans la moitié des hôpitaux. Cependant, aucun médecin travaillant dans ces départements n'a participé aux rencontres. Dans un centre hospitalier, aucun médecin n'était disponible pour participer aux entrevues.

Les C.S.S., pour leur part, ont délégué des intervenantes et intervenants sociaux travaillant directement auprès des personnes âgées, des responsables du secteur personnes âgées, de même que des responsables des services d'admission et de placement et des services à la communauté.

Les représentants et les représentantes des R.R.S.S.S. sont généralement une personne responsable de la coordination des admissions, une personne responsable des programmes de soutien à domicile, une personne responsable du secteur des personnes âgées. À certains endroits, un ou une conseillère des services à la clientèle et une personne responsable de la courte durée gériatrique étaient présents.



## **CHAPITRE 4**

### **LES FACTEURS STRUCTURAUX**

Ce chapitre présente le premier volet des principaux résultats de la démarche d'évaluation selon des thèmes qui décrivent et analysent les facteurs structurant le processus de prestation de services. Le processus en tant que tel et quelques effets observés chez la clientèle sont abordés aux chapitres 5 et 6. Dans chaque volet, l'analyse inclut les perceptions des différents acteurs, les forces et les faiblesses de l'organisation et de la prestation de service. Quant aux solutions proposées par le personnel des établissements et la clientèle, elles sont présentées dans les synthèses des chapitres 5 et 6. L'analyse fait ressortir, s'il y a lieu, les différences observées selon les variables d'échantillonnage énumérées au début du chapitre 2. De plus, les facteurs structureaux sont mis en relation avec des aspects de la prestation de services et des effets observés.

Ce chapitre, tout comme les deux chapitres subséquents, s'accompagne de tableaux indiquant la fréquence avec laquelle les différents problèmes ou les points forts et les facteurs facilitant le processus de prestation de services ont été mentionnés. Dans le cas des intervenants et des intervenantes, c'est le nombre d'établissements où une mention a été faite qui est inscrit. Dans le cas de la clientèle, l'unité demeure la personne, cliente ou aidante. Une même mention par un client ou une cliente et son aidant ou son aidante n'est comptabilisée qu'une fois. À moins d'indication contraire, l'utilisation du vocable intervenants et intervenantes s'applique aussi aux gestionnaires.

Les principaux facteurs qui structurent le processus de prestation de services et influencent les résultats se divisent en trois catégories. La première catégorie inclut des éléments organisationnels sur lesquels les établissements n'ont pas de prise tels que la disponibilité des ressources, les orientations ministérielles et régionales, la coordination régionale et sous-régionale, ainsi que

d'autres sur lesquels ils peuvent agir. Ceux-ci sont regroupés sous le titre de fonctionnement organisationnel interne. La deuxième catégorie comprend les qualifications des intervenants et des intervenantes, et la troisième, quelques caractéristiques du milieu de la personne âgée et des attitudes de la clientèle par rapport au réseau de services.

## 1. LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans cette section, on retrouve des éléments relatifs à la disponibilité des services d'hébergement et de soutien à domicile et de certains types de personnel. On y retrouve davantage de problèmes que de points forts. (tableau 7)

### 1.1 Les ressources d'hébergement

**C'est en soulignant leur insuffisance qu'on aborde la question des ressources d'hébergement. Presque partout, et principalement dans les hôpitaux, les intervenants et les intervenantes signalent le manque de ressources d'hébergement publiques, surtout pour les personnes en grande perte d'autonomie, et les délais d'attente qui s'ensuivent (neuf centres hospitaliers, trois C.L.S.C., deux R.R.S.S.S. et un C.S.S.). Ce sont surtout les hôpitaux logeant un nombre élevé de personnes en attente d'hébergement dans des lits de courte durée qui se plaignent du manque de places. Mais deux hôpitaux qui recourent souvent au secteur privé et ont réussi à diminuer considérablement le nombre de personnes en attente s'en plaignent aussi. Le problème de la non-disponibilité de places en centres d'accueil d'hébergement pour des personnes en moins grande perte d'autonomie est plutôt soulevée du point de vue de l'accessibilité, tant physique que géographique, que de celui de la quantité de places comme telle.**

Selon les données du M.S.S.S., les territoires visités ont un nombre suffisant de places, compte tenu du nombre de personnes âgées dans leurs limites (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Il n'y a donc pas de relation entre le nombre de places disponibles et les besoins

TABLEAU 7 : Fréquence exprimée du thème "Disponibilité et accès aux ressources"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb)	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
	11													
<b>• Ressources d'hébergement</b>														
▶ Hébergement (suffisance, localisation, adapté)	9	-	3	-	2	7	-	2	-	1	-	-	-	9
▶ Hébergement privé	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
▶ Ressources intermédiaires	8	-	3	-	-	6	-	1	-	1	-	-	-	1
<b>• Ressources de soutien</b>														
▶ Services d'aide et de soins à domicile	11	4	6	-	-	9	1	2	-	1	-	-	-	-
▶ Autres services:														
Répit - dépannage - conv.	8	3	-	-	-	5	-	4	-	2	-	-	-	-
Centre de jour	7	-	1	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Hôpital de jour, équipe ext. gén., UCDG	8	-	-	-	2	2	-	3	-	-	-	-	-	-
Soins palliatifs	3	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Communautés culturelles	5	-	3	-	1	-	-	-	-	2	-	1	1	-
Disponibilité, équité et accès aides techniques et équipements	10	3	3	1	-	4	-	1	-	-	-	4	-	6
Disponibilité et accès au transport	9	-	7	-	-	3	-	1	-	1	-	-	-	5

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

TABLEAU 7 : Fréquence exprimée du thème "Disponibilité et accès aux ressources" (SUITE)

PROBLÈMES														
	Territoires (nb)	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		11	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.
Ressources psychogériatriques	9	-	4	1	-	8	-	4	-	1	1	-	-	-
Engorgement des lits courte durée	6	-	-	-	-	5	-	2	-	-	-	-	1	-
<b>• Disponibilité de personnel</b>														
▶ Personnel de base en centre hospitalier	8	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	11	2
▶ Réadaptation	10	3	2	-	3	7	-	2	-	-	-	3	-	-
▶ Médecine C.L.S.C. et domicile	8	1	6	-	-	2	-	-	-	1	-	2	-	-
▶ Communautaires	3	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
▶ Service social	4	2	1	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	-
▶ Services spécialisés (inhalo., diététiques)	6	1	3	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clients et clientes et aidants et aidantes rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

TABLEAU 7 : Fréquence exprimée du thème "Disponibilité et accès aux ressources" (SUITE)

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
<b>• Ressources d'hébergement</b>								
▶ Hébergement (suffisance, localisation, adapté)	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ Hébergement privé	1	-	-	-	-	-	-	3
▶ Ressources intermédiaires	-	1	-	1	-	-	-	-
<b>• Ressources de soutien</b>								
▶ Services d'aide et de soins à domicile	-	4	-	-	-	2	-	-
▶ Autres services:								
Externes (911, etc.)	8	3	7	2	-	-	-	7
Répit - dépannage - conv.	1	-	1	-	-	-	-	-
Centre de jour	2	1	-	1	-	-	-	-
Hôpital de jour	-	-	-	-	-	-	-	-
Variété	2	2	-	-	-	-	-	-
Soins palliatifs	2	-	2	-	-	-	-	-
Sécurité	6	3	-	2	-	6	5	-
Communautés culturelles	7	1	-	1	-	4	-	-
Disponibilité, équité et accès aux aides techniques et équipements	7	1	-	-	-	-	-	-



perçus en ce domaine. Par ailleurs, dans deux territoires où les données du M.S.S.S. montrent un fort surplus de places, des données complémentaires indiquent qu'une forte proportion de celles-ci sont reconnues comme non fonctionnelles pour des personnes en grande perte d'autonomie.

De plus, presque partout les intervenants et les intervenantes déplorent **l'insuffisance de l'un ou l'autre type de ressources intermédiaires**: familles d'accueil (aujourd'hui résidences d'accueil), appartements supervisés, pavillons). Le sous-financement des familles d'accueil régulières et l'absence de création de places en familles d'accueil spéciales sont relevés à deux reprises; la réticence des familles et de la clientèle à accepter de telles ressources est soulignée à quelques reprises. Dans une région, l'existence de "familles d'appui", forme modifiée de familles d'accueil où des personnes vivant à leur domicile sont visitées et reçoivent des services de personnes demeurant dans leur entourage, est appréciée. On craint cependant que leur existence ne soit menacée par la disparition des C.S.S. qui financent cette ressource.

Dans deux régions semi-urbaines, on a mis sur pied de nouvelles formes de familles d'accueil. Dans la première, il s'agit d'un petit pavillon géré conjointement par le C.S.S. et un organisme communautaire. Dans la seconde, une vingtaine d'appartements en HLM sont réservés par le C.S.S. et supervisés par des personnes l'habitant. Ces ressources sont considérées comme très satisfaisantes. La question de leur viabilité suite à la disparition des C.S.S., n'a pas été soulevée.

Une dizaine de clients et de clientes mentionnent aussi la difficulté de trouver une place d'hébergement, quelle que soit la sévérité de la perte d'autonomie. Un aidant déplore le fait que l'on doive parfois faire des demandes trop tôt pour être certain d'avoir une place. Un autre dont la mère est confuse, résume le problème:

*"C'est difficile de trouver une place pour une personne comme ma mère parce qu'elle est encore capable de manger seule et de marcher. Il y a des places pour ceux qui sont autonomes et pour ceux qui ne font plus rien."*

## 1.2 Les ressources de soutien à domicile

Il est question ici des services directs donnés au domicile, tels que les soins et les différentes formes d'aide (gardiennage, bains, repas, etc.), de même que les autres types de services pouvant s'adresser à la personne vivant à domicile ou à ses proches.

### **Les services d'aide et de soins à domicile**

Les ressources des C.L.S.C. pour répondre aux besoins de soutien à domicile des personnes âgées de leur territoire varient considérablement d'un établissement à l'autre. Si l'on tient compte de la pression exercée sur eux (nombre de personnes âgées de 75 ans et plus et leur proportion dans la population) et des budgets qui leur sont alloués (soutien régulier et intensif: programmes SIMAD et Fonds régional pour les personnes handicapées) la situation peut se résumer comme suit :

- forte pression, budget très réduit : deux C.L.S.C.;
- pression moyenne, budget réduit : trois C.L.S.C.;
- pression légère, budget réduit : un C.L.S.C.;
- pression moyenne, budget suffisant : un C.L.S.C.;
- pression légère, budget suffisant : trois C.L.S.C.

La notion de budget suffisant demeure ici très relative. La Fédération des C.L.S.C. du Québec juge qu'un seul des C.L.S.C. visités pouvait convenablement répondre aux besoins de la population qu'il dessert en ce qui concerne le soutien à domicile (Fédération des C.L.S.C. du Québec, 1989).

**Indépendamment de l'établissement ou du territoire, les intervenants et les intervenantes déplorent unanimement la pénurie de ressources humaines et financières affectées aux services directs, particulièrement au gardiennage, aux activités de la vie quotidienne (bains, habillement, etc.) et domestiques (repas, entretien ménager y compris les travaux lourds).**

**Parmi les clients et les clientes qui estiment que la quantité de services reçus est insuffisante, une dizaine relie ce problème à la rareté des ressources dans les C.L.S.C. Plusieurs disent même de ceux-ci: "Ils font ce qu'ils peuvent".**

Les seuls éléments positifs apportés par trois C.L.S.C. se rapportent au programme SIMAD et au Fonds régional pour les personnes handicapées, lesquels ont ajouté des ressources et à la création, à un endroit, d'un poste de préposé aux travaux lourds et à l'adaptation du milieu. Aucun commentaire négatif n'a été émis quant à la suffisance des soins à domicile. Plusieurs hôpitaux ont mentionné au contraire la facilité d'accès à ces services.

#### **Les autres services (centres de jour, équipements, transport, etc.)**

Dans les territoires urbains en particulier, on déplore la **rareté des ressources de convalescence, de répit et de dépannage** (trois C.L.S.C., cinq centres hospitaliers, quatre R.R.S.S.S. et deux C.S.S.). En plus de relever le problème de l'insuffisance de ressources, on remet parfois en question les critères d'accès à celles-ci (accès au lits d'urgence sociale en passant exclusivement par l'hôpital, critères restrictifs écartant les personnes ayant des problèmes psychogériatriques ou une grande perte d'autonomie, délais d'attente trop longs pour la convalescence). Le manque de ressources pour les soins palliatifs représente un problème dans trois territoires; un C.L.S.C. en fait d'ailleurs une priorité.

**L'absence d'unité de courte durée gériatrique en centres hospitaliers** est soulignée par une R.R.S.S.S., et deux hôpitaux qui en sont dépourvus en font un problème prioritaire. Les difficultés d'accès aux hôpitaux de jour, parfois à cause de l'insuffisance de ressources, parfois à cause de critères d'admission ne favorisant pas le roulement de la clientèle, sont des points soulevés par les participants et les participantes (une R.R.S.S.S. et trois centres hospitaliers).

Quelques clients et clientes en région semi-urbaines se plaignent du manque d'activités communautaires : ils et elles aimeraient avoir des visiteurs pour leur tenir compagnie (un est en famille

d'accueil) ou avoir accès à un centre communautaire, ressource d'ailleurs souhaitée par le C.L.S.C. d'une de ces régions.

Le fait que certains services ne soient pas disponibles ou adaptés aux diverses communautés culturelles, y compris à la communauté anglophone, est signalé surtout dans la région de Montréal, mais aussi dans une région où vit un petit nombre d'anglophones (trois C.L.S.C., deux C.S.S. et un centre hospitalier). Une R.R.S.S.S. mentionne toutefois la création d'un plan d'accessibilité aux services pour ces clientèles.

**Presque tous les C.L.S.C. et environ la moitié des hôpitaux soulèvent des problèmes d'accès aux équipements destinés à pallier certaines incapacités:** long délai pour le programme de l'O.P.H.Q.<sup>1</sup>, multiplicité des critères et des normes des divers programmes de financement des aides techniques (Croix-Rouge, R.A.M.Q.<sup>2</sup>, O.P.H.Q., aide sociale, fondations), absence d'un programme de financement pour l'entretien des équipements d'inhalothérapie, absence d'une banque régionale d'équipement. À cet égard, précisons que la plupart des C.L.S.C. et des centres hospitaliers estiment qu'ils n'ont pas les ressources et l'espace nécessaires pour offrir un service de prêt et de récupération d'aides techniques. De fait, un seul C.L.S.C. dispose d'un tel service. **Une vingtaine de clients et de clientes font part de problèmes tels que le délai pour l'obtention d'un fauteuil roulant, l'absence d'un programme d'entretien d'appareils d'inhalothérapie et d'un prêt temporaire pour des besoins permanents. Un même nombre de personnes sont satisfaites du prêt d'équipement par le C.L.S.C. (glucomètre, concentrateur d'oxygène, fauteuil roulant).**

**Les problèmes de transport pour la clientèle âgée en perte d'autonomie sont aussi très fréquemment soulevés** (sept C.L.S.C., trois centres hospitaliers, une R.R.S.S.S. et un C.S.S.). On parle de l'absence pure et simple de transport en commun ou de l'absence de transport

---

<sup>1</sup> O.P.H.Q.: Office des personnes handicapées du Québec

<sup>2</sup> R.A.M.Q.: Régie de l'assurance-maladie du Québec

adapté. On critique, entre autres, le fait que les services de transport adapté privilégient les personnes handicapées plus jeunes au détriment des personnes âgées se déplaçant avec difficulté sans avoir nécessairement besoin d'un fauteuil roulant (six établissements, dans quatre territoires). Cinq clients et clientes soulèvent le problème de transport; l'une d'entre elles doit même se priver d'aller à ses traitements de physiothérapie à l'hôpital quand les bénévoles ne sont pas disponibles.

**Presque partout** (huit centres hospitaliers, quatre R.R.S.S.S., cinq C.L.S.C., deux C.S.S.) **l'insuffisance de ressources destinées aux personnes âgées éprouvant des problèmes cognitifs et de comportement est signalée** (équipe de psychogériatrie, hébergement, service de gardiennage, etc.). Ailleurs, on mentionne l'exclusion de ces clientèles, que ce soit dans certains centres de jour ou dans certaines unités de courte durée gériatrique.

Par contre, en régions urbaines surtout, plusieurs (trois C.L.S.C., deux R.R.S.S.S., sept clients et clientes) insistent sur **l'importance que certaines ressources parfois externes au réseau ont pour les personnes**, et qui leur permettent d'assurer leur sécurité à domicile (service 24-7, 911, policiers, télésurveillance, ambulance).

Dans deux territoires urbains, des intervenants et intervenantes de plusieurs établissements se montrent satisfaits de la variété des ressources existant dans leur milieu et estiment que les problèmes sont davantage dûs au manque de coordination entre celles-ci qu'à leur insuffisance.

La présence du centre de jour ainsi qu'un nouveau type de gestion conjointe de cette ressource avec un organisme communautaire, en région semi-urbaine est appréciée dans trois territoires.

**L'engorgement des lits par les personnes âgées dans les hôpitaux, phénomène essentiellement urbain, est perçu comme la conséquence directe d'un manque de ressources** : manque de places d'hébergement, insuffisance de services à domicile dans l'attente d'une place d'hébergement ou pour prévenir l'épuisement des aidants et des aidantes. L'hôpital devient souvent le seul endroit où les personnes âgées peuvent obtenir des services. L'évaluation du nombre de person-

nes en attente d'hébergement dans des lits de courte durée sur le nombre total de lits indique que ce taux est très variable : de 0,01 à 0,23. Sur les cinq centres hospitaliers qui mentionnent des problèmes d'engorgement, deux ont toutefois moins de 5 % de personnes âgées en attente dans des lits de courte durée.

Pour pallier ce problème, un centre hospitalier a créé un comité responsable de placer temporairement en familles d'accueil des personnes en attente d'une place en centre d'accueil avec une entente prévoyant une réhospitalisation rapide de celles qui décompensent. Deux autres centres hospitaliers recourent plutôt aux ressources privées.

### 1.3 La disponibilité de personnel

#### **Le personnel infirmier et les préposés en centres hospitaliers**

Même si deux hôpitaux affirment manquer de personnel infirmier et de préposés, **c'est surtout la clientèle (13 personnes dans 7 autres établissements) qui insiste sur l'insuffisance de ces catégories de personnel et son incidence sur la qualité soins.**

*"Les infirmières courent tout le temps."*

*"Ils sont débordés."*

*"À l'hôpital, on a des bons soins. Mais les infirmières du C.L.S.C. font mieux. Elles ont plus de temps pour nettoyer et désinfecter. À l'hôpital ils ne désinfectaient pas. À part ça, j'ai rien à dire contre l'hôpital. Ils ont beaucoup de patients à voir. Ils sont pressés, occupés."*

#### **Le personnel de réadaptation en centre hospitalier et en C.L.S.C.**

**La pénurie de personnel de réadaptation, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes préoccupe les participants et les participantes dans presque tous les territoires. Elle représente**

un problème prioritaire dans trois hôpitaux; deux autres mentionnent plutôt le manque de personnel de soutien pour aider le personnel spécialisé dans son action.

Les données factuelles indiquent que deux C.L.S.C. seulement ont une ergothérapeute et une physiothérapeute à temps complet. **Le manque de réadaptation à domicile est signalé dans neuf territoires**; dans les territoires semi-urbains surtout, on précise que les services de réadaptation à domicile sont franchement insuffisants (quatre centres hospitaliers et cinq C.L.S.C. dont trois de façon prioritaire) et dans les unités de réadaptation de moyen séjour (deux R.R.S.S.S.).

### **Le personnel médical donnant des services à domicile**

La pénurie de médecins en C.L.S.C., que ce soit pour la prévention, les visites à domicile ou pour le soutien aux intervenants et aux intervenantes, est mentionnée dans six territoires. On note aussi la difficulté de recruter des médecins en C.L.S.C.; selon une cadre, il n'existe aucune forme de services médicaux à domicile dans son territoire. Dans deux autres C.L.S.C., on déplore que les médecins de pratique privée n'aillent pas à domicile.

Les questionnaires indiquent que deux C.L.S.C. urbains seulement ont l'équivalent d'un médecin à temps complet dans leur équipe de soutien à domicile. Cinq en bénéficient à temps partiel dont trois, une journée par semaine seulement ou moins, et trois n'en ont aucun, notamment en milieu semi-urbain.

Deux C.L.S.C. précisent que la présence de médecins dans leur équipe constitue un atout précieux.

### **Les autres types de personnel**

En ce qui concerne les autres types de ressources humaines, les problèmes varient selon les territoires:

- manque de travailleuses sociales et de travailleurs sociaux (trois R.R.S.S.S., trois C.L.S.C. urbains dont deux en font une priorité et deux centres hospitaliers urbains).
- manque d'inhalothérapeute pour les traitements à domicile (un C.L.S.C.) et de diététiste (trois C.L.S.C.);
- manque de bénévoles (trois territoires semi-urbains surtout).

#### 1.4 Synthèse

*La disponibilité des ressources pose, en définitive, des problèmes à plusieurs catégories d'intervenants et d'intervenantes, de même qu'à certains clients et clientes dans tous les territoires.*

*Presque partout, l'insuffisance des ressources d'hébergement pour les personnes en grande perte d'autonomie, et l'insuffisance de ressources de soutien à domicile, particulièrement celles qui concernent l'aide et le gardiennage, sont signalées. Ces deux facteurs combinés ne sont pas étrangers au phénomène d'engorgement des lits de courte durée observé dans plusieurs hôpitaux. Le manque de ressources de gardiennage et d'hébergement est particulièrement important pour les personnes âgées qui ont des problèmes cognitifs et de comportement.*

*Le manque de ressources de répit, de convalescence et de places dans des ressources intermédiaires est également mentionné. Les familles d'accueil, aujourd'hui les résidences d'accueil, sont davantage sur la sellette. Leur formule est à repenser. Des nouvelles formes de familles d'accueil ont d'ailleurs été mises sur pied dans deux territoires semi-urbains.*

*Outre l'insuffisance, d'autres facteurs interviennent au chapitre des ressources, dont l'inaccessibilité physique et géographique des centres d'accueil dans certains territoires et des critères limitant l'accès à certaines ressources de soutien à domicile telles que les lits de répit et certains centres de jour.*

*Le personnel n'est pas en nombre suffisant partout. La pénurie touche plus particulièrement les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, tant à domicile que dans les centres hospitaliers,*

*le personnel médical en C.L.S.C. et pour les visites à domicile, ainsi que les travailleuses et travailleurs sociaux. La clientèle fait état du manque d'infirmières et d'infirmiers, de même que du manque de préposés et préposées aux bénéficiaires dans les hôpitaux. Là où elles en sont absentes, des unités de courte durée gériatrique sont réclamées.*

*L'adaptation des ressources aux communautés culturelles est un problème important, particulièrement dans la région de Montréal. Les délais pour l'accès aux aides et aux équipements sont très longs. Des problèmes de transport existent, tant dans les régions urbaines que les autres, pour la clientèle âgée en perte d'autonomie.*

## **2. LES INTERVENTIONS MINISTÉRIELLES ET RÉGIONALES**

Certaines interventions du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Régies régionales font l'objet de critiques, notamment de la part des intervenants et des intervenantes. Les points litigieux portent principalement sur les orientations émanant du Ministère et concernant les services à donner et sur l'attribution et la gestion des budgets par le Ministère et les Régies régionales (tableau 8).

### **2.1 Les orientations ministérielles et l'allocation budgétaire**

Les intervenants et les intervenantes de tous les types d'établissements blâment l'absence d'orientations claires du Ministère. Les aspects les plus fréquemment relevés touchent en premier lieu, le type de clientèle à couvrir (à domicile, en hébergement privé, etc.) et le type de services à domicile à mettre en place. On veut savoir de façon claire si les C.L.S.C. doivent offrir des services en résidences d'hébergement privées et en familles d'accueil (quatre R.R.S.S.S., quatre centres hospitaliers, deux C.L.S.C. et un C.S.S.). Quelques personnes ayant choisi d'y vivre n'ont pas reçu les services requis et se sont retrouvées démunies; elles avaient pourtant choisi ce type de ressources pour pallier des pertes d'autonomie:

TABLEAU 8 : Fréquence exprimée du thème "Interventions ministérielles et régionales"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
<b>• Orientations ministérielles et allocation budgétaire</b>														
▶ Les services à développer, la clientèle à couvrir	9	-	2	-	-	4	-	3	1	1	-	1	-	-
▶ L'uniformité des services	10	-	3	1	-	1	-	4	1	1	-	2	-	-
▶ La gratuité, l'engagement de la famille et de la communauté	5	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
▶ La collaboration entre secteurs: la complémentarité publique et privée	7	-	-	-	-	2	-	2	1	1	-	-	-	-
▶ La publicité gouvernementale sur le soutien à domicile	5	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ La rémunération des médecins à l'acte.	6	-	-	1	-	4	1	1	-	1	-	-	-	-
▶ L'allocation directe.	4	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
▶ La budgétisation	9	1	4	-	-	2	-	4	-	-	-	-	-	-
<b>• Régionales</b>														
▶ Règles concernant la gestion de SIMAD et du Fonds régional	7	-	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes, <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidants et aidantes seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

TABLEAU 8 : Fréquence exprimée du thème "Interventions ministérielles et régionales" (SUITE)

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientations ministérielles et allocation budgétaire</b></li> <li>▶ Les services à développer, la clientèle à couvrir</li> <li>▶ L'uniformité des services</li> <li>▶ La gratuité, l'engagement de la famille et de la communauté</li> <li>▶ La collaboration entre secteurs: la complémentarité publique et privée</li> <li>▶ La publicité gouvernementale sur le soutien à domicile</li> <li>▶ La rémunération des médecins à l'acte</li> <li>▶ L'allocation directe.</li> <li>▶ La budgétisation</li> <li>• <b>Régionales</b></li> <li>▶ Octroi de subventions aux organismes communautaires et méthodes de partage des budgets d'alourdissement</li> </ul>								
	1	-	-	-	-	1	-	-
	2	-	-	2	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-
	7	-	-	4	-	-	-	-

*"Le C.L.S.C. ne pouvait venir à la résidence privée. C'est un problème. Tout ce qu'ils peuvent offrir, ce sont les prises de sang et la tension artérielle. Je pense que les résidences devraient être subventionnées pour offrir les services dont les personnes ont besoin."*

*"Le C.L.S.C. ne nous a pas dit que nous n'aurions pas de services d'eux ici." (à la résidence privée)*

De façon plus large, les intervenants et les intervenantes s'inquiètent **du manque d'orientations relatives à la collaboration ou au partenariat entre les secteurs public et privé**: contrôle de la qualité des services offerts, rôles et responsabilités de chacun, mécanismes de plaintes, etc. (trois R.R.S.S.S., un C.S.S. et deux centres hospitaliers).

Pour le personnel d'un C.L.S.C. particulièrement démuni financièrement, il est primordial **d'établir quelle clientèle est prioritaire et de déterminer clairement les services à assurer**, car on ne croit plus à une augmentation prochaine des budgets octroyés aux C.L.S.C. **Doit-on répondre aux personnes qui ont des besoins plus grands, quitte à négliger l'aspect préventif? Doit-on, au contraire, privilégier la prévention? Ou doit-on faire les deux?**

Chaque C.L.S.C. dispose d'une marge de manœuvre pour établir sa propre "politique" de services à domicile. En raison de l'absence de paramètres précis fixés par le Ministère et de l'inégalité des budgets, les services offerts par les C.L.S.C. varient d'un endroit à l'autre. **Ce manque d'uniformité des services entre les C.L.S.C. est d'ailleurs un aspect qui pose des problèmes dans la presque totalité des territoires** et qui est surtout mis en évidence par les R.R.S.S.S. et les C.L.S.C. (cinq R.R.S.S.S., quatre C.L.S.C., un C.S.S. et un centre hospitalier). Ainsi, des C.L.S.C. d'une même région ou de régions avoisinantes dispensent des services d'entretien ménager alors que d'autres ne le font pas. Bien que les besoins des personnes âgées demeurent les mêmes, les services peuvent être fort inégaux. Au moins deux personnes dans un territoire ont signalé un tel manque d'uniformité entre des C.L.S.C.: l'un desservait les résidences privées, l'autre pas.

Des intervenants et intervenantes de quatre C.L.S.C. vont jusqu'à accuser le gouvernement de mentir à la population. La publicité gouvernementale sur le soutien à domicile, disent-ils, crée des attentes en confortant la population dans son droit à recevoir des services, bien que ne soit fournie qu'une fraction des ressources nécessaires pour répondre aux besoins. Précisons que ces C.L.S.C. connaissent de fortes pressions reliées au nombre important de personnes âgées de plus de 75 ans sur leur territoire et à un budget relativement restreint. Un C.L.S.C. situé à proximité d'une autre province doit composer avec la politique plus généreuse de cette dernière en matière de soutien à domicile.

**La rémunération à l'acte des médecins est aussi un problème que soulèvent plusieurs, surtout en milieu hospitalier, et qu'on retrouve dans six territoires** (cinq centres hospitaliers, un C.L.S.C., un R.R.S.S.S.). Selon les intervenants et les intervenantes, ce mode de rémunération ne favorise ni le recrutement des médecins en C.L.S.C. ni leur participation à l'équipe multidisciplinaire.

Certains facteurs sont mentionnés un peu moins fréquemment, ce qui n'enlève rien à leur importance. On se plaint, entre autres, du manque d'orientations touchant la contribution financière exigée du client et de la cliente et de sa famille pour des services de soutien à domicile (prioritaire pour deux C.L.S.C. et une R.R.S.S.S.) et le niveau d'engagement que le réseau public peut raisonnablement attendre de la famille et des organismes communautaires (une R.R.S.S.S. et un C.L.S.C.). Ces priorités proviennent surtout des milieux où les budgets alloués pour le soutien à domicile, compte tenu des besoins, sont les plus faibles. Les intervenants et les intervenantes d'un C.L.S.C. émettent certaines mises en garde sur le risque de pénaliser trop fortement la classe moyenne en lui imposant un fardeau supplémentaire. Actuellement, les intervenants et les intervenantes des C.L.S.C. tiennent compte plus ou moins officiellement de la capacité financière de la clientèle, tout en se sentant mal à l'aise d'exiger, qu'une personne dévoile sa situation financière. Ils éprouvent de la difficulté à juger de la capacité financière d'un client pour payer les services et sont amers de devoir porter quotidiennement le poids d'une absence de décisions politiques.

La clientèle ne s'est pas prononcée directement sur cette question, à l'exception d'une aidante qui remet en question la politique d'admission aux services d'aide à domicile; cette politique lui semble reposer sur des critères financiers du fait que, vivant et prenant soin d'un parent au domicile de celui-ci, elle ne reçoit aucune aide. Cependant, comme on le verra un peu plus loin, les nombreuses personnes qui se plaignent du coût élevé de certains services expriment indirectement leur préoccupation sur cet aspect.

Quelques intervenants et intervenantes (une R.R.S.S.S. et deux C.L.S.C.) soulèvent aussi le problème du manque de balises précises pour encadrer l'utilisation de l'allocation directe. Ils estiment en outre que cette dernière constitue un encouragement au travail au noir et une pratique comportant des difficultés de gestion pour les personnes âgées.

En même temps que le réseau sociosanitaire souhaite des orientations plus précises, il insiste aussi sur la nécessité de conserver l'autonomie et la marge de manœuvre lui permettant une plus grande souplesse dans la manière de répondre aux besoins de la clientèle. En fait, on s'attend à ce que le Ministère assume le leadership de la clarification des sujets fondamentaux.

**Les modes de budgétisation** constituent un autre secteur de l'activité ministérielle qui pose problème, principalement aux R.R.S.S.S. et aux C.L.S.C. dans tous les territoires, sauf deux (quatre R.R.S.S.S., cinq C.L.S.C. dont l'un en fait une de ses priorités et deux centres hospitaliers). **Les intervenants et les intervenantes dénoncent une budgétisation qui ne tient pas suffisamment compte des besoins spécifiques des régions** et qui engendre des inégalités. **Les budgets accordés aux C.L.S.C. participants varient considérablement: les C.L.S.C. les plus jeunes reçoivent beaucoup moins que les plus anciens.**

**Ils et elles critiquent également l'allocation de budgets par établissement.** Cette forme de budgétisation incite des C.L.S.C. à orienter vers des établissements d'hébergement des personnes qui pourraient demeurer chez-elles, mais auxquelles ils ne peuvent dispenser des services appropriés, faute de budgets.

La répartition des crédits entre les divers programmes de soutien (SIMAD, Fonds régional pour les personnes handicapées, soutien régulier) crée également des difficultés. Historiquement, ces programmes se sont développés avec leur logique et leurs critères propres. Ils n'ont pas de vision d'ensemble, même s'ils visent le même but. Il arrive qu'il faille réduire le nombre d'heures de services offerts pour répondre aux critères du programme régulier, parce que la caisse du budget SIMAD est vide. L'inverse peut aussi se produire.

Enfin, **l'instabilité des budgets de développement** (les sommes annuelles dites "d'alourdissement de la clientèle") **crée d'énormes difficultés en matière de planification**. Il arrive que des budgets annoncés en début d'année soient réduits par la suite de façon à s'adapter à des restrictions budgétaires ou à de nouvelles répartitions interétablissements. Il faut alors couper des budgets déjà engagés, au mécontentement de tous. La situation inverse peut se produire : des montants non prévus peuvent être alloués en fin d'exercice; les C.L.S.C. se voient alors obligés de les dépenser, et ce, pas toujours de la manière la plus rationnelle.

## **2.2 Les orientations régionales**

La gestion régionale de certains budgets de soutien à domicile soulève des problèmes pour les trois quarts des C.L.S.C.. Par contre, des régions ont adopté diverses mesures pour assurer une meilleure répartition des ressources.

En dépit de la tendance à la décentralisation des budgets de soutien à domicile vers les C.L.S.C., **les budgets SIMAD ou du Fonds régional sont encore centralisés aux R.R.S.S.S. dans cinq régions visitées**. Cette situation nuit à l'utilisation optimale des ressources selon les intervenants et les intervenantes. Bien qu'ils considèrent que la gestion quotidienne ne doit pas relever des R.R.S.S.S., deux gestionnaires ne sont pas favorables au rapatriement de budgets déjà insuffisants en C.L.S.C. : ils craignent des problèmes d'équité et croient aussi qu'une telle opération encourage la pratique de dilution, laquelle consiste à offrir moins de services que requis, de manière à desservir plus de personnes.

**Des normes concernant l'accessibilité au programme SIMAD ou au Fonds régional sont imposées par trois R.R.S.S.S. aux C.L.S.C., ce que désapprouve le personnel. Par exemple, pour accéder à ces programmes, un C.L.S.C. doit accorder un minimum d'heures/soins par le programme régulier. Dans un autre cas, les services de gardiennage sont exclus de SIMAD. Dans les régions où SIMAD existe, l'exclusion des personnes âgées du Fonds régional pour les personnes handicapées soulève un problème d'équité, puisque le programme SIMAD, souvent utilisé pour les personnes âgées en perte d'autonomie, n'offre pas toujours, contrairement à ce que fait habituellement le Fonds régional, un niveau de services correspondant aux besoins réels des personnes. Ce problème est soulevé dans cinq régions.**

Soulignons quelques tentatives mentionnées par certaines régions pour optimiser l'utilisation des ressources:

- l'octroi de subventions aux organismes communautaires (deux R.R.S.S.S.);
- le développement de méthodes de partage des budgets d'alourdissement de la clientèle (quatre R.R.S.S.S.). Dans un cas, la méthode tient compte de la mise en place de services de réadaptation. Deux régions envisagent la possibilité de transférer les ressources du programme d'hébergement vers le programme de soutien à domicile, mais cela apparaît particulièrement difficile pour l'une d'elles.

### **2.3 Synthèse**

*Les interventions ministérielles et régionales suscitent plusieurs critiques dans toutes les régions.*

*Le ministère de la Santé et des Services sociaux est blâmé pour son manque de leadership en matière de soutien à domicile et son manque de franchise à l'égard de la population quant aux possibilités réelles du soutien, étant donné les ressources qu'il y consacre. On réclame des balises quant à plusieurs aspects de la pratique : partenariat public-privé, clientèles prioritaires,*

*prise en compte de la situation financière de la clientèle et de leur famille, type de services à offrir. L'incohérence de la budgétisation des services à domicile, l'allocation des budgets par établissement et l'instabilité des budgets de développement sont également relevés presque partout. A plusieurs endroits, le problème du type de rémunération des médecins est évoqué pour expliquer leur faible participation aux réunions d'équipe.*

*Le palier régional n'échappe pas à la critique, principalement en raison des directives concernant l'exclusion des personnes âgées du Fonds régional pour les personnes handicapées et la centralisation des budgets SIMAD. Toutefois, certains gestionnaires de C.L.S.C. doutent des bienfaits de la décentralisation.*

### 3. LA COORDINATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE

Ce thème fait ressortir à la fois les forces et les faiblesses des différents moyens mis en place au niveau régional ou sous-régional pour organiser, harmoniser, mieux articuler les différents services offerts ou à offrir à la clientèle. Il est difficile de distinguer collaboration et coordination, les deux étant intimement liées et pouvant être considérées comme les deux extrémités d'un même continuum. Pour les fins de l'étude, la collaboration est analysée en fonction du processus (coopération concrète par rapport à un client ou une cliente), alors que la coordination se situant davantage au niveau des organisations est traitée comme facteur structural.

Les observations sur la coordination sont regroupées sous trois objets. Les deux premiers et les plus fréquemment mentionnés sont la concertation et la complémentarité des missions et des approches (traitées par les R.R.S.S.S. et les centres hospitaliers) et des éléments de fonctionnement des mécanismes régionaux d'orientation et d'admission (soulevés par les R.R.S.S.S., les centres hospitaliers et la clientèle). Un troisième objet, les mécanismes de transfert d'information et de références interétablissements, constitue un sujet beaucoup moins souvent abordé. (tableau 9)

TABLEAU 9 : Fréquence exprimée du thème "Coordination sous-régionale et régionale"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
Concertation et complémentarité des missions et des approches	10	-	4	-	-	4	1	3	4	-	-	-	-	-
• Partage interterritoire	5	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Mécanismes régionaux d'orientation et d'admission	8	-	-	1	-	6	1	2	-	1	-	-	-	4
Mécanismes de transfert d'informations et de référence	3	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidants et aidantes rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
Concertation et complémentarité des missions et des approches	10	1	2	6	-	-	-	-
• Partage interterritoire	-	-	-	-	-	-	-	-
Mécanismes régionaux d'orientation et d'admission	7	-	1	4	-	-	-	1
Mécanismes de transfert d'informations et de référence	2	1	-	1	-	-	1	-

### **3.1 La concertation et la complémentarité des missions et des approches**

**La concertation entre les différentes ressources d'un même territoire ou de sous-territoires est souvent déficiente, ce qui conduit à l'utilisation irrationnelle de ces ressources.** Cet aspect est discuté dans la presque totalité des territoires par les R.R.S.S.S. et les centres hospitaliers surtout.

**Chaque établissement fonctionne de manière isolée. Le personnel offre une réponse qui est d'abord en fonction des services disponibles dans leur propre établissement et non des besoins de la clientèle, ne tenant pas toujours compte de l'ensemble des services offerts par le réseau.**

Les situations témoignent principalement de ce manque de concertation :

- des chevauchements entre les missions des C.L.S.C. et des centres de jour, par exemple, et entre celles des centres de jour et des hôpitaux de jour;
- une conception différente de chaque établissement du rôle des unités de courte durée gériatrique et des équipes de liaison;
- la difficulté qu'ont les établissements à se partager et à utiliser des ressources de répit, de dépannage, entre territoires avoisinants.

**Pourtant les Régions régionales ont mis en place différentes structures pour favoriser la concertation,** mais le dynamisme diffère d'une région à l'autre et les ressources humaines en place ne sont pas les mêmes partout non plus, comme on peut le voir dans les exemples qui suivent.

- Deux R.R.S.S.S. animent des tables de concertation sous-régionales sur l'hébergement alors qu'une R.R.S.S.S. de milieu urbain a mis en place des comités formés d'intervenants et d'intervenantes de diverses provenances et intéressés à la question du soutien à domicile

(comités de liaison de soutien à domicile, comité régional de soutien à domicile). Cependant, ce ne sont pas tous les acteurs qui y siègent; les unités de courte durée gériatrique en sont absentes, ainsi que le soutien et l'hébergement qui ont des tables distinctes. Le personnel des établissements estime que ce n'est pas le forum de communication idéal. Dans une région en particulier, on déplore l'absence ou l'insuffisance d'intervenants et d'intervenantes cliniques au sein de ces groupes.

- Même si la coordination relève généralement d'une instance régionale, des initiatives émanent des établissements d'une sous-région qui ont mis sur pied une structure liant le C.L.S.C., le centre de jour et le centre d'accueil d'hébergement pour offrir un service intégré de gériatrie.
- Le monitoring et le système d'information sur la clientèle sont également considérés comme des outils de coordination intéressants. Quatre R.R.S.S.S. ont développé un système de monitoring de la clientèle hébergée et, exceptionnellement, de la clientèle des services à domicile. Deux centres hospitaliers disposent d'un système d'information sur la clientèle; dans l'un deux, le système est centralisé au centre hospitalier et les établissements du territoire de l'ancien département de santé communautaire (DSC) y participent, ce qui permet d'obtenir rapidement des renseignements de base sur une clientèle commune.
- Trois R.R.S.S.S. en milieu urbain ont travaillé à consolider et à rationaliser différents programmes (gériatrie, hébergement, réadaptation moyen séjour). Un nouveau mécanisme pour coordonner l'accès aux unités de moyen séjour de réadaptation est en voie d'implantation dans une région.
- Une R.R.S.S.S. joue un rôle de médiateur pour favoriser l'accessibilité aux services pour les cas difficiles, lorsqu'une concertation interétablissements est requise.
- Plus récemment, des R.R.S.S.S. ont adopté une démarche de planification régionale pour l'organisation des services aux personnes âgées en se préoccupant de faire participer les personnes âgées à la définition de leurs besoins.

### **3.2 Certains éléments des mécanismes régionaux d'orientation et d'admission**

Toutes les R.R.S.S.S. participent activement au processus d'orientation et d'admission dans les établissements d'hébergement publics depuis 1985. Plusieurs ont développé des moyens pour améliorer ce processus. Il subsiste néanmoins une certaine insatisfaction, exprimée surtout par sept centres hospitaliers, mais aussi par des clients et des clientes de quatre territoires ainsi que par deux R.R.S.S.S., un C.L.S.C. et un C.S.S.

**La lourdeur et la durée du processus de même que l'absence de priorité accordée à la clientèle hospitalisée** sont des faiblesses évoquées essentiellement par cinq centres hospitaliers des régions urbaines. Deux centres hospitaliers en milieu urbain éprouvent aussi des difficultés à faire héberger la clientèle hospitalisée en provenance de sous-régions différentes.

La rigidité des mécanismes se traduit par le non respect du choix des clients et des clientes et par **le trop court laps de temps accordé entre le moment où une personne est informée qu'une place est disponible et celui où elle doit faire son entrée dans l'établissement:**

*"Après un an d'attente, elle a eu une place mais on n'avait que deux jours pour la préparer. C'était trop rapide. On a dit d'en faire passer une autre."*

Elle se traduit également par **la difficulté de faire admettre des conjoints et des conjointes ayant des niveaux de dépendance différents.** La clientèle (quatre personnes dans quatre territoires différents) et les intervenants et les intervenantes (un C.S.S., un R.R.S.S.S., deux centres hospitaliers et un C.L.S.C.) en font état. Un fils illustre bien les conséquences vécues par l'admission de sa mère:

*"On avait demandé si mon père pouvait rester avec ma mère parce que cela fait quand même 54 ans qu'ils vivent ensemble. La travailleuse sociale a dit que si mon père suivait ma mère en centre d'accueil, il se dégraderait. Mon père a mal vécu la séparation. C'est dur quand il y en a un qui meurt, mais au moins, après le deuil, c'est fini. Mais là, il va la voir deux ou trois fois par semaine. C'est comme un deuil qui s'éternise. C'est l'affaire la plus cruelle qu'on peut faire, les séparer."*

Divers moyens ont été mis en place ou sont étudiés par les R.R.S.S.S. pour maximiser l'utilité de ces mécanismes ou pour élargir leur rôle et les adapter aux besoins spécifiques de leur région. Cependant, même si dans une région urbaine des rencontres régulières d'information ont été organisées avec les centres hospitaliers, ce sont plutôt les R.R.S.S.S. des régions semi-urbaines qui ont apporté des modifications aux présentes structures et, de façon générale, ce ne sont pas dans ces régions que les problèmes ont été mentionnés. Voici quelques-uns de ces moyens.

- Dans une région, un comité d'orientation et d'admission a ajouté à ses fonctions habituelles d'admission dans les établissements celle de mettre en place de nouvelles formules d'aide; aussi, les équipes chargées de déterminer les services sont décentralisées au niveau des sous-régions, l'étape d'orientation et d'admission demeurant au niveau régional. De plus, la démarche utilisée pour les personnes ayant besoin d'être hébergées et qui consiste en une évaluation avec une grille standardisée (C.T.M.S.P.<sup>3</sup>) et la détermination des services requis par une équipe multidisciplinaire, est appliquée à l'ensemble des personnes nécessitant des services à long terme, que ce soit en hébergement ou à domicile.
- Dans une autre région, les comités d'orientation et d'admission sous-régionaux délèguent leurs responsabilités à une coordonnatrice régionale et ne se réunissent que pour les cas litigieux. Cette méthode jugée efficace par la R.R.S.S.S. est cependant remise en question par une sous-région qui préfère la présence d'une seule et même équipe responsable de la détermination de services, de l'orientation et de l'admission.
- Ailleurs, un groupe de travail étudie la possibilité d'inclure une représentation des pavillons aux comités d'orientation et d'admission.

---

<sup>3</sup> C.T.M.S.P.: classification par types en milieu de soins et services prolongés

### 3.3 Les mécanismes de transfert d'information et de références interétablissements

Cette question est moins fréquemment soulevée que les autres : deux C.L.S.C. seulement déplorent l'absence de mécanismes de transfert d'information entre établissements d'un même territoire ou de territoires différents, lorsque des personnes doivent recevoir des services dans les grands centres.

Cependant, deux initiatives régionales pour améliorer le transfert d'information et les références entre les établissements ont été mentionnées.

- Une région expérimente un formulaire de référence nécessitant la participation de plusieurs partenaires du réseau, et ce dans deux sous-régions. Toutefois, s'il est clair que la majorité des établissements participants sont en faveur d'une telle formule, selon l'évaluation faite par la R.R.S.S.S., il n'est pas évident que celle-ci permette de recueillir une information plus pertinente, plus succincte ou plus complète, ni qu'elle évite la duplication de données ou qu'elle influence significativement la prise de décisions. Un gestionnaire d'un des centres hospitaliers participants doute de l'efficacité de cette formule.
- Un C.L.S.C. a aussi mis au point un outil de référence en diététique qui est utilisé dans toute la région.

### 3.4 Synthèse

*Le manque de coordination sous-régionale et régionale est identifié comme un facteur d'utilisation non rationnelle des ressources à plusieurs endroits. Les principaux constats sont: l'approche par établissements et le chevauchement des missions de certaines ressources. Les incitatifs budgétaires sont sans doute à remettre en question. Différentes structures ont été mises en place dans les régions pour accroître la complémentarité des ressources telles que le monitoring de la clientèle et un service intégré de gériatrie dans une sous-région. Des plans régionaux d'organisation des services aux personnes âgées commencent à se développer; la démarche est*

*amorcée dans quatre régions. Dans certains territoires, des tables de concertation sous-régionales sont en place mais tous les acteurs pertinents n'y sont toujours pas présents.*

*Certains éléments des mécanismes régionaux d'orientation et d'admission sont critiqués : lourdeur et durée du processus, absence de souplesse quant à l'adaptation de la réponse à certains besoins de la clientèle. Des adaptations de ces mécanismes ont été expérimentées en régions semi-urbaines. La nécessité de meilleurs mécanismes pour assurer les références entre les établissements a également été soulevée.*

#### **4. LE FONCTIONNEMENT ORGANISATIONNEL INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS**

La gestion tout comme certains modes de fonctionnement organisationnel interne constituent des facteurs structuraux importants rapportés par les intervenants et les intervenantes des établissements.

Le présent thème comprend cinq aspects abordés par la moitié ou plus des milieux: le mode de gestion du personnel, le climat de travail au sein des équipes, la programmation et la coordination des services, les facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations à l'interne et les modalités d'organisation du travail. (tableau 10)

##### **4.1 Le mode de gestion du personnel**

Cet élément n'a été discuté que dans les C.L.S.C. Les aspects positifs priment sur les problèmes et sont présents à six endroits. Il s'agit de :

- **l'autonomie laissée aux intervenants et aux intervenantes** (cinq C.L.S.C., surtout ceux implantés avant 1980);

**TABLEAU 10 : Fréquence exprimée du thème "Gestion et fonctionnement organisationnel interne"**

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Mode de gestion du personnel	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
► Climat, intégration des équipes	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
► Programmation et coordination des services (entre les unités ou dans l'équipe)	5	2	2	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
► Facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations	7	2	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
► Modalités d'organisation du travail	11	4	4	-	-	8	-	-	1	1	-	15	8	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clients et clientes et aidants et aidantes rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	centre hospitalier 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Mode de gestion du personnel	7	7						
► Climat, intégration des équipes	10	9	7	-	-	-	-	-
► Programmation et coordination des services (entre les unités ou dans l'équipe)	1	-	1	-	-	-	-	-
► Facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations	6	1	4	-	-	-	-	-
► Organisation du travail	9	8	8	-	-	-	-	-

- **l'ouverture de la direction aux besoins du personnel**, qui se manifeste, entre autres, par la souplesse des mesures de remplacement, par la juste répartition de la charge de travail, par l'expérimentation de petites équipes pour faciliter le travail (trois C.L.S.C. gérant des équipes de grande taille).

Néanmoins, des difficultés ont été identifiées dans trois territoires par les intervenantes et les intervenants:

- l'absence de politiques claires concernant l'information donnée au personnel lorsque des plaintes sont portées contre lui;
- le manque d'encadrement préventif du personnel (ex. : en cas de mort subite d'un client, de violence à domicile, etc.);
- une structure de gestion qui accentue le clivage entre le secteur médical et le secteur social, notamment par la désignation de deux chefs d'équipe ou coordonnateurs et coordonnatrices, l'un en nursing et l'autre en service social pour l'aide.

Les intervenantes et les intervenants de trois C.L.S.C. souhaitent que leur direction mette sur pied un comité de planification stratégique qui tienne compte de la base.

#### **4.2 Le climat de travail au sein des équipes**

Le climat régnant au sein des équipes est en général excellent. Presque tous les C.L.S.C. et les trois quarts des équipes des centres hospitaliers mentionnent des éléments positifs, dont **le climat d'entente, de confiance, la facilité des communications informelles, l'entraide, le soutien entre les membres des équipes.**

#### **4.3 La programmation et la coordination des services**

On retrouve davantage de problèmes que de points forts en ce qui concerne la programmation et la coordination des services. Les problèmes sont présents dans près de la moitié des C.L.S.C.

(deux en font une de leurs priorités) et dans la moitié des centres hospitaliers (quatre les ont mis en priorité). Les problèmes mentionnés sont les suivants.

- **La difficulté de coordonner les interventions pour assurer un véritable travail d'équipe**, et ce en raison de la taille des équipes, de leur nombre ou de la dispersion des intervenants et des intervenantes, plusieurs étant souvent à l'extérieur (deux C.L.S.C. et un centre hospitalier). Dans les hôpitaux, l'absence de liens fonctionnels entre la gériatrie active et les unités de soins aigus ou la réadaptation pose des problèmes de coordination des services gériatriques à deux endroits.
- Le manque de leadership pour actualiser le travail d'équipe, bien que, selon un gestionnaire, il faille aussi vaincre la résistance des intervenants et des intervenantes à cet égard (deux C.L.S.C.);
- L'absence de programmation pour les personnes âgées en perte d'autonomie (deux centres hospitaliers de taille moyenne).

Le seul élément positif mentionné est la coordination formelle des services gériatriques dans un centre hospitalier de grande taille, quoique, encore là, le fait d'assurer une communication constante et efficace entre les diverses composantes constitue toujours un défi.

Une solution proposée par un C.L.S.C. pour faciliter la coordination est de créer plusieurs petites équipes.

#### **4.4 Les facteurs qui entravent ou facilitent les collaborations à l'interne**

Certains aspects du fonctionnement interne, par exemple, les procédures de références, la mobilité des équipes et l'accès aux dossiers peuvent gêner ou, au contraire, faciliter les collaborations. Quatre C.L.S.C. et quatre centres hospitaliers ont signalé des problèmes, alors que des éléments facilitant les collaborations sont identifiés dans deux C.L.S.C. et quatre centres hospitaliers. Les problèmes soulevés sont les suivants.

- La complexité des procédures de références en service social; problème prioritaire pour deux C.L.S.C. situés en milieu semi-urbain.
- L'impossibilité de référer des clients directement au personnel de la réadaptation à partir de la clinique externe ou de l'urgence; problème prioritaire pour deux centres hospitaliers en milieu urbain.
- Le manque de mobilité des équipes gériatriques à l'interne (deux centres hospitaliers). Dans ces deux cas, aucun membre des équipes des unités de gériatrie active ne va en consultation dans les autres départements, et les intervenants et les intervenantes trouvent que cette situation pose des problèmes, car les interventions gériatriques sont limitées à une partie seulement de la clientèle hospitalisée qui pourrait en bénéficier.
- **L'inaccessibilité des dossiers pour les auxiliaires familiales (trois C.L.S.C.).**

Les éléments qui facilitent les collaborations sont les suivants:

- le regroupement physique des intervenants et des intervenantes à l'unité de gériatrie;
- la mobilité d'une équipe (et non pas d'un seul intervenant) qui se rend à l'urgence et en consultation dans les départements;
- la possibilité pour tout intervenant ou toute intervenante de référer directement un client, à l'interne ou à l'externe (deux C.L.S.C.).

#### **4.5 Les modalités d'organisation du travail**

Les modalités d'organisation du travail ont un impact sur les services. Des points forts sont identifiés dans presque tous les C.L.S.C. et les centres hospitaliers. Ils se rapportent à l'un ou l'autre ou quelques-uns des aspects ci-dessous.

- **L'adoption d'un outil uniforme** (CTMSP ou autre) dans les C.L.S.C. des territoires de trois R.R.S.S.S. et **l'utilisation d'instruments d'évaluation** qui permettent de mieux tenir compte de l'ensemble des besoins et **qui facilitent le travail d'équipe** (deux centres hospitaliers, trois C.L.S.C., deux R.R.S.S.S.).
- L'existence **d'un dossier unique** (trois C.L.S.C.).

- Des réunions statutaires sur le fonctionnement de l'équipe, pour le partage des cas (un centre hospitalier, un C.L.S.C.).
- Des instruments facilitant la planification hebdomadaire, les remplacements, la gestion du temps (trois C.L.S.C., un centre hospitalier).
- La présence de personnes qui peuvent apporter leur expertise dans des situations complexes (deux centres hospitaliers et un C.L.S.C.).
- Le contrôle des admissions par l'unité de gériatrie active selon des critères pré-établis (un centre hospitalier).
- **L'existence d'une équipe de gériatrie structurée.** Tous les centres hospitaliers qui se sont dotés d'une telle structure considèrent qu'elle favorise la diffusion de l'approche gériatrique et de sa philosophie à l'ensemble de l'hôpital, alors que les centres qui en sont dépourvus trouvent difficiles d'adopter une approche concertée. Nous avons cependant constaté que même en présence d'une telle équipe, il est rare qu'une approche gériatrique soit vraiment implantée dans les départements autres que ceux réservés aux personnes âgées.
- La possibilité de partager les dossiers entre infirmiers et infirmières de deux territoires différents pour mieux équilibrer la charge de travail (un C.L.S.C.).

Des problèmes sont également soulevés dans tous les C.L.S.C. et tous les centres hospitaliers, tant par les intervenants et les intervenantes que par la clientèle. La question de **la rigidité des horaires de services et l'inaccessibilité des services en fin de semaine et en dehors des heures régulières de bureau** préoccupe particulièrement la clientèle (au moins huit personnes dans six C.L.S.C.). Ces préoccupations sont également partagées par les intervenants et les intervenantes de deux C.L.S.C. qui en font d'ailleurs une priorité. Dans un centre hospitalier, la non disponibilité de l'infirmière de liaison en dehors des heures régulières est un problème prioritaire.

D'autres problèmes sont plutôt identifiés par les intervenants et les intervenantes.

- **L'absence d'un outil complet et, dans certains cas, d'un outil uniforme d'évaluation et de détermination de services** (quatre C.L.S.C. dont un de façon prioritaire, une R.R.S.S.S.). Même si tous les C.L.S.C. disent disposer d'un outil, dans la plupart des cas, il s'agit de

grilles maisons. Les grilles concernant les soins et utilisées par les infirmiers et les infirmières (grilles s'inspirant de OREM, du système WEED, du modèle d'Anderson, etc.) sont souvent différentes de celles utilisées par les autres professionnels. Dans les centres hospitaliers, la situation est fort variable et chaque profession adopte souvent ses propres outils. La grille C.T.M.S.P. est critiquée en raison de sa longueur (quatre centres hospitaliers) ou de sa faiblesse au plan psychosocial (deux C.L.S.C. et un C.S.S.).

- **La surcharge du personnel**, le manque de temps pour les discussions (quatre C.L.S.C. dont un en fait une priorité et un centre hospitalier).
- Le manque d'accès à des instruments ou à des équipements facilitant la tâche des intervenants et des intervenantes (ex.: manque d'accès à des planches de bain pour les auxiliaires, absence de méthode de transmission de l'information pour faciliter le travail du personnel de remplacement (deux priorités dans deux C.L.S.C. et une mention dans un autre).
- La multiplicité des dossiers pour un même client ou cliente ou des dossiers incomplets (un C.L.S.C. et un centre hospitalier).
- **La rigidité de l'organisation du travail** dans certains cas. Même si les exemples sont peu nombreux, ils sont néanmoins indicatifs des pertes potentielles de productivité à corriger. En voici un. À un endroit, l'auxiliaire familiale dispense des services en demi-journée fermée, indépendamment des besoins réels du client ou de la cliente, ce qui est remis en question par un groupe d'intervenants et d'intervenantes, mais non par les auxiliaires qui y voient, au contraire, des avantages pour le client ou la cliente. Ailleurs, il est très difficile d'affecter une auxiliaire à un autre territoire que le sien pour alléger la tâche d'une collègue, car les territoires sont protégés.

#### 4.6 Synthèse

*Dans la catégorie des facteurs organisationnels, se retrouvent des facteurs sur lesquels les établissements ont une prise. Parmi ceux-ci, il y a les modes de gestion du personnel. Ils n'ont pas vraiment été remis en question. Au contraire, l'autonomie laissée aux intervenantes et aux intervenants est ressortie fréquemment comme force surtout dans les C.L.S.C. les plus anciens. Néanmoins, un aspect faisant problème est soulevé à un endroit, quoiqu'il puisse*

*exister ailleurs, et risque d'avoir des répercussions importantes sur l'approche globale en C.L.S.C.: la désignation de chefs d'équipe ou de coordonnateurs et coordonnatrices par discipline, l'un en nursing et l'autre en service social. Cette situation ne fait qu'accentuer le clivage parfois observé entre ces deux disciplines.*

*Même si le travail d'équipe structuré est loin d'être de mise partout, le climat d'entente, d'entraide, de communications informelles est excellent presque dans tous les milieux.*

*La coordination des services à l'interne, que ce soit entre les services ou entre les disciplines, ne semble pas toujours facile (taille et nombre des équipes, clivage administratif entre l'aide et les soins). La mobilité des équipes gériatriques, tout comme le regroupement physique des intervenants et des intervenantes en gériatrie, la possibilité de se référer directement à d'autres ressources, l'accessibilité de tous les intervenants et de toutes les intervenantes aux dossiers, y compris les auxiliaires, sont les principaux aspects facilitant la collaboration à l'interne, lorsqu'ils sont présents. Dans le cas contraire, des problèmes existent.*

*Les modalités organisationnelles les plus susceptibles d'influencer positivement la qualité des services sont l'utilisation d'un outil d'évaluation uniforme, le dossier unique, des outils et des instruments simples de planification hebdomadaire, d'aide aux travail des intervenants et des intervenantes, des horaires adaptés en C.L.S.C., des unités de gériatrie structurées dans les centres hospitaliers et la souplesse dans l'organisation du travail. Leur absence entraîne des problèmes.*

## **5. LES QUALIFICATIONS DES INTERVENANTS ET DES INTERVENANTES**

Ce thème couvre quatre aspects: la compétence professionnelle, l'intérêt à l'égard de la clientèle, l'accès à la formation et à la supervision, la connaissance des ressources. (tableau 11)

TABLEAU 11 : Fréquence exprimée du thème "Qualifications du personnel"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb)	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
	11													
•La compétence professionnelle	9	1	2	-	4	2	-	1	-	1	-	2	6	2
•L'intérêt à l'égard de la clientèle	8	-	-	-	3	2	-	2	-	-	-	-	3	1
•La formation et la supervision	5	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
•La connaissance des ressources:														
▶ services à l'interne par le personnel des établissements;	4	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ services externes par le personnel des établissements et par les médecins de pratique privée.	7	-	5	-	-	4	-	3	1	-	1	-	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidants et aidantes rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

TABLEAU 11 : Fréquence exprimée du thème "Qualifications du personnel" (SUITE)

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
•La compétence professionnelle	11	5	3	-	1	5	9	-
•L'intérêt à l'égard de la clientèle	9	5	5	-	-	3	4	-
•La formation et la supervision	9	9	2	1	-	-	-	-
•La connaissance des ressources:								
▶ services à l'interne par le personnel des établissements;	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ services externes par le personnel des établissements et par les médecins de pratique privée	2	1	-	1	-	-	-	-

## 5.1 La compétence du personnel

Les connaissances professionnelles et la sensibilisation du personnel à l'approche gériatrique sont des questions abordées dans tous les territoires par les intervenants et les intervenantes et par la clientèle.

- Six hôpitaux (quatre de façon prioritaire), une R.R.S.S.S. et six clients et clientes insistent sur **le manque de connaissances et de sensibilisation du personnel des centres hospitaliers et particulièrement des médecins spécialistes, à la condition des personnes âgées. Ce problème apparaît tant dans des centres hospitaliers où il n'y a pas de services gériatriques que dans ceux où ces services existent, et ce quel que soit leur degré de rayonnement dans ces hôpitaux.**
- Trois C.L.S.C. et un C.S.S. signalent **le manque de formation chez les auxiliaires, les bénévoles et les travailleurs et travailleuses autonomes** qui donnent des services non spécialisés et font du gardiennage, problème aussi mentionné par la clientèle.
- Une R.R.S.S.S. en région semi-urbaine relie l'impossibilité de développer l'expertise du personnel à la forte rotation du personnel en région éloignée. Pour ce qui est des points positifs:
  - **une quinzaine de clients et de clientes** ayant eu des contacts avec l'un ou l'autre des établissements **mentionnent la compétence du personnel;**
  - **des intervenants et des intervenantes mettent eux-mêmes la compétence, la créativité et l'expérience à leur actif** (cinq C.L.S.C. , un C.S.S. et trois centres hospitaliers dans lesquels les infirmières et les infirmiers sont particulièrement visés) alors que deux cadres de C.L.S.C. soulignent la qualité de leur personnel.

## 5.2 L'intérêt à l'égard de la clientèle

**L'absence d'intérêt de leur personnel envers les personnes âgées, en particulier des médecins spécialistes, est déploré par cinq centres hospitaliers, dont trois en font une priorité.** Trois clients et clientes et une R.R.S.S.S. font état du même problème. Quatre de ces hôpitaux mentionnent que non seulement les médecins ne s'intéressent guère à cette clientèle, mais qu'ils sont peu sensibilisés à leur situation dans son ensemble.

**Par contre, dans la moitié des centres hospitaliers, on met en évidence le grand intérêt de certains intervenants et intervenantes, particulièrement de ceux de l'unité de soins de longue durée et de l'unité de courte durée gériatrique, à l'égard de la clientèle âgée.** Plusieurs relient ce phénomène au libre choix du personnel de travailler avec cette clientèle. **La moitié des C.L.S.C. soulignent aussi l'engagement du personnel auprès de la clientèle âgée.** Sept personnes mentionnent leur appréciation du travail des intervenants et des intervenantes.

## 5.3 L'accès à la formation et à la supervision

Cinq C.L.S.C. trouvent qu'il y a **des problèmes d'accès à la formation**, qu'il s'agisse de formation structurée ou de soutien aux intervenants et aux intervenantes. Deux cadres ne sont pas d'accord avec cette perception. Quant aux hôpitaux, ils n'en font pas mention.

Cinq C.L.S.C. parlent, au contraire, de leurs forces en ce domaine, dont deux qui avaient aussi mentionné des problèmes en matière d'accès à la formation. Deux autres offrent des occasions d'échanger entre les professionnels de même formation; deux emploient leur personnel professionnel pour la formation ou le soutien aux auxiliaires et cinq, surtout en milieu urbain, offrent une formation structurée sur des thèmes divers ou une supervision régulière. Deux centres hospitaliers seulement font de même. Dans un autre C.L.S.C., les intervenants et les intervenantes disent se préoccuper sans cesse de la formation, même s'ils et elles ne sentent pas que cela soit partagé par leurs gestionnaires.

#### 5.4 La connaissance des ressources

Dans quatre établissements, des membres du personnel ne savent pas toujours vers quelle discipline professionnelle ils doivent orienter la clientèle à l'interne et connaissent peu les services existant au sein même de leur organisation (deux C.L.S.C. et deux centres hospitaliers, question prioritaire pour chacun des cas).

Par ailleurs, on souligne le fait que les médecins et l'ensemble du personnel des hôpitaux méconnaissent les services offerts par le C.L.S.C. (trois C.L.S.C., quatre centres hospitaliers) et que les intervenantes et les intervenants soient plus ou moins au courant des ressources extérieures à leur établissement (quatre R.R.S.S.S. et deux C.L.S.C.). Un gestionnaire estime que, dans leur cas, il s'agit plutôt d'un conflit entre les deux établissements concernés que d'un manque de connaissance.

On comprend dans ces circonstances la difficulté de diriger un client ou une cliente vers la ressource qui lui convient le mieux.

Très peu d'établissements (un C.L.S.C. et une R.R.S.S.S. en milieu urbain) ont mis sur pied des mesures destinées à augmenter les connaissances des intervenants et des intervenantes sur les ressources existantes. Dans un cas, ces mesures ont pris la forme de déjeuners-causeries avec les organismes et, dans l'autre, d'une publication de deux répertoires des ressources privées et communautaires. Cette publication est cependant critiquée, car on n'y retrouve pas d'information sur la qualité des ressources privées recensées.

#### 5.5 Synthèse

*Les qualifications des intervenants et des intervenantes constituent une deuxième catégorie de facteurs pouvant influencer la qualité de la prestation de services.*

*La perception que la clientèle a de la compétence professionnelle des intervenants et des intervenantes est très positive. Plusieurs intervenants et intervenantes mettent aussi la créativité et la compétence à leur actif, ce qui est corroboré par les gestionnaires.*

*Par contre, un manque de sensibilisation et de connaissances relativement à l'approche globale ou gériatrique est imputé au personnel, plus particulièrement aux spécialistes, chez qui les intervenants et les intervenantes dénotent aussi un manque d'intérêt à l'égard de la clientèle âgée, et ce tant dans les hôpitaux n'ayant pas de services gériatriques que dans ceux qui en ont. La situation est différente, selon plusieurs, dans les départements gériatriques (unités de soins de courte ou de longue durée) où la motivation est grande et l'engagement est profond chez les intervenantes et les intervenants, tout comme chez le personnel de plusieurs C.L.S.C.*

*Dans quelques C.L.S.C., on estime que la formation des auxiliaires, des bénévoles, des travailleurs et travailleuses autonomes et du personnel des agences privées de services à domicile est déficiente. Ce phénomène s'explique par la complexité des problèmes auxquels ces personnes se trouvent parfois confrontées. De façon générale, la formation structurée est jugée insuffisante dans la moitié des C.L.S.C., ce que ne cautionnent pas deux gestionnaires en particulier. Dans l'autre moitié et dans un centre hospitalier, on consent des efforts importants à la formation.*

*Il est déjà surprenant qu'un problème de méconnaissance des services offerts par d'autres établissements puisse être mentionné par des intervenants et des intervenantes de C.L.S.C. ou de centres hospitaliers. Et pourtant, une telle méconnaissance s'étend parfois aux services de leur propre établissement.*

## **6. LES CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU, LES ATTITUDES DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE ET LA CONNAISSANCE QUE LA POPULATION A DES SERVICES OFFERTS**

Ce thème fait ressortir certaines caractéristiques du milieu social et familial et des attitudes de la clientèle âgée susceptibles, selon les participants et les participantes de nuire à la prestation de services. La connaissance que la population a des services disponibles est également traitée. Les problèmes y sont plus nombreux que les points forts. (tableau 12)

### **6.1 Les caractéristiques du milieu familial et social**

Ce sont surtout les intervenants et les intervenantes des C.L.S.C. et les participants et les participantes des R.R.S.S.S. et C.S.S. qui ont identifié certaines caractéristiques susceptibles de poser problème à un niveau ou à un autre de la prestation de services. De telles caractéristiques sont mentionnées dans tous les territoires.

En ce qui a trait au milieu familial, les principaux problèmes soulevés sont le manque de disponibilité des familles (identifié dans trois territoires, dont un par un aidant) et, dans cinq territoires au total, le fait que les enfants se retrouvent souvent à l'extérieur, (situation durement ressentie dans une région périphérique), le manque de collaboration ou, exceptionnellement, l'exploitation par les proches.

Par ailleurs, la volonté d'engagement de la part des familles et la force physique et morale des aidants et des aidantes sont mentionnées comme forces dans deux territoires.

Quant au milieu social, des problèmes d'isolement, de pauvreté et le manque de réseau social ressortent dans deux milieux surtout (l'un urbain et l'autre semi-urbain), lesquels semblent passablement désorganisés sur le plan social.

TABLEAU 12 : Fréquence exprimée du thème "Caractéristiques du milieu, attitudes de la clientèle âgée et connaissance que la population a des services offerts"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Milieu familial	7	-	4	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	2
► Milieu social	7	-	4	-	-	1	-	3	-	-	-	1	1	2
► Attitudes et perception par rapport au réseau de services	10	-	4	-	-	6	-	2	-	1	-	6	4	12
► Connaissance des services que la population a	7	-	3	-	-	3	-	2	1	1	-	5	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Milieu familial	-	1	-	-	-	-	-	1
► Milieu social	-	1	-	-	-	-	-	1
► Attitudes et perception par rapport au réseau de services	-	-	-	-	-	-	1	4
► Connaissance des services que la population a	5	1	-	1	-	-	-	-

Quelques points forts sont mentionnés tels que la facilité de travailler dans un milieu où les gens se connaissent – c'est le cas d'un territoire, quoique dans un autre cela représente plutôt un inconvénient – et la collaboration du voisinage dans un autre territoire.

## 6.2 Les attitudes et les perceptions de la clientèle par rapport au réseau de services

Dans la presque totalité des territoires, plusieurs clients et clientes ont une attitude et une perception négative à l'endroit des services offerts par les établissements. Des intervenants et des intervenantes d'à peu près toutes les catégories d'établissements rapportent également une telle attitude ou perception.

– Des attitudes qui montrent la difficulté d'offrir certains services.

- Des personnes refusent des services ou acceptent difficilement de recevoir l'aide de tierces personnes ou encore du personnel d'une communauté culturelle différente. Ce dernier type de problème se pose avec le plus d'acuité à Montréal. (Mentions dans 6 territoires par plus d'une dizaine de personnes). Les extraits suivants témoignent des difficultés:

*"Au début, j'ai refusé le gardiennage parce que je me débrouillais toute seule, je ne me sentais pas prête à avoir des étrangers dans la maison. Il y avait déjà l'infirmière, le médecin, l'auxiliaire familiale. Trop d'étrangers, on se sent moins chez nous à un moment donné."*

*"C'était fatiguant de la garder à la maison, mais je ne l'ai jamais dit. Au C.L.S.C., je n'ai jamais rien demandé. C'était fatiguant, mais je préférais cela à avoir des étrangers dans la maison."*

- Au moins sept personnes dans cinq territoires ont une perception fort négative des centres d'hébergement: **elles craignent d'y perdre leur autonomie** ou ont peur de ne pouvoir sortir quand elles le désirent.

*"Il ne voulait pas aller en centre d'accueil au début. Il pensait que c'était une place pour aller mourir. Il n'acceptait pas cela. Maintenant, il se trouve bien."*

- Des aidants et des aidantes expriment **leurs réticences à l'égard des familles d'accueil** (cinq territoires en milieu semi-urbain surtout).
- Le personnel considère que la clientèle manque parfois d'ouverture à des ressources moins connues telles que les centres de jour et les hôpitaux de jour (deux territoires).

Cependant, et c'est là le seul élément positif mentionné au chapitre des attitudes, dans quatre territoires, quelques clients et clientes, aidants et aidantes ont une perception très positive des centres d'accueil publics et, à un endroit, des résidences privées.

- Des attitudes qui expriment une **certaine méfiance à l'égard des services.**

- Des personnes perçoivent des situations d'injustice: personnes qui donnent leurs biens pour diminuer leur contribution aux coûts d'hébergement; personnes qui sont hébergées plus rapidement que d'autres (les personnes ont le sentiment qu'elles ont des contacts); personnes qui reçoivent moins de services parce qu'elles sont un peu plus fortunées; personnes qui demandent plus de services qu'elles n'en ont besoin (cinq personnes dans quatre territoires).
- Des personnes refusent de dévoiler leur situation financière (deux territoires).
- Des personnes craignent de se plaindre, de manifester leur insatisfaction (au moins trois personnes dans deux territoires).

Certaines de ces attitudes peuvent être attribuées au fait que la population n'est pas assez bien informée, au manque de règles claires sur les services à couvrir, sur la gratuité des services.

- Des attitudes qui ont trait à la mentalité des personnes.

- Les intervenants et les intervenantes ont de la difficulté à adapter à la baisse les services lorsque les besoins changent, parce que la clientèle considère qu'elle a droit à ces services (trois territoires).
- Des familles ont tendance à aller au bout de leurs forces avant de demander de l'aide et à considérer l'urgence comme la porte d'entrée de l'hébergement (quatre territoires).

- Des attitudes qui traduisent un sentiment d'insécurité.
  - Des familles et des personnes âgées se sentent inquiètes en ce qui regarde l'éventualité d'un retour à domicile après l'hospitalisation (deux territoires).
  - Des personnes âgées acceptent mal leur état, vivent dans l'insécurité. Un tel sentiment est bien exprimé par cet extrait:

*"Je ne pensais jamais être comme aujourd'hui; ça s'est fait tellement vite."*

### **6.3 La connaissance que la population a des services disponibles**

Dans sept territoires, environ le tiers des C.L.S.C., des centres hospitaliers et des R.R.S.S.S., un C.S.S. et pour au moins cinq personnes dans quatre territoires, on estime que la **population ne connaît pas les services disponibles**, surtout ceux du C.L.S.C., ni les possibilités réelles d'aide des C.L.S.C.

*" J'avais déjà entendu parler du C.L.S.C. mais je ne sais pas quels genres de services ils offrent. Même pendant la première hospitalisation, je n'en ai pas entendu parler."*

**Les C.L.S.C. n'ont peut-être pas intérêt à faire largement connaître leurs services, étant donné leurs maigres ressources.**

Par ailleurs, deux C.L.S.C. ont mentionné qu'ils informaient la population de leurs services. Ainsi, dans une région, des efforts sont faits pour informer la population âgée au moyen de rencontres et, dans une autre, le C.L.S.C. fait régulièrement de la publicité sur ses services grâce à des portes ouvertes notamment, solution proposée par un autre milieu. Comme on l'a vu précédemment, la publication de répertoires des ressources privées et communautaires par une R.R.S.S.S. est aussi un moyen d'informer non seulement les intervenants et les intervenantes mais aussi la population. Toutefois, cette publication ne fait pas l'unanimité. Dans une région, on s'interroge sur l'efficacité d'une campagne d'information générale non ciblée.

#### 6.4 Synthèse

*La troisième catégorie de facteurs concerne la clientèle et son milieu. Peu de facteurs ont été mentionnés concernant le milieu familial et social des personnes âgées et susceptibles d'influencer le processus de prestation des services, tant du côté négatif que positif. Cependant, les facteurs signalés revêtent une grande importance. Le manque de disponibilité des familles, l'éloignement des enfants, la dégradation du tissu social à quelques endroits sont autant de facteurs à ne pas négliger. Par ailleurs, la grande motivation et le profond engagement des familles sont à souligner. Même si cela n'a pas été mentionné très souvent, nous avons pu le constater au cours des entrevues.*

*Les attitudes et les perceptions des personnes âgées à l'égard du réseau de services font ressortir la difficulté qui existe parfois à donner des services, parce que les personnes appréhendent la présence d'étrangers dans leur intimité, connaissent peu certaines ressources et craignent de se retrouver en centres d'accueil. D'un autre côté, en ce qui concerne les centres d'accueil, on observe également des perceptions positives; ce sont d'ailleurs les seules. D'autres sentiments ressortent tels que la méfiance, le sentiment d'insécurité et d'inquiétude des personnes et de leurs familles, par exemple, en ce qui regarde l'évolution d'une maladie, le choix d'un milieu de vie et le retour au domicile après une hospitalisation. La population connaît mal les services, surtout ceux du C.L.S.C., mais les C.L.S.C. semblent faire peu de travail en ce sens de peur d'augmenter la demande.*



## **CHAPITRE 5**

### **LES ASPECTS RELIÉS AU PROCESSUS DE PRESTATION DE SERVICES**

Ce chapitre décrit et analyse le processus, c'est-à-dire les façons de faire, qu'il s'agisse de la prestation de services à la clientèle ou du soutien à cette prestation. Il se penche sur les approches des établissements, le contexte de prise de décisions, les approches professionnelles et la collaboration avec les divers partenaires.

#### **1. LES APPROCHES DES ÉTABLISSEMENTS**

Les approches des établissements correspondent à des choix, à des décisions qui sont prises ou non par des gestionnaires ou encore, à des pratiques administratives influençant certaines façons de faire des intervenants et des intervenantes auprès de la clientèle et qui sont, dès lors, en bonne partie indépendantes de la volonté du personnel clinique.

Dans presque tous les territoires, cette question a été abordée, généralement sous forme de problèmes (tableau 13). Alors que les intervenants et les intervenantes se prononcent sur la nature des approches, la clientèle met plutôt en évidence certaines conséquences que celles-ci entraînent.

Trois aspects sont mentionnés, soit les choix stratégiques, la conciliation des intérêts de la clientèle et de ceux des établissements et l'existence d'approches différentes auprès d'une même clientèle.

TABLEAU 13 : Fréquence exprimée du thème "Approches des établissements"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Choix stratégiques	10	3	5	-	5	3	-	2	-	1	-	4	-	-
► Conciliation des intérêts de la clientèle et de ceux des établissements	9	-	3	-	3	3	-	2	-	-	-	4	15	-
► Existence d'approches différentes avec la clientèle	7	2	1	-	-	1	-	3	1	1	1	-	-	-
POINTS FORTS														
	Territoires 11	C.L.S.C. 10			Centres hospitaliers 10			R.R.S.S.S. 7		C.S.S. 3		CLIENTÈLE		
		C.L.S.C.	C.H.	AUTRES										
► Choix stratégiques	3				3			-		-		-	-	-
► Conciliation des intérêts de la clientèle et de ceux des établissements	-				-			-		-		-	-	-
► Existence d'approches différentes avec la clientèle	-				-			-		-		-	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

## **1.1 Les choix stratégiques**

Les choix que font les organisations pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie posent des problèmes dans huit C.L.S.C. (dont trois de façon prioritaire), huit centres hospitaliers (dont cinq de façon prioritaire), deux R.R.S.S.S. et un C.S.S.

Certains C.L.S.C., de façon à desservir une population plus nombreuse, ont tendance à diminuer le nombre d'heures de services offerts à chacune des personnes. Dans les C.L.S.C., des intervenants et intervenantes **remettent en question la pertinence de cette approche dite de "dilution"**, de même que la prestation de services à court terme seulement (trois C.L.S.C. et un centre hospitalier). Ils et elles ajoutent que cela permet, malgré tout, de prolonger le maintien à domicile chez certaines personnes. Une gestionnaire de C.L.S.C. conteste, quant à lui, la politique de la R.R.S.S.S. qui vise à donner les services selon les besoins identifiés par l'évaluation et qui ne tient compte de l'ensemble de la clientèle.

**Dans trois autres C.L.S.C., on remet en cause le fait d'être trop interventionniste auprès de clientèles légères, au lieu de réserver les services pour des personnes en plus grande perte d'autonomie.**

Un C.L.S.C. et une R.R.S.S.S. en région urbaine expriment **leurs inquiétudes quant au choix de faire appel à des agences privées ou à l'allocation directe pour les services intensifs de soutien à domicile (SIMAD) et de réserver le personnel du C.L.S.C. pour les services réguliers.** Cette situation fait que c'est le personnel le moins qualifié qui s'occupe des **clientèles les plus dépendantes.**

Les intervenants et les intervenantes d'un centre hospitalier et d'un C.L.S.C. sont en désaccord avec le choix que font certains C.L.S.C. de ne pas offrir de services d'entretien ménager ou de gardiennage dans le cadre des services réguliers; les clients et clientes de quatre C.L.S.C. en

parlent aussi. En revanche, une gestionnaire s'interroge sur la pertinence du choix qu'a fait son C.L.S.C. en donnant parfois des services d'entretien ménager.

Pourtant, les données recueillies auprès de la clientèle montrent que les besoins relatifs aux tâches domestiques et au gardiennage sont particulièrement importants: 85 % des clients et des clientes de l'échantillon ont besoin d'aide à la fois pour préparer les repas, faire les courses, le ménage et la lessive. Comme on le verra dans la section sur les effets observés chez la clientèle, certaines personnes se plaignent que **le type de services qu'elles reçoivent ne correspond pas à leurs besoins**. De plus, la moitié des clients et des clientes présentent, à divers degrés, des problèmes d'ordre cognitif nécessitant des besoins de répit, souvent sous forme de gardiennage, chez les aidants et les aidantes naturels. De telles situations peuvent justifier l'intervention du C.L.S.C. en matière de services ménagers et de gardiennage.

Les opinions concernant la pertinence d'offrir des services d'entretien ménager ou, encore, de les faire donner par le C.L.S.C. lui-même divergent beaucoup. Certains trouvent que ces services sont une façon de suivre l'évolution du client ou de la cliente. D'autres trouvent que ces services ne nécessitent pas l'intervention directe du personnel du réseau ou qu'ils ne relèvent pas de sa responsabilité. Certaines auxiliaires se montrent même peu intéressées à accomplir ce type de tâche.

**Dans les C.L.S.C., ces choix stratégiques s'expliquent davantage par une façon de faire face à la pénurie de ressources qu'à un véritable "choix" des établissements.** Ils peuvent aussi s'expliquer par l'absence de directives ministérielles claires sur la nature des services à offrir et les critères d'allocation. L'instabilité des budgets peut aussi influencer les choix stratégiques en nuisant à l'avènement d'une planification réelle.

**Dans les centres hospitaliers, on déplore le manque de priorité accordée par l'administration à la clientèle gériatrique** et qui se traduit, par exemple, par une sous-budgétisation de la gériatrie par rapport à des spécialités plus prestigieuses comme la cardiologie, par l'absence

d'unité de soins de longue durée ou par un non-désir de faire de la clientèle de l'unité de soins de longue durée une clientèle prioritaire (cinq centres hospitaliers, dont trois de façon prioritaire).

Dans les deux types d'établissements, un autre choix est remis en question, quoique un peu moins fréquemment, soit celui de favoriser l'engagement d'un type de professionnels plutôt qu'un autre (par exemple, des infirmiers et des infirmières plutôt que des travailleurs sociaux et travailleuses sociales), parce que les directions le considèrent comme plus polyvalent (trois centres hospitaliers, deux C.L.S.C.).

Ajoutons que deux R.R.S.S.S. mentionnent la lenteur du réseau à s'adapter aux besoins changeants des clientèles.

## **1.2 La conciliation des intérêts de la clientèle et de ceux des établissements**

Dans les régions les plus urbaines, les intervenants et les intervenantes insistent sur **la difficulté de concilier les intérêts des hôpitaux et ceux de la clientèle** en ce qui concerne, par exemple, le respect des normes de durée de séjour ou la priorité accordée aux soins aigus (six centres hospitaliers, dont trois de façon prioritaire, trois C.L.S.C., une R.R.S.S.S.).

**Ainsi, dans trois territoires où un grand nombre de personnes sont en attente d'hébergement dans les hôpitaux, des intervenants et des intervenantes mentionnent la crainte qu'entretiennent les hôpitaux en ce qui concerne l'admission des personnes âgées.** En fait, ils craignent qu'une fois terminé l'épisode de soins aigus, ces personnes ne puissent retourner à domicile ou être rapidement admises en hébergement et qu'elles occupent ainsi à long terme un lit de courte durée. La clientèle confirme cette attitude des hôpitaux: une dizaine de personnes mentionnent les pressions qu'elles ont subies pour libérer les lits.

*"Ils nous pressaient pour le sortir. J'aimerais qu'il y ait moins de pressions."*

*"On nous a dit que ce n'était pas la place des personnes âgées."*

Cinq autres personnes expriment leur peur d'être renvoyées à leur domicile quand elles se présentent à l'urgence.

*"Il faut aller à l'urgence en ambulance si on veut qu'ils s'en occupent."*

Des intervenants et des intervenantes, des aidants et des aidantes dénoncent également la pratique qui consiste à acheminer une personne âgée, généralement arrivée par l'urgence, vers ce que l'on désigne comme son "hôpital d'appartenance", c'est-à-dire celui où elle a été traitée dans un passé plus ou moins récent. Notons que cette pratique n'est appliquée qu'aux personnes âgées, et celles-ci considèrent qu'elle ne respecte pas leurs droits (trois centres hospitaliers des grands centres, quatre aidants et aidantes).

Les divers types de pressions dont on a parlé plus haut (au total dix clients et clientes dans six centres hospitaliers) sont ressentis aussi souvent par la clientèle des hôpitaux où le taux d'attente d'hébergement est élevé, que par celle des hôpitaux où le taux est maintenu à un faible niveau, grâce à une utilisation étendue du secteur privé. Des pressions sont moins fréquemment présentes quand l'unité de soins de longue durée est véritablement vouée à l'hébergement à long terme et ne sert pas seulement de milieu de transition dans l'attente d'une place dans un autre établissement.

Un centre hospitalier plus éloigné des grands centres et dont les lits ne sont pas entièrement occupés signale, au contraire, l'hospitalisation trop facile de la clientèle âgée, ce qui entraîne des difficultés de réintégration dans le milieu.

Certains gestionnaires ont clairement parlé de la difficulté de concilier la mission première des hôpitaux en ce qui concerne les soins de courte durée et la réalité qui amène dans leurs établissements de plus en plus de personnes âgées qui risquent d'occuper à long terme les lits de courte durée, et ce faute de ressources permettant d'assurer leur sortie, quand la période de soins aigus est terminée.

Dans les C.L.S.C., la situation se manifeste un peu différemment et n'est mentionnée que par la clientèle. Quatre personnes affirment avoir ressenti de la part des C.L.S.C. une attitude de condescendance, de fermeture dans le processus de prestation de services.

*"J'ai fait une plainte à la R.R.S.S.S. (qu'il a gagnée) à la suite d'un changement de plan de soins sans me consulter. J'ai appris que je ne peux pas discuter avec le C.L.S.C. Le C.L.S.C. impose, il n'y a pas de place pour la négociation."*

Ces C.L.S.C. sont peu ouverts à la négociation quand les décisions rendues sont remises en question par la clientèle. Ajoutons qu'on retrouve également dans ces C.L.S.C. des problèmes reliés à la participation de la clientèle au processus décisionnel.

Mentionnons en terminant que les intervenants et les intervenantes de trois centres hospitaliers apprécient la bonne volonté, toute récente dans un cas, manifestée par leurs établissements à l'endroit de la clientèle âgée, soit en protégeant les budgets de la gériatrie, soit en nommant une personne responsable de la coordination des services à cette clientèle.

### **1.3 L'existence d'approches différentes auprès d'une même clientèle**

Dans sept territoires (trois C.L.S.C., deux centres hospitaliers, deux C.S.S., quatre R.R.S.S.S.), on fait état de difficultés reliées à la coexistence d'approches différentes, soit à l'intérieur d'un même établissement, soit entre divers établissements.

À l'intérieur d'un même établissement, le fait qu'on retrouve deux équipes de soutien à domicile peut signifier la présence de deux philosophies différentes. Par contre, quand le personnel est nombreux, le fait de n'avoir qu'une seule équipe peut entraîner des problèmes de gestion.

Certains C.L.S.C. accordent la priorité à la clientèle en grande perte d'autonomie, alors que les centres hospitaliers souhaiteraient qu'on apporte plus d'attention aux besoins à court terme, par exemple, à ceux des convalescents.

**Dans la région de Montréal, d'importantes différences de philosophie existent entre, d'une part, les C.S.S. et, d'autre part, les centres hospitaliers et les C.L.S.C.** Tous ne partagent pas la même idée d'urgence, les C.L.S.C. et les centres hospitaliers ne tolèrent pas les mêmes délais d'attente que les C.S.S. quand il s'agit de décisions d'hébergement. Bien qu'ils admettent que les délais pour évaluer les demandes d'hébergement soient longs, des efforts ont tout de même été faits pour diminuer la longueur des listes d'attente. Les C.S.S. ont également une plus grande tolérance aux risques liés au maintien à domicile, par exemple, au fait de laisser dans la communauté certaines personnes incapables de prendre elles-mêmes leurs décisions. Un centre hospitalier aimerait, au contraire, que le réseau ait plus de pouvoir pour les héberger sans avoir leur consentement formel.

Un C.S.S. explique certaines de ces différences par le fait que les travailleuses et travailleurs sociaux des C.S.S. ne se sentent pas coincés entre les exigences de leur établissement et les besoins de leurs clients et clientes, comme c'est souvent le cas dans les hôpitaux relativement à la libération des lits ou dans les C.L.S.C. par rapport à la quantité de services disponibles. Ils disent pouvoir ainsi mieux adapter leur intervention aux désirs et aux besoins de la clientèle.

Dans ce contexte, il va s'en dire que et les C.L.S.C. et les hôpitaux avaient hâte que l'intégration des travailleuses et travailleurs sociaux dans leur établissement soit chose faite. Ces dernières et ces derniers appréhendaient, par contre, fortement cette échéance. Ces professionnels craignent que toute la philosophie et l'expertise psychosociale prévalant dans les C.S.S. se perdent lors de leur intégration dans les autres établissements. Le fait que, dans les C.L.S.C., ces professionnels et professionnelles sont souvent sous la direction de personnes ayant une formation en santé contribue à alimenter ces appréhensions.

#### **1.4 Synthèse et solutions proposées**

*Dans les centres hospitaliers, certaines des approches des établissements dénoncées par le personnel ou la clientèle (difficulté d'hospitaliser, pressions pour les congés) proviennent surtout de la peur de voir les personnes âgées en perte d'autonomie occuper des lits de courte*

*durée, une fois terminée la période de soins aigus. D'autres approches ont trait à des attitudes des administrations dont les causes sont difficiles à cerner (ne pas mettre en priorité certaines clientèles âgées, engagement de certains types de personnel).*

*Dans les C.L.S.C., plusieurs des problèmes soulevés (dilution des services, services à court terme, choix de ne pas donner de gardiennage ou d'entretien ménager) résultent de facteurs sur lesquels les gestionnaires n'ont pas toujours le contrôle voulu, comme l'insuffisance de ressources. L'absence de directives claires de la part du Ministère n'est pas étrangère à cette situation.*

*Les problèmes reliés à l'existence d'approches différentes auprès de la clientèle touchent surtout les C.S.S. et leur rapport avec les autres établissements, mais on les retrouve parfois entre centres hospitaliers et C.L.S.C., surtout en ce qui concerne le choix des clientèles à mettre en priorité.*

*Les solutions suggérées quant aux approches des établissements sont peu nombreuses. À l'interne, elles visent le plus souvent un changement d'attitude des gestionnaires qui les amènerait à mettre en priorité certaines problématiques ou à accomplir des actions très précises, que ce soit par rapport à la présence véritable du travail en équipe, à l'accès à la réadaptation, à divers aspects de l'organisation du travail, à la budgétisation ou à la structuration des services de gériatrie. Dans certains centres hospitaliers, par exemple, plusieurs problèmes, comme le disait une R.R.S.S.S., sont dus au fait que des gestionnaires n'ont pas partout fait de l'approche gériatrique une priorité. Les incitatifs pouvant amener ces changements restent toutefois difficiles à identifier.*

*Aucune solution n'est proposée pour éliminer les différences de philosophie entre les établissements.*

*Enfin, deux centres hospitaliers suggèrent de renforcer la politique relative à l'hôpital d'appartenance en établissant des ententes entre les hôpitaux. Toutefois, la clientèle considère une*

*telle politique comme contraire à ses droits. D'autres solutions visent plus précisément l'uniformisation des critères de prestation de services d'aide; même si certaines régions travaillent en ce sens, la nécessité d'une prise de position ministérielle demeure.*

## **2. LE CONTEXTE DE PRISE DE DÉCISION**

Que la prise de décision ait trait à la prestation de services, à la demande d'hébergement, au congé du centre hospitalier ou à d'autres aspects de l'intervention auprès des clients et des clientes, plusieurs dimensions du contexte qui l'entoure font presque partout l'objet de préoccupations de la part des intervenants et des intervenantes, des R.R.S.S.S. et de la clientèle. Notons, en particulier, le travail en équipe, les plans de services et la place de la clientèle dans le processus décisionnel. (tableau 14)

### **2.1 Le travail en équipe**

Qu'il s'agisse de problèmes ou de points forts, le travail en équipe est identifié presque partout comme un aspect significatif de la qualité ou non du processus de prestation de services. Ce point fait d'ailleurs consensus, comme on l'a vu plus haut, chez les experts et chez la plupart des intervenants et des intervenantes, quand il s'agit de définir les diverses dimensions d'un processus optimal.

Malgré les lacunes observées en ce qui concerne le personnel de réadaptation, il existe dans les C.L.S.C. une variété suffisante d'intervenants et d'intervenantes pour permettre un minimum de travail en équipe interdisciplinaire. Les questionnaires indiquent que, outre le personnel infirmier, les intervenantes et les intervenants sociaux et les auxiliaires, plus de la moitié des C.L.S.C. emploient un ou une physiothérapeute, un ou une ergothérapeute, ou un organisateur ou une organisatrice communautaire. Les médecins sont souvent absents dans les C.L.S.C. éloignés des grands centres.

TABLEAU 14 : Fréquence exprimée du thème "Contexte de prise de décision"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
▶ Travail d'équipe	10	6	2	-	1	3	-	1	-	-	-	-	-	-
▶ Plans de services, plans d'intervention	6	2	-	-	1	2	-	2	1	-	-	-	-	-
▶ Participation de la clientèle	9	-	3	-	-	3	-	1	1	-	-	8	7	2

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
▶ Travail d'équipe	9	8	9	1	-	-	-	-
▶ Plan de services, plans d'intervention	5	2	4	1	-	-	-	-
▶ Participation de la clientèle	9	-	6	-	-	5	14	1

**Le travail en équipe fait problème dans la plupart des C.L.S.C. (six priorités et deux mentions), beaucoup plus rarement dans les unités de courte durée gériatrique et de soins prolongés:**

- absence de réunions d'évaluation et de suivi;
- sentiment de difficulté trop grande ou de perte de temps associé au travail en équipe;
- difficulté d'intégrer tous les types de personnel dans l'équipe, particulièrement les auxiliaires;
- dans trois C.L.S.C., celles-ci n'ont pas accès au dossier du client ou de la cliente;
- décisions souvent prises par un seul intervenant ou intervenante sans consultation avec ses collègues (décision pour faire une demande d'hébergement par exemple);
- faible participation des médecins aux réunions d'évaluation et d'orientation, problème que plusieurs relient au mode de rémunération à l'acte;
- pouvoir décisionnel dans les centres hospitaliers réservé au médecin (admission, congé, demandes d'hébergement);
- non-reconnaissance du rôle précis de certains intervenants et intervenantes (travailleuses et travailleurs sociaux par rapport aux infirmiers et infirmières, ergothérapeutes par rapport aux physiothérapeutes).

Dans un C.L.S.C., la pertinence du travail en équipe n'est pas évidente pour tous les intervenants et les intervenantes; les ressources de soutien à domicile y sont d'ailleurs particulièrement faibles. On remet en question l'utilité des réunions jugées coûteuses du point de vue du temps, quand les décisions sont principalement motivées par les ressources disponibles.

Les questionnaires complétés préalablement aux rencontres indiquent que seuls trois C.L.S.C. urbains prennent de façon systématique une décision en équipe pour toute prestation de services; un autre le fait pour les cas à long terme seulement et un cinquième, pour des cas relevant de plusieurs établissements. Dans un seul C.L.S.C. toute demande d'hébergement est systématiquement précédée d'une réunion d'équipe.

Le climat de travail ne semble pas influencer l'habitude de travailler en équipe de façon structurée, puisqu'il est généralement bon partout et se prête bien aux échanges individuels. Le manque de leadership quant au travail d'équipe représente une des entraves à l'instauration de cette pratique, selon les intervenants et intervenantes de deux C.L.S.C. Un gestionnaire d'un de ces C.L.S.C. y voit plutôt des résistances de la part du personnel clinique.

Neuf centres hospitaliers et sept C.L.S.C. mentionnent le travail en équipe, ou à tout le moins un de ses aspects, comme un point fort.

- Dans les unités de courte durée gériatrique, les questionnaires indiquent une représentation de tous les types d'intervenants et d'intervenantes, sauf les ergothérapeutes qui sont absents à deux endroits. Des pharmaciennes et des pharmaciens sont présents à trois endroits, et les nutritionnistes, à cinq. La collaboration des différents spécialistes est régulière. Dans ces unités, l'équipe interdisciplinaire tient régulièrement des réunions pour discuter de cas; cela fait d'ailleurs partie intégrante du fonctionnement normal de presque toutes les équipes interdisciplinaires des unités de courte durée gériatrique.
- La participation des auxiliaires familiales, des préposés et préposées aux bénéficiaires aux décisions, même si elle n'est pas systématique, est appréciée dans les trois C.L.S.C. et la seule unité de soins de longue durée qui nous l'ont mentionnée. Même un C.L.S.C. où, par ailleurs, les auxiliaires n'ont pas accès à l'ensemble du dossier d'un client ou d'une cliente, mentionne que la participation des auxiliaires familiales aux réunions d'équipe constitue un avantage.
- La reconnaissance de l'apport professionnel spécifique des divers intervenants et intervenantes (deux C.L.S.C., deux centres hospitaliers).

Dans les centres hospitaliers, le regroupement dans un même lieu des intervenants et des intervenantes, tel que mentionné par l'un d'entre eux, pourrait favoriser le travail en équipe.

Certains interlocuteurs et certaines interlocutrices ont émis des commentaires sur la façon dont les outils peuvent influencer le processus de prise de décision. Des établissements (deux R.R.S.S.S., deux C.L.S.C. et deux centres hospitaliers) mentionnent les avantages que présentent

les instruments utilisés, dont le fait que ceux-ci leur permettent de mieux tenir compte de l'ensemble des besoins de la personne. Un de ces établissements ajoute que les instruments facilitent aussi le travail d'équipe. Dans les C.L.S.C. qui se disent satisfaits de leur instrumentation ou qui utilisent un instrument du type C.T.M.S.P., on constate l'habitude du travail en équipe, du moins pour certaines clientèles. (tableau 15) Contrairement à ce qui se passe dans le cas des grilles maisons qu'on retrouve ailleurs, l'utilisation de ces instruments implique, à la suite de l'évaluation, une étape de détermination de services qui doit nécessairement se faire en équipe interdisciplinaire.

**TABLEAU 15**

**Relation entre l'utilisation d'une instrumentation complète et le travail en équipe**

	Instrumentation complète	
Travail régulier en équipe	OUI	NON
OUI	4	1
NON	0	6

Si l'instrumentation facilite le travail en équipe, elle ne semble pas pour autant atténuer toutes les difficultés reliées à cette façon de travailler. Elle n'amène rien non plus aux services gériatriques des centres hospitaliers, car les intervenants et les intervenantes y travaillent déjà en équipe, même s'ils n'utilisent pas nécessairement un instrument commun.

D'autres facteurs non explorés dans cette étude peuvent accentuer les difficultés du travail en équipe dans les C.L.S.C. ou, au contraire, faciliter ce mode de fonctionnement dans les unités de courte durée gériatrique. Il serait intéressant, notamment, de comparer les ressources tant matérielles, financières qu'humaines dont chacun dispose, de même que le nombre de personnes que l'on doit desservir mensuellement ou annuellement.

## 2.2 Les plans de services et d'intervention

Même si l'utilisation de plans de services est reconnue par les experts comme une des caractéristiques d'un processus d'intervention approprié, les intervenantes et les intervenants rencontrés dans l'étude l'ont rarement mentionnée.

On estime que l'absence de planification, d'application systématique et coordonnée des décisions et de recherche commune de solutions par divers établissements à l'aide d'un plan de services pose des problèmes dans environ la moitié des territoires; trois R.R.S.S.S. en parlent précisément.

**La définition de plans de services ne semble pas uniforme partout.** Ainsi, bien que sept des C.L.S.C. affirment dans les questionnaires utiliser des plans de services, dans les faits, il en va autrement: il s'agit plutôt de plans d'intervention ou de plans de soins, car très rares sont ceux où plus d'une dispensatrice ou d'un dispensateur sont intégrés (deux C.L.S.C., dont un projet-pilote). Aucun centre hospitalier ne fait état de sa participation à l'élaboration de plans de services.

Notons toutefois que quatre unités de courte durée gériatrique et deux unités de soins de longue durée mentionnent l'utilisation de plans d'intervention comme une de leurs forces. Les questionnaires indiquent également que des plans de soins sont élaborés par les infirmiers et les infirmières dans trois unités de courte durée gériatrique, mais ceux-ci n'impliquent pas les autres membres de l'équipe.

## 2.3 La place de la clientèle

Accorder une place à la clientèle lors de prises de décision et tenir compte des besoins des personnes aidantes constituent des aspects importants du processus optimal selon les experts. Les intervenantes et les intervenants rencontrés considèrent aussi qu'une bonne approche implique nécessairement la participation de la clientèle aux décisions. Toutefois, l'importance d'être à l'é-

coute des gens, de respecter leurs désirs et leurs capacités apparaît moins souvent, et seuls des auxiliaires l'ont mentionné. (Voir tableau 1)

Si presque partout une vingtaine de personnes, surtout parmi la clientèle des unités de courte durée gériatrique, font part de leur satisfaction par rapport à l'attention qui leur est accordée lorsqu'il y a une décision à prendre, des problèmes sont cependant identifiés dans neuf territoires.

Plus d'une quinzaine de personnes signalent qu'on ne tient pas, ou pas assez compte de leur opinion lors de prises de décisions les concernant au premier chef ou qu'elles ne se sentent pas comprises ou écoutées. De plus, dans cinq régions, des personnes décrivent précisément la difficulté qu'elles ont éprouvée à obtenir des C.L.S.C. une réévaluation des services qui leur avaient été donnés.

*"Il fallait que je crie", dit l'un d'eux.*

*"Je ne comprend pas pourquoi on nous a coupé, on a les mêmes besoins. On nous a écrit une lettre pour nous avertir qu'il y avait un changement de situation. Lequel? On ne le sait pas."* reprend une personne à qui on a diminué la quantité de services sans la consulter.

*"Maintenant, le médecin dit qu'il est apte à sortir, mais moi je ne peux le garder; je ne pense pas que le médecin s'occupe de ce que je dis."* note un aidant.

*"Je me sens à la merci des autres."* signale un client d'un centre hospitalier.

Les intervenants et les intervenantes déplorent aussi ce manque de participation de la clientèle aux décisions, mais moins fréquemment (trois centres hospitaliers, trois C.L.S.C., dont une mention par un cadre et une autre par une auxiliaire, et deux R.R.S.S.S.). Dans presque toutes les unités de courte durée gériatrique, les intervenants et les intervenantes disent cependant se préoccuper de faire participer la clientèle à la prise de décision. Dans certains cas, les personnes âgées et leurs proches sont conviés aux discussions qui les concernent; dans d'autres, l'intervenante ou l'intervenant, habituellement une travailleuse ou un travailleur social, agit comme intermédiaire entre l'équipe et la personne concernée. En général, la clientèle de ces unités ne

formule pas de commentaires négatifs sur cet aspect et, dans la moitié de ces unités, des personnes manifestent leur satisfaction.

#### 2.4 Synthèse et solutions proposées

*Le processus décisionnel présente plusieurs lacunes: peu de travail en équipe interdisciplinaire, sauf dans les services gériatriques des hôpitaux, médecins et auxiliaires particulièrement absents des réunions, absence virtuelle de plans de services et, parfois même, de plans d'intervention, faible participation de la clientèle à la prise de décision. Dans les C.L.S.C., l'utilisation d'une instrumentation exigeant la participation de l'ensemble des intervenants et des intervenantes à la définition des services semble favoriser le travail en équipe.*

*Un certain nombre de suggestions visant à améliorer le processus décisionnel ont été amenées par des intervenants et des intervenantes.*

*Le travail en équipe est intégré et apprécié dans trois centres hospitaliers (unité de courte durée gériatrique et unité de soins de longue durée), on souhaite l'étendre à de nouvelles clientèles: personnes en attente pour entrer à l'unité de courte durée gériatrique, clientèles à risque. Trois C.L.S.C. espèrent adopter cette façon de travailler. Il y a donc une ouverture au travail en équipe interdisciplinaire dans presque tous les endroits visités. Pour encourager la participation des médecins aux réunions d'équipe, on propose que des vacations leur soient accordées à cette fin ou que les réunions soient intégrées à leur description de tâches dans les endroits où ils sont payés à salaire.*

*L'instauration de plans de services individualisés est considérée comme un moyen d'améliorer le processus décisionnel (six territoires dont cinq mentions lors des réunions conjointes). Dans les centres hospitaliers, on insiste plutôt sur la collaboration avec le C.L.S.C. et on estime que c'est à ce dernier que revient le leadership de cette opération. Les établissements semblent n'être rendus qu'à une étape préliminaire, et ils veulent d'abord mettre en place des plans d'intervention (cinq établissements). L'implantation des plans de services de façon intégrale*

*et étendue nécessiterait, au préalable, un travail de sensibilisation et de formation; on parle de projets-pilotes à ce sujet dans deux territoires.*

*Trois C.L.S.C. et deux centres hospitaliers souhaitent améliorer la façon de faire en ce qui concerne la participation de la clientèle au processus décisionnel. Dans deux C.L.S.C. et un centre hospitalier, on ne semble pas conscient de ce problème et on ne propose pas de modifications en conséquence, même s'il a été particulièrement soulevé par la clientèle.*

### **3. LES APPROCHES PROFESSIONNELLES**

Les approches professionnelles sont abondamment commentées, tant du point de vue de leurs faiblesses que de leurs forces. Toutes les catégories de personnes interrogées dans tous les territoires en font état. (tableau 16) Plusieurs des facteurs reconnus par les experts, les intervenantes et les intervenants comme essentiels à un processus optimal se retrouvent ici: l'accueil par une personne capable d'identifier les personnes à risque, le dépistage, l'évaluation globale, le souci de maintenir l'autonomie, le suivi, la réponse aux besoins au domicile ou dans le milieu le plus près possible de celui-ci.

Pour bien traduire le caractère particulier des commentaires formulés concernant l'un ou l'autre de ces facteurs, le thème est divisé en trois objets principaux: l'accueil et le dépistage, l'approche globale et le suivi.

#### **3.1 L'accueil et le dépistage**

Un service d'accueil qui clarifie les demandes, assure une évaluation préliminaire des besoins de la personne, afin d'intervenir rapidement et de lui offrir les services appropriés et qui mesure l'urgence de la situation, voilà un point fort dans sept C.L.S.C. Les données du questionnaire le confirment aussi.

TABLEAU 16 : Fréquence exprimée du thème "Approches professionnelles"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb)	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
	11													
• Accueil et dépistage	11	-	2	-	1	7	-	1	-	1	-	-	-	-
• Approche globale														
▶ Évaluation globale, maintien autonomie, préoccupation du retour à domicile	11	4	5	-	8	2	-	5	2	1	-	1	7	2
▶ Préoccupation du soutien aux familles	8	1	4	-	-	3	-	-	-	1	-	10	-	5
▶ Recours à la réadaptation	7	-	3	-	1	2	-	1	-	-	-	-	1	2
▶ Recours à l'intervention psychosociale	6	3	-	-	2	4	-	-	-	-	1	-	-	-
▶ Approche auprès des personnes ayant des problèmes cognitifs	8	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	14	2
• Suivi														
▶ Intra-établissement	5	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-
▶ À la sortie	7	-	1	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

TABLEAU 16 : Fréquence exprimée du thème "Approches professionnelles" (SUITE)

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
• Accueil et dépistage	11	7	8	-	1	-	-	-
• Approche globale								
▶ Évaluation globale, maintien autonomie, préoccupation du retour à domicile	11	4	10	-	1	8	18	7
▶ Préoccupation du soutien aux familles	5	2	-	-	-	5	-	1
▶ Recours à la réadaptation	7	-	4	-	-	-	7	-
▶ Recours à l'intervention psychosociale	3	-	-	-	1	2	-	-
▶ Approche auprès des personnes ayant des problèmes cognitifs	2	-	1	-	-	-	1	-
• Suivi								
▶ Intra-établissement	10	2	6	-	-	7	5	-
▶ À la sortie	7	1	6	-	1	1	5	-

Une des forces des centres hospitaliers avec services gériatriques réside, selon six d'entre eux, dans la rapidité des consultations ou des références en gériatrie à partir de l'urgence. Habituellement, le médecin seul se déplace. Mais encore faut-il qu'il soit appelé. Et pour ce faire, les intervenants et les intervenantes, les premiers et les premières en contact avec les personnes âgées à l'urgence, doivent être capables d'identifier facilement la clientèle vulnérable. Selon les données du questionnaire, il n'y a qu'un centre hospitalier qui procède formellement et systématiquement à l'identification des personnes âgées à risque de perte d'autonomie à l'urgence.

**On estime que le dépistage de la clientèle vulnérable (en perte d'autonomie ou à risque) est déficient** dans six milieux, et cela concerne surtout les départements non gériatriques car, à l'urgence, la situation semble meilleure (quatre points forts). Cependant même là, le service n'est pas continu à un endroit; ailleurs, des difficultés subsistent, surtout en ce qui regarde la clientèle confuse. Cette situation est corroborée par quelques clients et clientes. Des personnes âgées qui ne présentent pas de problèmes clairement définis ou qui arrivent à l'urgence en état de confusion sont parfois retournées trop rapidement au domicile ou au contraire, soumises à une observation plutôt prolongée:

*"Un jour elle a fait une convulsion. On l'a amenée à l'urgence. On est arrivé à 19 heures et on a vu le médecin à minuit. On lui a dit qu'il s'agissait d'une baisse de pression. On ne l'a pas gardée. Le lendemain elle a refait une convulsion et on est retourné à l'urgence." (Elle a été hospitalisée en gériatrie).*

Une R.R.S.S.S. met en doute la qualité du dépistage des centres hospitaliers où il n'y a pas de services gériatriques ou lorsque ceux-ci fonctionnent sans véritables liens avec les autres unités ou départements. Les données ne confirment qu'en partie cette affirmation: même aux endroits où de tels liens existent, le dépistage présente certaines lacunes dans les départements.

Seulement deux C.L.S.C. déplorent que leur approche de dépistage et leur approche de prévention concernant la clientèle vulnérable présentent certaines faiblesses. Deux centres hospitaliers, situés dans des territoires différents, font le même reproche aux C.L.S.C. de leurs territoires.

### 3.2 L'approche globale

L'approche globale, ou gériatrique selon la terminologie utilisée par les intervenants et les intervenantes des centres hospitaliers, est une approche adaptée aux personnes âgées, qui tient compte de tous les aspects de la personne, incluant son environnement. C'est une approche axée sur le maintien de l'autonomie, qui favorise une prise en charge par la personne elle-même et qui vise le retour ou le soutien au domicile, selon le vœu des personnes.

**L'approche globale constitue une force dans toutes les unités de courte durée gériatrique, dans la plupart des unités de soins de longue durée ou là où existent des regroupements de personnes en attente d'hébergement et dans quatre C.L.S.C.** Dans cinq territoires, des aidants et des aidantes ont apprécié l'approche de l'unité de courte durée gériatrique ou de l'unité de soins de longue durée. Les extraits suivants en témoignent.

*"Depuis qu'il est à l'hôpital de soins de longue durée, il s'est amélioré. Il nous reconnaît. Il est vivable maintenant. Il dit qu'il se sent bien là. Leur spécialité, c'est ce genre de malades."*

*"En gériatrie, c'est une autre mentalité. C'est intensif, ils ne le lâchent pas de la journée. Je sais qu'il faut qu'ils forcent les patients et ça c'est positif. Il faut s'habiller, manger ensemble, ça les empêche de s'isoler."*

*"À l'unité de gériatrie active, tout le monde aime ça. Ils les forcent à sortir jusqu'à ce qu'ils s'habituent à sortir de leur chambre... Ils les aident à rester dans le monde."*

**L'approche globale telle qu'elle se définit est cependant loin de prévaloir dans tous les milieux.** Les intervenants et les intervenantes soulèvent des problèmes presque partout, ainsi qu'une dizaine de clients et de clientes.

Le fait que l'évaluation des besoins de la personne ne tienne pas suffisamment compte de la dimension psychosociale ressort comme problème important dans cinq C.L.S.C., dont deux en

font une priorité, quatre centres hospitaliers (dans les départements autres que gériatriques ou sans unités de courte durée gériatrique) et une R.R.S.S.S.

La clientèle a une perception plutôt positive de l'évaluation dont elle fait l'objet, à une exception près. Ainsi, dans six territoires, une dizaine de personnes environ se sentent rassurées par les évaluations des C.L.S.C., et le même nombre par celles des centres hospitaliers, même s'il peut y avoir des répétitions. Les commentaires vont dans le sens suivant.

*"Ils ont pris le temps de chercher ce que j'avais."*

Le travail en équipe semble favoriser les évaluations globales, comme le montre le tableau 17. On se plaint plus souvent des évaluations non globales lorsque les intervenants et les intervenantes travaillent individuellement ou lorsque le travail en équipe est très difficile.

**TABLEAU 17**

**Relation entre le travail en équipe  
et l'évaluation globale**

	<b>Absence ou difficulté</b>	<b>Facilité du travail en équipe</b>
Pas d'évaluations globales	4	1
Évaluations globales	0	10

L'utilisation d'un outil complet semble également favoriser les évaluations globales, du moins en C.L.S.C., comme on peut le voir au tableau 18.

TABLEAU 18

**Relation entre l'utilisation d'un outil  
et l'évaluation globale en C.L.S.C.**

	Pas d'outil	Avec outil
Pas d'évaluations globales	3	0
Évaluations globales	0	1

Toutefois, l'utilisation d'un outil complet ne semble pas jouer dans les unités de courte durée gériatrique, les milieux disant utiliser un tel type d'outil constitue une exception. Chaque professionnel et professionnelle utilise les outils d'évaluation propres à sa discipline. Cependant, ils et elles ont développé l'habitude de travailler en étroite collaboration lorsqu'il s'agit de prendre des décisions.

En ce qui a trait à l'intervention, deux problèmes sont mis en priorité dans les centres hospitaliers : l'approche axée sur la pathologie et la situation déplorable des personnes en attente d'hébergement. Un troisième problème, prioritaire cette fois pour la clientèle, concerne le manque de services et le manque d'approche pour les personnes ayant des problèmes cognitifs.

On reproche au personnel des unités autres que gériatriques et, plus particulièrement, aux médecins spécialistes en chirurgie et en orthopédie, de **centrer leur intervention sur la maladie à traiter, sans égard aux limitations fonctionnelles et à l'environnement de la personne** (tous les centres hospitaliers dont huit priorités et trois R.R.S.S.S.). À titre d'exemple, une personne hospitalisée depuis sept mois avait subi trois chirurgies mais, au moment de l'étude, elle ne recevait plus que des traitements d'hydrothérapie et de physiothérapie. Aucune évaluation n'a été faite pour vérifier si des services appropriés lui permettraient d'obtenir son congé. Une consultation en gériatrie deux jours avant une chirurgie n'avait pas eu de suite. Or, cette personne ne souhaitait qu'une chose : retourner chez-elle.

Le second problème, cité dans sept centres hospitaliers et prioritaire dans quatre, concerne la condition des personnes en attente d'hébergement dans les lits de courte durée. **Ces personnes ne sont pas souvent réévaluées et il y a peu d'interventions visant le maintien de leur autonomie, même si certaines risquent fort de perdre leurs acquis.** La réadaptation est insuffisante pour ces personnes (trois hôpitaux, une R.R.S.S.S., un aidant). **Le manque de personnel de réadaptation** est un problème prioritaire dans trois centres hospitaliers. Les personnes en attente d'hébergement ou qui sont hospitalisées longtemps manquent d'activités, comme le signalent six clients et clientes dans quatre territoires. Dans un milieu seulement, des efforts sont faits pour accroître la qualité des services à ces personnes en attribuant la responsabilité de celles en attente d'hébergement dans des lits de courte durée à des médecins de médecine interne, qui sont davantage en lien avec la gériatrie.

On remarque également le peu de recours à la réadaptation dans trois C.L.S.C. Il se manifeste, entre autres, par une sous-utilisation des aides techniques, des équipements ou un manque d'adaptation de l'environnement. Il faut dire que **plusieurs C.L.S.C. n'ont pas de personnel de réadaptation en nombre suffisant** (cinq C.L.S.C. dont deux priorités). Plusieurs centres hospitaliers font également état du manque de réadaptation à domicile, sans toutefois préciser s'il s'agit d'un problème d'approche ou de ressources (six centres hospitaliers). Deux des C.L.S.C. qui recourent peu aux différentes aides techniques éprouvent de la difficulté à trouver le financement nécessaire à leur achat et à leur entretien et vivent de longs délais avant d'obtenir le programme d'adaptation des domiciles.

**Les personnes qui ont des problèmes cognitifs souffrent d'un manque d'approche globale et d'un manque de services, et ce où qu'elles soient.** La clientèle aborde cette question et, dans une moindre mesure, les intervenants et intervenantes des centres hospitaliers. Dans sept territoires, au moins huit aidants et aidantes ont exprimé leur insatisfaction quant à l'approche pratiquée à l'égard de leurs parents ayant des problèmes cognitifs, particulièrement en milieu hospitalier. **Pour ces aidants et aidantes, les personnes confuses sont trop souvent laissées**

**à elles-mêmes, sont trop souvent attachées inutilement. Les personnes se sentent également abandonnées par le centre hospitalier.**

*"À l'urgence, ils ne voulaient pas le garder, ils disaient qu'il n'était pas assez malade."*

*"Le médecin l'a évaluée. Il a dit qu'elle mangeait seule et pouvait circuler seule alors il ne voulait pas l'hospitaliser."*

**De plus, au moins huit personnes dans cinq territoires, généralement des aidants et aidantes, dont un proche est lucide, n'apprécient guère la cohabitation des personnes confuses et des personnes lucides dans les établissements.** À un endroit, les intervenants et les intervenantes signalent une cohabitation réussie dans une unité de soins de longue durée d'un centre hospitalier. Dans un centre hospitalier, on fait part des limites de leur approche auprès de la clientèle ayant des problèmes cognitifs. Deux autres établissements font état de la difficulté à délimiter clairement les responsabilités du ressort de la gériatrie ou de la psychiatrie à l'égard de cette clientèle.

Le personnel des C.L.S.C. n'a pas véritablement exprimé de faiblesse ou de force au sujet de son approche auprès de cette clientèle, même si quelque 25 % des personnes échantillonnées présentaient des problèmes cognitifs importants. Il a cependant insisté sur **le manque de ressources de tout ordre, autant dans la communauté qu'en institution, pour répondre de façon appropriée aux besoins de cette clientèle, de même que sur le manque de disponibilité des équipes de psychogériatrie.** Cependant, des indices révèlent certaines difficultés: le manque de soutien aux familles, en particulier à celles qui s'occupent d'une personne confuse, le peu d'engagement des C.L.S.C., à certains endroits, pour constituer des banques de noms pour le gardiennage. Une initiative intéressante est à signaler: un C.L.S.C. peu gâté en ressources a réservé une enveloppe au gardiennage pour les personnes avec des problèmes cognitifs, et ce à même ses budgets réguliers.

L'intervention psychosociale constitue une facette de l'approche globale qui fait problème dans plusieurs milieux. **Dans cinq centres hospitaliers, on oriente peu la clientèle vers les interve-**

nantes et intervenants psychosociaux par crainte d'allonger les durées de séjour. En milieu communautaire, l'intervention concernant divers problèmes comme l'isolement, le deuil, la dépression est également négligée (trois priorités en C.L.S.C., un centre hospitalier et un C.S.S.). L'intervention psychosociale dans les C.L.S.C. est surtout effectuée auprès de clientèles plus jeunes. Certaines approches organisationnelles (coupure de postes en service social, choix d'engager un infirmier ou une infirmière au lieu d'une intervenante ou d'un intervenant social dans les hôpitaux, surreprésentation des infirmiers et des infirmières par rapport à ces derniers et ces dernières dans quelques C.L.S.C., complexité des références en service social dans deux C.L.S.C.) et les problèmes relevés au chapitre du travail en équipe quant à la définition des rôles traduisent aussi la difficulté à reconnaître le rôle du service social. À trois endroits, l'accès limité aux interventions psychosociales est signalé à la fois par le C.L.S.C. et le centre hospitalier d'un même territoire. **Si l'hôpital n'est pas le meilleur endroit pour intervenir sur ce plan, et si le C.L.S.C. ne l'est pas où doit-on le faire, et par qui?** Les données extraites des dossiers de la clientèle rapportent un nombre relativement important de situations d'anxiété, de dépression, d'agressivité, de cas psychotiques (20 personnes sur 85). Des personnes en entrevue ont également manifesté de l'insécurité, de l'inquiétude à l'endroit de leur condition.

Un autre élément préoccupe les intervenants et les intervenantes même s'il a été moins souvent mis en priorité (six R.R.S.S.S., six C.L.S.C. dont deux priorités et six centres hospitaliers). Il s'agit du manque ou de l'absence de préoccupation quant au retour à domicile qui se traduit par une mauvaise planification des congés, surtout par les départements autres que gériatriques. Un aidant résume bien la façon dont ce problème est vécu par la clientèle.

*"Le médecin ne pouvait pas me dire si elle sortait. Mais une fois que tout a été décidé qu'elle sorte, ça pressait de la sortir. On n'a pas eu le temps de magasiner une place où la loger. Ça presse pas pendant deux mois et après une semaine, il faut la sortir et la loger."*

Il arrive également que certains intervenants et intervenantes ne "croient" pas aux services à domicile. Par exemple, une personne hospitalisée pour un problème d'asthme était toujours hospitalisée en attente d'une place en centre d'accueil, parce que le médecin n'était pas favorable

au retour à domicile, malgré l'offre de services du C.L.S.C. D'autres considèrent que cela ne vaut plus la peine de faire appel aux C.L.S.C., car ils ont trop souvent connu les limites actuelles de leurs services. Voici ce qu'un aidant dit.

*"On a rencontré la travailleuse sociale et le médecin. Ils nous ont dit que si elle revenait à la maison, le C.L.S.C. ne pourrait pas nous offrir ce dont on a besoin... Il n'offre que des petits bouts de services, soit pour prendre la pression, donner des piqûres."*

Presque partout, le manque de préoccupation à l'égard du soutien à donner aux familles est signalé (cinq C.L.S.C. dont une priorité, trois centres hospitaliers, un C.S.S. et une quinzaine d'aidants et d'aidantes). Les aidants et les aidantes parlent de leur fatigue, de leur épuisement. **Ce sont surtout ceux et celles soutenant des personnes atteintes de problèmes cognitifs qui vivent les situations les plus difficiles.** Voici comment les personnes ont exprimé le fardeau ressenti.

*"Ma mère était fatiguée; elle passait des nuits blanches. On a décidé de l'entrer à l'hôpital. Mon père ne dormait plus que 15 minutes à la fois."*

*"Maintenant, c'est plus difficile. Elle a commencé à se lever la nuit et je ne peux dormir. Même avec des pilules, je suis inquiet, j'ai peur qu'elle tombe. Je suis fatigué mentalement, c'est pire que la fatigue physique."*

**L'auxiliaire est souvent l'intervenante la plus sensibilisée à la surcharge des familles.** À trois endroits, des auxiliaires ont mentionné qu'on exigeait trop des familles. Les autres professionnelles et professionnels sont moins souvent préoccupés par cette question et les gestionnaires, à peu près jamais. Dans un C.L.S.C., le fait que les auxiliaires soient très proches de la clientèle est plutôt perçu comme une menace à leur objectivité à l'endroit des besoins de celle-ci.

Les éléments positifs soulignés par deux C.L.S.C. concernent la mise sur pied de groupes d'entraide pour les proches. **Ces efforts ont d'ailleurs été appréciés par certains aidants et aidantes dans ces territoires. Les services de répit offerts à d'autres endroits sont également fort prisés par les proches.** Mais il n'est pas toujours facile de trouver la formule de répit qui

convient le mieux aux besoins de chacun: gardiennage à domicile ou à l'extérieur (lits de répit, centres de jour).

D'autres aspects sont mentionnés mais beaucoup moins fréquemment

- La vision parfois limitée de certains infirmiers et de certaines infirmières dans les C.L.S.C. qui réduit les soins à domicile à un rôle technique plutôt qu'à une approche bio-psychosociale est mentionnée par un gestionnaire de C.L.S.C. Quelques situations décrites dans les histoires de cas vont dans le même sens: des soins à domicile sont offerts pour un suivi de l'état de santé sans que d'autres services ne soient envisagés même dans une situation difficile pour ce qui est des incapacités et du soutien de l'entourage.
- La pertinence de certains suivis médicaux ou de nursing plus ou moins réguliers et à long terme par le C.L.S.C. est remise en question dans un territoire en particulier, surtout lorsqu'une auxiliaire offre déjà des services régulièrement.
- L'approche de une ou deux unités de soins de longue durée est critiquée par des aidants et des aidantes en raison de l'usage de contentions et du manque de considération des besoins des personnes. Ces extraits en témoignent.

*"Ils ne sont pas respectueux aux soins prolongés. Ils ont attaché ma mère et elle n'en a pas besoin. Elle ne marche pas. Le personnel n'est pas entraîné pour travailler avec les personnes âgées. Une fois, ils l'ont amenée au bain tourbillon. Elle ne connaît pas cela un bain tourbillon. Ils ne lui ont rien expliqué. Elle criait, pleurait, elle a été marquée par cela."*

*"Je trouve cela dégueulasse les soins prolongés. Ils ne lui donnent pas de transfusions. Ils la laissent aller. C'est ce qu'ils m'ont dit. Les gens sont parkés là. Ils n'ont pas de défense."*

- La tendance qu'ont certains médecins spécialistes à transférer trop tôt les cas en gériatrie ou à retarder l'accès des personnes âgées aux consultations spécialisées (quatre centres hospitaliers).

L'absence d'approche globale dans les hôpitaux semble liée **au manque de formation et de sensibilisation du personnel à ce type d'approche**, si l'on se fie à la fréquence des mentions dans chaque cas, comme l'illustre le tableau 19.

**TABLEAU 19**

**Relation entre la formation du personnel  
et l'approche globale**

	Manque de formation	Formation appropriée
Pas d'approche globale	8	2
Pas de services pour les personnes en attente	8	2

**Le manque d'intérêt pour la clientèle âgée en perte d'autonomie** est également un aspect souvent mentionné et qui semble influencer les approches. (tableau 20)

**TABLEAU 20**

**Relation entre l'intérêt pour la clientèle âgée  
et l'approche globale**

	Manque d'intérêt	Engagement
Pas d'approche globale	8	0
Approche globale (UCDG)	0	7

Le manque d'approche globale dans les centres hospitaliers est mentionné tant dans ceux qui ont des services gériatriques bien développés que dans ceux qui n'en ont pas. **Les choix que font les directions des centres hospitaliers en tentant ou non de concilier le respect de certaines normes de productivité et les besoins de la clientèle âgée contribuent aussi à modeler les approches professionnelles.** Les intervenants et les intervenantes de six centres hospitaliers

signalent la crainte qu'ont les hôpitaux de perdre leur vocation de courte durée et leur résistance à "prendre le virage gris", selon l'expression de certains intervenants et intervenantes.

**La volonté de la direction de faire ou non de la clientèle gériatrique une clientèle prioritaire ressort également comme facteur important** qui peut favoriser ou, au contraire, limiter l'expansion de l'approche globale ou gériatrique dans l'ensemble de l'établissement. Enfin, la qualité de l'aménagement physique, qui est décrite dans la section portant sur la qualité des services, peut contraindre ou faciliter l'approche de maintien de l'autonomie, autant dans les unités de gériatrie que dans les autres départements.

### 3.3 Le suivi

Le suivi de la clientèle au moyen de réévaluations périodiques ou de relances à la sortie de l'établissement fait l'objet de cette section.

Les principaux constats sont les suivants :

Du point de vue de la clientèle, le suivi à l'intérieur d'un établissement, que les personnes âgées définissent surtout sous l'angle de la régularité des visites du personnel, constitue un élément positif de l'approche surtout en C.L.S.C. (sept personnes dans cinq C.L.S.C. et cinq dans trois centres hospitaliers). **Le personnel, quant à lui, définit plutôt le suivi sous l'angle de la réévaluation périodique. Sous ce rapport, le suivi est plutôt déficient, tant dans les C.L.S.C. que dans les centres hospitaliers:** seulement deux C.L.S.C. disent réévaluer systématiquement les personnes. Les intervenants et les intervenantes n'ont cependant pas tendance à considérer cette situation comme un problème. On constate aussi un manque de suivi par les C.L.S.C. des personnes en attente d'hébergement vivant dans des résidences privées (un C.S.S., un centre hospitalier). Un seul centre hospitalier dit réévaluer périodiquement la clientèle en attente d'hébergement et deux hôpitaux font un tel suivi auprès des personnes qui sont dans les unités de longue durée. Par contre, dans un hôpital, le médecin de famille assure le suivi de son

client ou de sa cliente qui est sous observation et, dans un autre, des rencontres multidisciplinaires sont initiées par l'infirmière de liaison dans les départements de soins aigus; malheureusement, les médecins n'y participent pas.

**Le suivi à la sortie, surtout des personnes ayant reçu leur congé d'une unité de courte durée gériatrique, est perçu positivement par le personnel de six centres hospitaliers.** Le suivi est assuré par l'équipe de consultation externe (deux centres en régions fortement urbanisées), par l'infirmière de liaison (trois centres) ou par un membre de l'équipe de courte durée gériatrique active (deux centres en régions fortement urbanisées). D'autres moyens plus marginaux sont mentionnés tels que le service social d'un centre hospitalier qui assure un suivi de 30 jours auprès de la clientèle admise en famille d'accueil et un C.S.S. qui vérifie la qualité de vie des personnes nouvellement hébergées. La clientèle des services gériatriques exprime aussi sa satisfaction quant au suivi assuré par les centres hospitaliers, lequel consiste, dans quatre territoires, en des visites hebdomadaires à domicile et en des appels téléphoniques. Un seul C.L.S.C., deux centres hospitaliers et deux R.R.S.S.S. identifient des problèmes en matière de suivi: selon eux, les besoins de réadaptation à la sortie ne sont pas suffisamment pris en compte.

### **3.4 Synthèse et solutions proposées**

*La présence des unités de courte durée gériatrique semble favoriser une approche beaucoup mieux adaptée aux personnes qui y ont accès. C'est généralement aussi le cas des unités de soins de longue durée. L'influence de ces unités n'est pas toujours perceptible ailleurs dans l'hôpital. Cependant, la grande partie de la clientèle âgée vulnérable se retrouve dans des départements autres que ceux-là, d'où l'importance d'amener des changements d'approche.*

*L'approche auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ailleurs que dans les unités gériatriques (unités de courte durée et unités de soins prolongés) est fortement remise en question par tous les centres hospitaliers: faiblesse du dépistage de la clientèle vulnérable, approche centrée sur la pathologie, peu d'interventions auprès des personnes en perte d'autonomie qui attendent une place d'hébergement, incluant la réadaptation, planification rapide*

*des congés. Dans une moindre mesure, l'accès plus limité des personnes âgées aux consultations spécialisées est remis en question. Plusieurs facteurs y contribuent. Un manque d'intérêt, de formation et de sensibilisation du personnel soignant envers cette clientèle sont mentionnés. À cela s'ajoutent la contrainte imposée aux milieux hospitaliers par le respect de normes de productivité et la difficulté qu'ils ont à concilier leur mission d'institution de courte durée et les besoins des personnes en perte d'autonomie.*

*Les approches des C.L.S.C. sont bien moins souvent remises en question; ce sont plutôt les choix des établissements qui le sont. Certains C.L.S.C. ont développé une approche globale. Cependant, la moitié des C.L.S.C. signalent le caractère non global des évaluations, lesquelles sont pourtant à la base de la détermination de services. Il semble y avoir un lien entre l'évaluation globale et le travail d'équipe. Le questionnement d'un ou deux milieux relativement à la fréquence du suivi nursing et médical tout comme la vision parfois étroite que peuvent avoir certains professionnels et professionnelles doivent être signalés. Le soutien aux proches reste insuffisant. Ce sont surtout ceux et celles soutenant des personnes atteintes de problèmes cognitifs qui vivent les situations les plus difficiles. Cette clientèle est d'ailleurs la plus mal desservie. Outre l'insuffisance de soutien de toutes sortes à leurs proches, il n'y a que peu de ressources pour l'accueillir, et on observe des lacunes quant à l'approche auprès de ces personnes. Toutefois, la mise sur pied de groupes d'entraide à quelques endroits est appréciée par certains aidants et aidantes.*

*Quant à l'intervention psychosociale, elle demeure la facette la plus négligée de l'approche des établissements, tant dans les centres hospitaliers que dans les C.L.S.C., et ce malgré des problèmes importants chez les personnes âgées. Néanmoins, on se préoccupe un peu plus de la réadaptation, quoique dans ces deux milieux, on manque de personnel dans ce domaine.*

*Parmi les solutions proposées, plusieurs relèvent de la formation: formation ciblée donnée périodiquement sur l'approche globale adaptée à la clientèle gériatrique et divers aspects qu'elle sous-tend tels les attitudes à l'égard des personnes âgées. On propose d'utiliser l'expertise des milieux pour la formation, en utilisant des agents multiplicateurs. Cela est mentionné particu-*

*lièrement pour la réadaptation, mais aussi pour l'approche globale qui pourrait être enseignée au personnel infirmier des départements autres que gériatriques. La formation destinée aux médecins spécialistes, auxquels on reproche de ne pas adopter l'approche globale, devrait les sensibiliser à la nature et aux avantages de la gériatrie, afin qu'ils développent l'habitude du travail d'orientation et de collaboration avec les spécialistes de la gériatrie. Une suggestion est faite à l'effet de responsabiliser plutôt les médecins omnipraticiens et de leur confier les personnes en perte d'autonomie qui n'ont plus besoin de services spécialisés. Un milieu fonctionne déjà de la sorte pour les personnes en attente d'hébergement dans les lits de courte durée.*

*Pour favoriser une approche globale, le regroupement des personnes, par exemple celles en attente d'hébergement ou des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral peut faciliter les choses si l'on se base sur les expériences des milieux qui ont fait de tels regroupements.*

*La mise au point et l'utilisation d'un outil rapide de dépistage de la clientèle vulnérable, qui pourrait être utilisé tant à l'urgence que dans les autres départements, fait également partie des moyens proposés pour améliorer les approches. D'autres milieux penchent pour la collaboration de l'équipe gériatrique ou d'un de ses membres pour le dépistage, mais cela semble irréaliste aux yeux de certains gestionnaires qui préfèrent la formule de l'outil, suivie, s'il y a lieu, d'une consultation de l'équipe gériatrique. Dans un milieu, un projet-pilote d'intervention interdisciplinaire doit être mis sur pied incessamment, afin de mieux planifier les interventions dès l'arrivée de la personne et d'assurer une meilleure continuité des services.*

*Pour améliorer le suivi à l'interne, on recommande fortement une plus grande mobilité de l'équipe gériatrique en centres hospitaliers et des réévaluations plus systématiques des clients et clientes, tant à l'hôpital qu'en C.L.S.C.*

*Pour s'assurer d'une présence régulière des services de réadaptation on propose: d'accroître les ressources, de faire appel aux services privés pour les remplacements, d'engager du personnel de soutien pour seconder et maximiser le travail du personnel spécialisé, ce qui lui*

*éviterait des pertes de temps pour les déplacements des clients, les traitements, l'aide à la marche, etc. Des solutions visant à faciliter l'accès aux aides techniques sont proposées telles que la création d'une banque régionale d'aides et d'équipements, l'instauration d'un système de récupération des aides et la création de fonds régionaux pour les fournitures afin de compenser les problèmes de fonctionnement du programme de l'O.P.H.Q.*

*Les intervenants et les intervenantes de tous les milieux reconnaissent l'importance d'agir en ce qui concerne l'intervention psychosociale. Le rôle des intervenantes et intervenants sociaux est à redéfinir et à revaloriser à certains endroits.*

*Pour améliorer le suivi à la sortie du centre hospitalier, on propose la mise sur pied d'une équipe de consultation gériatrique externe et l'utilisation des hôpitaux de jour. Une telle équipe existe dans les milieux urbains visités et constitue effectivement un point fort de l'organisation, selon les intervenants et les intervenantes. Cependant, il faut s'interroger dans chacun des territoires sur la pertinence d'une telle ressource eu égard aux autres, notamment à l'hôpital de jour.*

*L'implantation d'unités de courte durée gériatrique là où elles n'existent pas fait également partie des solutions proposées par les milieux visités. L'approche globale est une philosophie que partage un groupe d'intervenants et d'intervenantes de disciplines variées mais elle doit être partagée par le plus de monde possible et être étendue à l'ensemble des établissements. L'existence d'une unité structurée favorise la présence d'une telle approche. Même dans des unités structurées, on propose de regrouper les intervenants à un même endroit pour assurer plus de cohésion dans l'équipe, ce qui n'est pas le cas partout.*

*Plusieurs solutions sont proposées pour améliorer le sort des personnes qui ont des problèmes cognitifs: la présence d'une équipe psychogériatrique disponible tant en centre hospitalier qu'à domicile, des mesures pour soutenir l'entourage comme le développement des groupes d'entraide, qui semblent répondre à certains besoins tel qu'exprimés par le personnel clinique et certains clients et clientes, mais surtout l'accroissement des services, en particulier des services*

*de gardiennage et des autres types de services procurant du répit aux aidants et aux aidantes. Plusieurs de ces mesures peuvent aussi être utiles à d'autres types de clientèle. Selon les aidants et les aidantes de personnes lucides essentiellement, il faudrait séparer les personnes confuses et les personnes lucides dans les institutions. Le personnel ne s'est pas prononcé sur cet aspect.*

*À plusieurs endroits, des moyens sont proposés pour que le personnel soit mieux informé des ressources dont des rencontres régulières d'échanges entre le personnel de différents types d'établissements, des bottins de ressources avec mises à jour.*

#### **4. LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES**

La collaboration avec les partenaires, c'est-à-dire les initiatives prises par les établissements pour travailler de façon concertée, est une composante importante du processus de prestation de services tel que défini par les experts et les intervenants et les intervenantes. Ainsi, dans tous les territoires visités, des problèmes et des points forts sont mentionnés par le personnel des établissements et par les participants et participantes des R.R.S.S.S. La clientèle perçoit peu de problèmes et évoque plus facilement les points forts. (tableau 21)

On a regroupé les différentes observations sous deux objets: d'une part, les relations entre les centres hospitaliers et les C.L.S.C. et, d'autre part, les relations entre ces établissements (ou d'autres) et des ressources telles que les centres de jour, les hôpitaux de jour, les organismes communautaires, etc.

La question des relations avec les médecins de pratique privée n'a pas été mentionnée, à l'exception d'un centre hospitalier et d'un C.L.S.C. qui signalent le peu de liens qu'ils entretiennent effectivement avec ces médecins.

TABLEAU 21 : Fréquence exprimée du thème "Collaboration avec les partenaires"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Les relations entre centres hospitaliers et C.L.S.C.	11	3	6	-	3	6	1	7	-	-	-	-	1	-
► Les relations avec les autres types d'établissements	11	-	7	1	1	2	-	3	-	3	-	-	-	-
► Les liens avec les médecins de pratique privée	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
POINTS FORTS														
	Territoires 11	C.L.S.C. 10			Centres hospitaliers 10			R.R.S.S.S. 7		C.S.S. 3		CLIENTÈLE		
		C.L.S.C.	C.H.	Autres										
► Entre centres hospitaliers et C.L.S.C.	11	5	6	2	-	1	10	-	-	-	1	10	-	
► Entre d'autres ressources	11	8	7	-	1	5	1	3	-	-	5	1	3	
► Entre médecins de pratique privée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

#### 4.1 Les relations entre centres hospitaliers et C.L.S.C.

**Les mécanismes de communication et de références entre les centres hospitaliers et les C.L.S.C. sont déficients à plusieurs égards.** Presque tous les établissements font état du manque de mécanismes pour l'évaluation et le suivi d'une clientèle commune ou de leur faiblesse. Les C.L.S.C. reprochent aux centres hospitaliers le peu de renseignements transmis sur un client ou une cliente, le fait qu'aucun résumé du dossier ne soit acheminé au C.L.S.C. lors d'un congé et que la planification des congés se fasse à la dernière minute. Dans quatre territoires, des C.L.S.C. estiment également que les centres hospitaliers ont tendance à les considérer comme des sous-contractants qui doivent mettre en oeuvre des plans de soutien à domicile sans avoir été consultés.

Par ailleurs, un des reproches que font cinq centres hospitaliers des territoires urbains aux C.L.S.C., est la difficulté d'obtenir des services de ceux-ci les fins de semaine. Cet aspect a aussi été mentionné par la clientèle. Un autre problème, prioritaire pour trois centres hospitaliers, réside dans la tendance qu'ont les C.L.S.C. à refaire les évaluations et à contester les plans de soutien à domicile établis par les centres hospitaliers. On insiste sur la difficulté à composer avec les modalités de références des C.L.S.C. ou l'impossibilité, dans un cas, d'avoir une référence directe à partir du centre hospitalier pour des demandes d'aide et des services psychosociaux, parce que le C.L.S.C. exige que la clientèle fasse elle-même la démarche.

On estime que la présence dans les centres hospitaliers d'un agent ou d'une agente de liaison, responsable des liens avec les ressources extérieures, représente un facteur qui facilite la collaboration, que cette fonction se retrouve à l'urgence, à l'unité de courte durée gériatrique ou dans un autre département (quatre centres hospitaliers et deux C.L.S.C.). Il faut noter que les contacts s'établissent plus facilement pour les soins infirmiers que pour l'aide à domicile.

Une dizaine de clients et de clientes, d'aidants et d'aidantes dans plus de la moitié des endroits ont aussi manifesté leur satisfaction quant aux échanges entre le centre hospitalier et le C.L.S.C., et particulièrement entre les services gériatriques ou l'infirmière de liaison et le C.L.S.C. Il

semble exister une relation entre la présence d'une fonction de liaison et la qualité de la collaboration entre les deux types d'établissements. (tableau 22)

**TABLEAU 22**

**Relation entre la présence d'un agent ou d'une agente de liaison et la collaboration avec d'autres établissements**

	Présence d'un agent ou d'une agente de liaison	
	NON	OUI
Problèmes de collaboration	4	2
Collaboration plus facile	0	2

À deux endroits, les intervenants et intervenantes des centres hospitaliers ne sont pas d'accord avec leurs directions, lesquelles ont choisi d'éliminer le poste d'agent ou d'agente de liaison à l'urgence et de confier la responsabilité des liens aux infirmiers et infirmières des autres départements ou au personnel de l'unité de courte durée gériatrique. Le personnel des C.L.S.C. de ces territoires abonde dans le sens des intervenants et des intervenantes des hôpitaux. Ces changements étant relativement récents au moment de l'étude, il est difficile de dire lesquels ont raison.

**La présence d'un agent ou d'une agente de liaison semble aussi favoriser une meilleure connaissance des services offerts par les C.L.S.C.** (tableau 23) Les données obtenues laissent voir que le personnel des centres hospitaliers connaît peu ou mal les services offerts par les C.L.S.C., et cela est plus évident en l'absence d'une fonction de liaison.

TABLEAU 23

**Relation entre la présence d'un agent ou d'une agente de liaison et la connaissance des services offerts par les établissements**

	Présence d'un agent ou d'une agente de liaison	
	NON	OUI
Manque de connaissances	4	1
Connaissance des services	1	2

La participation d'une intervenante d'un C.L.S.C. aux réunions de l'équipe gériatrique d'un centre hospitalier, la présence d'un médecin à mi-temps à la fois en centre hospitalier et en C.L.S.C. et la possibilité pour tout intervenant ou toute intervenante d'un C.L.S.C. de diriger des cas directement vers les ressources externes sont d'autres moyens qui semblent accroître la collaboration.

Des ententes précises conclues entre centres hospitaliers et C.L.S.C. contribuent aussi à accroître la collaboration, comme le paiement des examens de laboratoire d'un C.L.S.C. par un centre hospitalier et le privilège d'hospitalisation des médecins d'un C.L.S.C.

#### **4.2 Les relations avec les autres types de ressources**

La collaboration ou les échanges des centres hospitaliers et des C.L.S.C. avec les ressources que sont les centres de jour, les hôpitaux de jour, le réseau communautaire, les ressources privées, les familles d'accueil, les bénévoles sont décrits un peu plus globalement. La bonne collaboration avec l'une ou l'autre de ces ressources est mentionnée par huit C.L.S.C. et par sept centres hospitaliers. À un endroit cette collaboration a pris la forme d'un échange de personnel entre un C.L.S.C., un centre d'accueil d'hébergement et un centre de jour. Deux C.L.S.C. ont travaillé en liens étroits avec des organismes communautaires pour mettre sur pied des services

dans la communauté (entretien ménager, accompagnement, centre des aînés). Ailleurs, un centre hospitalier a établi une entente avec des familles d'accueil qui gardent des personnes en attente d'hébergement pour hospitaliser rapidement celles qui décompensent. La clientèle a manifesté sa satisfaction surtout à l'égard des contacts établis par un C.L.S.C. ou un centre hospitalier avec un centre de jour ou un hôpital de jour (quatre personnes). Deux R.R.S.S.S. ont publié un bottin des intervenants et des intervenantes de différents types d'établissements afin d'améliorer les contacts entre eux, et un C.S.S. travaille en étroite collaboration avec différents établissements pour une prise en charge partagée d'une cliente ou d'un client commun.

**Par ailleurs, il apparaît difficile pour les intervenants et les intervenantes d'établir une collaboration soutenue avec l'une ou l'autre de ces ressources et d'établir des suivis conjoints. Cela est particulièrement le cas des C.L.S.C. (huit C.L.S.C.).** Les centres hospitaliers y voient moins de problèmes. Peut-être mesurent-ils plus difficilement que les C.L.S.C. l'importance d'assurer une communication avec ces ressources, leur collaboration se limitant le plus souvent à une simple référence écrite ou verbale.

**Les relations avec le réseau communautaire sont déficientes.** Dans trois territoires, on dit que ce réseau est peu développé et les C.L.S.C. réalisent qu'ils doivent limiter leurs attentes. Dans un territoire où les organismes communautaires sont bien implantés, ceux-ci se plaignent que le C.L.S.C. veut les voir jouer un rôle de remplacement et non de complémentarité par rapport au réseau public.

Des difficultés associées à certaines ressources situées en régions fortement urbanisées ont été évoquées. Il s'agit du manque de disponibilité des équipes de psychogériatrie et de leur difficulté à s'adapter aux besoins tels que perçus par les C.L.S.C., ainsi que du manque de consultation entre les C.S.S. et les C.L.S.C. pour une clientèle commune.

### 4.3 Synthèse et solutions proposées

*Il existe un problème important de communication entre les C.L.S.C. et les centres hospitaliers. La présence d'un agent ou d'une agente de liaison semble avoir pour effet d'améliorer les communications, du moins en ce qui concerne la planification des congés, bien que ce ne soit pas le seul facteur. Elle semble également favoriser une meilleure connaissance des services des C.L.S.C.*

*Là où cette fonction n'existe pas, le personnel propose, pour améliorer les communications, de désigner une personne assurant la liaison entre les établissements. Pour améliorer la compréhension mutuelle des contraintes de chacun et pallier à celles-ci, plusieurs favoriseraient des réunions d'information, des échanges de personnel entre les C.L.S.C. et les centres hospitaliers et la présence de comités conjoints pour l'évaluation et la planification des congés. Ce dernier mécanisme fonctionne d'ailleurs très bien dans un territoire.*

*Selon les C.L.S.C., les relations avec les autres partenaires sont à améliorer. Quelques solutions sont suggérées; plusieurs d'entre elles touchent la coordination. La mise en place d'un réseau de communications régulières et constantes, tant pour l'organisation des services que pour assurer le suivi. Différentes formules sont proposées par le personnel telles la modification de la représentation au sein des tables de coordination et de concertation, mises sur pied dans certaines régions, de façon à y faire participer non seulement les gestionnaires mais aussi le personnel de la base et à y intégrer l'ensemble des établissements qui interviennent auprès de la clientèle-cible. L'idée du formulaire unique de référence, expérimentée dans une région, apparaît intéressante, même si elle reste à raffiner. L'élaboration des plans régionaux d'organisation de services pour les personnes âgées (PROS) est considérée comme porteuse d'espoir pour améliorer la complémentarité, la concertation et les collaborations. Les expériences en ce sens étant à leurs débuts, il est impossible d'en mesurer les effets. L'utilisation du plan de services, suggéré dans six territoires pour améliorer la qualité du processus décisionnel peut éviter les dédoublements, lorsque plusieurs ressources dispensent des services à une personne.*

*Il est plutôt étonnant que les relations avec les médecins traitants n'aient pas été plus commentées. Il y aurait intérêt à créer un mécanisme formel de communication entre les centres hospitaliers, les C.L.S.C. et les médecins de pratique privée. Un tel mécanisme pourrait prendre tout simplement la forme d'un envoi systématique de notes faisant part de l'évolution des personnes ou de toute autre forme de transmission de renseignements pour leur permettre d'assurer un meilleur suivi.*



## **CHAPITRE 6**

### **LES EFFETS OBSERVÉS CHEZ LA CLIENTÈLE**

Cette section met en évidence ce qui résulte du processus de prestation de services tel que vécu par la clientèle (pertinence des décisions, satisfaction du type et de la quantité de services reçus, délais) et ce qui touche la qualité même ou le coût des services donnés (qualité de vie, relations avec le personnel, information reçue, coût des services).

#### **1. LA PERTINENCE DES DÉCISIONS**

Partout, plusieurs personnes émettent des commentaires sur la pertinence des décisions à leur sujet, décisions prises par le personnel de toutes les catégories d'établissements. (tableau 24)

**Si la plupart des personnes se disent satisfaites des évaluations dont elles font l'objet, certaines ont l'impression qu'on a surévalué leurs capacités ce qui risque, selon elles, de les priver de certains services ou de hâter leur congé (huit personnes). Dans les quatre centres hospitaliers et les quatre C.L.S.C. où l'on critique les évaluations, des clients et des clientes se plaignent aussi du fait qu'on ne tient pas suffisamment compte de leur opinion quand il y a une décision à prendre. Par ailleurs, dans trois des quatre centres hospitaliers où se retrouvent de tels problèmes, des personnes se plaignent aussi des pressions qu'elles ont subies pour sortir des centres hospitaliers. La présence simultanée de ces deux situations semble être due à un problème d'approche de ces centres hospitaliers.**

**Dans six territoires, une dizaine de personnes hospitalisées ou leurs proches sont en désaccord avec la décision d'hébergement.**

TABLEAU 24 : Fréquence exprimée du thème "Pertinence des décisions"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
Pertinence des décisions	10	-	-	-	-	2	-	3	-	-	-	9	21	4

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS										
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10		Centres hospitaliers 10		R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
		CLSC	C.H.	AUTRES						
Pertinence des décisions	8	-	-	-	-	-	-	17	5	-

*"Il a eu de bons soins à l'hôpital, mais vu son âge, ils ont décidé de le placer. Lui, il était consentant de demeurer ici dans son appartement et moi (son concierge) je pense que c'était bon pour lui."*

*"À la sortie de l'hôpital, il a été forcé d'aller dans une famille d'accueil."*

Une perception négative des ressources d'hébergement, explique en partie ces résistances, mais pour plusieurs personnes, leur désaccord avec la décision d'hébergement vient du fait que l'institution ne correspond pas à leurs besoins.

**Des pressions sont souvent faites par les intervenants et les intervenantes des centres hospitaliers pour orienter les personnes vers l'hébergement privé ou pour faire une demande d'hébergement public.** Le recours aux ressources privées devient, pour certains de ces hôpitaux, une alternative en réponse tant à l'insuffisance de services de soutien à domicile que de ressources d'hébergement public pour les personnes en grande perte d'autonomie.

Les enfants adultes font parfois des pressions, qui s'ajoutent à celles du personnel, pour l'hébergement. À titre d'exemple, une dame recevait les services du C.L.S.C., payait des services d'entretien ménager et considérait qu'elle se débrouillait bien chez elle. Ses enfants, inquiets, lui proposaient depuis trois ans de ne plus demeurer seule. Après une fracture des côtes, ils ont décidé de "vider la maison": elle s'est retrouvée en résidence privée.

*"C'est pas moi qui voulait venir ici. Moi, je ne voulais pas casser maison. Je recevais qui je voulais."*

Ce problème de demande d'hébergement non désiré par la clientèle existe aussi dans les C.L.S.C., mais il est plus rarement mentionné (cinq personnes). Deux des trois C.L.S.C. concernés sont ceux qui sont les plus défavorisés pour ce qui est de la disponibilité des ressources. On ne peut écarter l'hypothèse qu'une demande de services trop élevée par rapport aux ressources disponibles et, conséquemment, l'impossibilité d'assurer un soutien à domicile suffisant incitent les intervenants et les intervenantes à orienter la clientèle vers l'hébergement.

**Autrement dit, faute de ressources, les C.L.S.C. ne peuvent remplir leur mission et ils la transfèrent à d'autres.**

**L'orientation par certains centres hospitaliers de personnes ayant des limitations trop sévères vers l'hébergement privé est un problème soulevé à certains endroits (trois R.R.S.S.S., deux centres hospitaliers, deux aidants et aidantes)**

Les données sociodémographiques et les données sur les limitations fonctionnelles de la clientèle ayant fait une demande d'hébergement expliquent pourquoi les plaintes relatives à un hébergement non désiré proviennent surtout de la clientèle des centres hospitaliers.

Si on compare la situation de la clientèle des C.L.S.C. qui a fait une demande d'hébergement à celle des hôpitaux, on constate que la première vit des situations particulièrement difficiles. Sept personnes sur neuf souffrent de problèmes cognitifs graves. Toutes ces personnes ont besoin d'aide à la fois pour les activités reliées à leurs soins personnels et pour les tâches domestiques; quatre sur neuf sont incontinentes. L'une des deux autres personnes qui ont fait une demande d'hébergement souffre des conséquences d'un accident vasculaire cérébral, de graves problèmes respiratoires et d'anxiété, tandis que l'autre est atteinte de la maladie de Parkinson et est alitée. La majorité de ces personnes reçoivent déjà l'aide du C.L.S.C., mais celle-ci paraît insuffisante.

Vingt-sept personnes référées par les centres hospitaliers ont fait une demande d'hébergement. Si on exclut de ce nombre les neuf pour lesquelles un hébergement apparaît justifié en raison de problèmes cognitifs importants, les réticences de plusieurs des autres personnes sont compréhensibles.

Neuf de ces personnes habitent seules, la plupart à domicile et quelques-unes en résidence privée pour personnes âgées, et elles sont un peu plus âgées que les personnes des C.L.S.C. (80,1 ans comparativement 74,3 ans). À l'exception d'une, elles sont continentales et huit sont autonomes pour les activités de la vie quotidienne (se laver, se vêtir, manger). Huit ont des problèmes de

mobilité; presque toutes ont besoin d'aide pour l'entretien ménager, les courses et cinq manifestent des symptômes d'anxiété et de dépression. Sept de ces personnes ne reçoivent toutefois aucune aide du C.L.S.C., alors que la plupart en auraient besoin pour l'une ou l'autre des activités mentionnées précédemment.

Ces personnes ont moins de limitations que les personnes des C.L.S.C., mais elles présentent quand même des problèmes réels auxquels on ne répond pas toujours, qu'il s'agisse d'aide domestique, de sécurité, de transport, etc. L'hébergement leur est offert, mais il est probable que les possibilités du soutien à domicile n'aient pas été suffisamment explorées au moment de la décision d'héberger. Il se peut aussi que les services à domicile n'aient pas été disponibles en raison du type requis (aide domestique) ou parce que les personnes habitaient en résidence privée.

L'anxiété que vivent plusieurs d'entre elles met en évidence la nécessité de se pencher sur la résolution de certains problèmes de nature psychosociale ainsi que l'importance des services complémentaires (télésurveillance, 911) destinés à augmenter le sentiment de sécurité, si on veut rendre possible le soutien à domicile.

## **2. LE TYPE ET LA QUANTITÉ DE SERVICES**

**Environ 25 personnes et leurs proches répartis dans presque tous les C.L.S.C. se plaignent de ne pas recevoir de services ou d'en recevoir en quantité insuffisante. (tableau 25)**

*"Ils ne nous ont pas offert de gardiennage et on ne peut avoir de bénévolat. On voudrait une journée de gardiennage par semaine."*

*"Lorsqu'ils ont évalué ma mère, ils ont dit qu'elle avait besoin de 2 h 30 par jour. Mais ils ne pouvaient pas en donner. On n'était pas plus avancé."*

*"À cause du budget, malheureusement, ils ne peuvent faire plus... à part ça c'est bien."*

*"À l'hôpital, ils disaient que le C.L.S.C. c'était des dieux, mais dans le fond, ils vous prêtent un siège de toilette, une marchette... ils prêtent un maximum de trois mois, après il faut s'en acheter ou s'en passer. Ils tendent des hameçons."*

Parmi celles-ci, près d'une dizaine déplorent particulièrement la fréquence des bains qui se limite le plus souvent à une fois par semaine, parfois deux si la personne est incontinente.

*"Au C.L.S.C. on demande un service et on ne l'a pas. Ils donnent deux bains aux onze jours. Pour quelqu'un d'incontinent, ça ne marche pas."*

*"Un bain par semaine, c'est pas suffisant, surtout en été."*

Un nombre plus réduit de personnes (sept dans diverses régions), se plaint plutôt du type de services offerts par les C.L.S.C. L'aide offerte ne correspond pas à ce que les personnes estiment avoir besoin. Par exemple, le C.L.S.C. offre des services d'hygiène alors qu'elles désirent des services de gardiennage et d'entretien ménager.

*"Le C.L.S.C. lui faisait faire (à mon père) de la culture physique, un bain, les médicaments et ils lui jasaient pour le moral. Ils étaient même prêts à lui faire deux repas par jour mais ma mère était capable. On aurait aimé avoir quelqu'un la nuit pour des services."*

*"Ça m'avait choqué que l'auxiliaire familiale ne lave pas le plancher."*

Deux mentionnent plus particulièrement l'absence de services d'urgence du C.L.S.C.

**Malgré ce que nous venons de rapporter, il faut préciser que, presque partout, une vingtaine de clients et de clientes considèrent que les services offerts correspondent à leurs besoins, tant pour ce qui est de la quantité que de la qualité, et qu'on a le souci d'adapter les services à l'évolution de leur situation, que ce soit de l'initiative du C.L.S.C. ou en réponse à leur propre demande.**

TABLEAU 25 : Fréquence exprimée du thème "Type et quantité de services"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Types de services	8	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	7	-	3
► Quantité de services	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS												
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10		Centres hospitaliers 10		R.R.S.S.S. 7		C.S.S. 3		CLIENTÈLE		
										C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Types de services	8	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	3
► Quantité de services	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-

**Même si elles se disent satisfaites, plusieurs personnes âgées sont parfaitement conscientes des ressources limitées du C.L.S.C.**

*"Ils m'ont donné 5 demi-journées par semaine. Je suis assez contente que je ne fais pas de commentaires. Ils ne pourraient pas m'en donner plus. Ils ont bien du monde à s'occuper."*

Notons que, parmi les personnes satisfaites, plusieurs ont des limitations fonctionnelles assez importantes et reçoivent des services plus nombreux et plus diversifiés que la moyenne. Elles sont habituellement inscrites au programme SIMAD ou au Fonds régional pour les personnes handicapées. Tout en s'appuyant sur une importante contribution des proches, le soutien à domicile semble bien fonctionner pour elles.

Ces situations montrent qu'il est possible, avec une gamme suffisante de services, de maintenir convenablement à domicile des personnes qui, autrement, devraient entrer en institution. À titre d'exemple, une dame vit seule en appartement mais reçoit un soutien de sa fille et d'un organisme communautaire pour ses sorties. Elle est semi-voyante, a une hémiparésie, fait de l'insuffisance respiratoire et souffre d'anxiété.

*"J'ai 5 matinées par semaine pour le bain, laver la vaisselle, mon lavage, le dîner etc. L'infirmière vient à chaque semaine ou aux deux semaines... le C.L.S.C. me donne un bon service."*

Même si, au total, le nombre de personnes qui se disent satisfaites de la quantité et de la qualité des services reçus ne diffère pas tellement du nombre de personnes insatisfaites, une analyse par territoire des commentaires des clients et des clientes sur un ensemble de variables apparentées (quantité de services alloués et besoin de services supplémentaires, types de services reçus, soutien aux proches) montre de grandes différences d'un territoire à l'autre.

**Un C.L.S.C. se démarque des autres par le haut niveau de satisfaction de sa clientèle: sept mentions positives, par rapport à une seule critique. Ce C.L.S.C. est relativement bien pourvu**

**de ressources de soutien**, malgré un nombre élevé de personnes à desservir. On constate la présence de travail régulier en équipe multidisciplinaire où sont intégrées les auxiliaires.

Trois C.L.S.C. révèlent chacun sept mentions négatives ou plus. Deux ont des ressources réduites dont l'un a adopté une politique de services à court terme et l'autre, une approche de "dilution" qui consiste à desservir plus de personnes en donnant moins à chacune. Les décisions ne s'y prennent pour ainsi dire jamais de façon collégiale. Le troisième est relativement bien pourvu de ressources, mais il connaît des différences notables de philosophie entre le secteur des soins et le secteur de l'aide, lesquels fonctionnent de façon cloisonnée. Dans ce dernier C.L.S.C., on retrouve aussi quatre personnes qui se disent satisfaites des services reçus.

### 3. LES DÉLAIS

Cette section traite de deux aspects: l'attente pour une évaluation et pour l'obtention des services réguliers et l'attente pour des services urgents. (tableau 26)

Dans six territoires, les intervenants et intervenantes, tout comme la clientèle et ses proches (une quinzaine) font état des délais pour obtenir des services de la part des C.L.S.C. Dans quatre cas, il s'agit de C.L.S.C. qui ont à composer avec une demande potentielle de moyenne à forte et un budget réduit ou très réduit. Les délais signalés par la clientèle concernent l'aide directe du C.L.S.C. ou l'allocation directe provenant parfois de la R.R.S.S.S. ou de S.I.M.A.D.

*"Ma mère, par rapport au C.L.S.C., elle trouvait que ça n'allait pas vite. Ils allaient la voir, elle appelait. Ils disaient qu'elle était sur une liste d'attente. Ils ne sont pas pressés."*

*"C'est assez exigeant de garder mon père. j'ai soixante ans et lui 87. Il a les jambes faibles. Je fais tout... Le C.L.S.C., il n'est jamais venu personne. On m'a dit que ça prendrait deux mois pour savoir si quelqu'un viendrait pour donner le bain à mon père."*

TABLEAU 26 : Fréquence exprimée du thème "Délais"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Services réguliers du centre hospitalier ou du C.L.S.C., du C.S.S.	9	-	2	-	-	3	-	-	-	-	-	11	-	3
► Services d'urgences du centre hospitalier ou du C.L.S.C.	9	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	7	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Services réguliers du centre hospitalier ou du C.L.S.C.	10	10	1	-	-	18	2	-
► Services d'urgence du centre hospitalier ou du C.L.S.C.	9	3	-	-	-	-	21	-

Ces délais entraînent parfois des dépenses supplémentaires ou le recours à l'aide des voisins. Certains songent à une demande d'hébergement.

*"Moi, je fais du gardiennage du lundi au vendredi de 15 h 00 à 8 h 30, ma soeur complète la fin de semaine. Mon employé fait 38 heures par semaine. On a fait une demande au C.R.S.S.S. pour la payer. J'ai été acceptée mais ils n'ont pas de budget. Ils ne savent pas quand ils vont avoir le budget. Probablement qu'au printemps on fera une demande d'hébergement, à moins qu'ils ne débloquent un budget au C.R.S.S.S. "*

Les C.S.S. de la région de Montréal sont également visés en raison de leur lenteur à évaluer les demandes d'hébergement (trois centres hospitaliers et deux C.L.S.C.).

Seulement deux centres hospitaliers de grande taille ont mentionné l'attente à l'urgence comme un problème prioritaire considérant qu'elle peut entraîner de la confusion ou une baisse rapide de l'autonomie de la clientèle. Au moins sept personnes ont vécu des attentes pénibles à l'urgence dans trois centres hospitaliers.

*"Ma mère a passé cinq jours à l'urgence sur une civière. On ne savait pas d'une journée à l'autre ce qui allait se passer. La travailleuse sociale ne pouvait pas s'en occuper à l'urgence."*

*"La première fois il est resté trois à quatre jours à l'urgence dans un corridor; il était confus, ils le laissaient crier. Il y avait beaucoup de monde... La deuxième fois, ç'a été plus vite, seulement 24 heures à l'urgence car il avait déjà un dossier."*

Malgré les points faibles relevés ci-dessus, précisons que, sur la question des délais, dans toutes les régions les clients et les clientes satisfaits (près de vingt) sont plus nombreux que les autres. **Dans la plupart des cas, la clientèle des C.L.S.C. est satisfaite de la rapidité de la réponse du C.L.S.C. pour l'évaluation et pour les soins. Les délais touchent plutôt la prestation de services qui ne sont pas toujours sous la responsabilité directe du C.L.S.C. (allocation directe, S.I.M.A.D. centralisé, Fonds régional).** C'est le cas, notamment, dans quatre territoires. Les perceptions des intervenants et des intervenantes confirment jusqu'à un certain point cette observation. L'absence de listes d'attente ou le fait qu'elles soient courtes est considéré

comme un point fort par tous les C.L.S.C.; ce qui signifie qu'on évalue les besoins des personnes dans les plus brefs délais, quitte à les mettre sur une liste d'attente par la suite, selon l'urgence de la situation et les ressources disponibles.

*"J'ai appelé au C.L.S.C., ils sont venus le jour même."*

Une vingtaine de personnes de sept centres hospitaliers estiment que le délai d'attente qu'elles ont connu dans les salles d'urgence est raisonnable. À noter que personne n'est satisfait des délais d'attente dans les hôpitaux de très grande taille où ce problème est signalé comme prioritaire par les intervenants et les intervenantes.

#### **4. LA QUALITÉ DE VIE**

En ce qui a trait à la qualité de vie, les commentaires, positifs comme négatifs, viennent surtout de la clientèle, les intervenants et les intervenantes ayant plutôt formulé les leurs en fonction de l'approche. (tableau 27) Précisons qu'il s'agit ici de la qualité des services effectivement reçus, sans égard à leur quantité.

##### **4.1 Le secteur public**

La majorité des commentaires concernent les établissements du réseau.

**Une vingtaine de clients et de clientes, répartis dans toutes les régions, émettent des critiques quant à la qualité des services reçus dans les hôpitaux, particulièrement des services non spécialisés, qui influencent leur qualité de vie: retard à changer les couches, délai pour répondre à la sonnette, manque de surveillance la nuit, bain donné trop rapidement, plateau de nourriture qu'on dépose devant une personne sans tenir compte de sa capacité à ouvrir les contenants ou à couper les aliments et qu'on reprend sans se soucier du fait qu'elle ait ou non mangé.**

Il s'agit là de symptômes d'une approche qui n'est pas adaptée aux incapacités des personnes âgées et où la pression exercée pour une productivité accrue l'emporte sur les besoins de la personne. On peut aussi faire le lien entre ces critiques et la perception que la clientèle a de la pénurie de personnel de base dans les hôpitaux.

Certaines critiques touchent la qualité des soins médicaux et de nursing. On parle de surmédication ou de médication non adaptée; ceci est mentionné dans la moitié des territoires (deux centres hospitaliers, un C.L.S.C. et six clients et clientes).

*"On le bourrait de pilules... Il était tout croche dans sa chaise... Quand on a parlé au médecin, tout a changé. Il ont arrêté la médication, c'est devenu un homme neuf."*

**La rotation du personnel, tant dans les services d'aide à domicile que dans les centres hospitaliers, est un problème important soulevé par une quinzaine de personnes dans tous les territoires et par le personnel de deux C.L.S.C.** Dans les C.L.S.C., la clientèle a surtout parlé des changements trop fréquents d'auxiliaires. Les C.L.S.C. ne perçoivent pas souvent ce problème.

L'un d'eux suggère même une rotation systématique des auxiliaires pour éviter que ne se crée un lien de dépendance entre le client ou la cliente et l'auxiliaire. Dans la moitié des centres hospitaliers, c'est surtout la rotation des médecins et, moins fréquemment, celle des infirmières qui pose un problème. Même si le personnel se fait rassurant, les personnes âgées n'aiment pas voir un visage nouveau à chaque fois.

*"J'ai vécu un problème... La dame qui venait me donner mon bain était correcte, mais après trois semaines, il en est venu une autre avec qui je n'étais pas à mon aise. Là, je suis rendue à une cinquième personne en dix mois, une cinquième personne étrangère qui me donne mon bain. J'ai eu plusieurs opérations... J'ai pas le corps de Marilyn Monroe. J'aime pas me montrer à tout le monde. On peut passer pour capricieuse, mais c'est pas du caprice. Ça me blessait dans mon intimité."*

TABLEAU 27 : Fréquence exprimée du thème "Qualité de vie"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
► Qualité des soins et des services du secteur public	9	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	15	5
► Médication appropriée	5	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	6	-
► Utilité des services du C.L.S.C.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
► Sentiment de sécurité	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	-
► Rotation	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5	7	1
► Accessibilité des médecins	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1
► Qualité physique des installations	9	-	-	-	3	3	-	2	-	1	-	-	10	2
► Qualité des repas	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1
► Secteur privé et communautaire	10	1	7	-	-	2	1	3	-	1	1	-	1	8
► Démarches complémentaires	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

TABLEAU 27 : Fréquence exprimée du thème "Qualité de vie" (SUITE)

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
▶ Qualité des soins et des services du secteur public	9	3	2	-	-	17	25	13
▶ Médication appropriée	5	1	2	-	-	-	-	-
▶ Utilité des services	4	-	-	-	-	7	-	-
▶ Sentiment de sécurité	6	-	-	-	-	3	7	1
▶ Rotation	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ Accessibilité des médecins	6	-	-	-	-	-	4	5
▶ Qualité physique des installations	7	-	2	-	-	-	5	4
▶ Qualité des repas	7	-	-	-	-	7	-	-
▶ Secteur privé et communautaire	9	-	2	-	-	-	-	5
▶ Démarches complémentaires	5	-	1	-	-	4	2	-

Le travail effectué par les auxiliaires (ménage mal fait, repas mal préparé, bain mal donné) est critiqué par la clientèle dans trois C.L.S.C.

Précisons toutefois que la clientèle qui reçoit des services à domicile ne peut pas toujours identifier la provenance exacte de l'aide: C.L.S.C. ou agences privées.

**Des points forts sont aussi notés par près d'une soixantaine de personnes qui se disent satisfaites de la qualité des services dont elles bénéficient, tant dans les hôpitaux que dans les C.L.S.C. ou dans d'autres types d'établissements (centre de jour, C.H.S.L.D.), et ce sur divers aspects.**

Elles signalent également **le caractère irremplaçable des services du C.L.S.C.** dans le succès de leur maintien à domicile (sept personnes dans quatre territoires), que ceux-ci soient relativement bien pourvus ou non de ressources. Le soutien moral reçu a tout autant d'importance que les autres services.

*"Je ne sais pas ce qu'on aurait fait sans eux."*

Dans la moitié des territoires, une dizaine de clients, de clientes et de leurs proches insistent sur le sentiment de sécurité ressenti du fait d'être à l'hôpital, entre les mains d'un personnel en qui ils ont confiance, ou d'être suivis par le C.L.S.C. auquel ils peuvent s'adresser si des problèmes surviennent.

Si la plupart du temps les commentaires positifs sont exprimés simplement par "bons soins et bons services", on est parfois plus précis.

- Quand on parle d'une unité de soins de courte durée gériatrique, on apprécie prendre ses repas à la salle à manger et avoir accès à la cuisine en tout temps. Malheureusement, ce mode d'organisation n'est pas très répandu. Le respect du rythme personnel au moment du bain est également fort apprécié.

- Un homme atteint de la maladie de Parkinson et souffrant de confusion vit avec son épouse encore sur le marché du travail. Ils reçoivent 35 heures de services à domicile par semaine.

*"L'infirmière du C.L.S.C. est efficace. Quand elle prévoit quelque chose, elle le met en exécution. Elle a fait le maximum pour que j'aie les services de gardiennage. On peut compter sur elle. Elle téléphone souvent pour s'informer."*

- La régularité des visites des intervenants et des intervenantes est appréciée. À ce chapitre, la clientèle est satisfaite du travail des infirmières et des travailleuses et travailleurs sociaux des C.L.S.C. et du personnel médical et infirmier des centres hospitaliers.

D'autres points soulèvent à la fois des commentaires positifs et négatifs.

- La difficulté à voir les médecins des centres hospitaliers, surtout dans les départements autres que gériatriques, à communiquer avec eux, est signalée par au moins sept personnes dans cinq territoires. Par contre, quatre personnes dans quatre territoires sont satisfaites de l'accessibilité du médecin en centre hospitalier et cinq autres, dans trois territoires, expriment la même satisfaction à l'égard des visites du médecin à domicile, en résidence privée et en milieu d'hébergement.
- Six personnes dans quatre territoires sont déçues du comportement du personnel du C.L.S.C. ou de leur médecin (dans un cas) desquels elles estiment n'avoir pas reçu l'assistance voulue pour effectuer certaines démarches qui leur semblaient compliquées: par exemple, obtenir un fauteuil roulant, recruter une auxiliaire privée, des gardiens ou des gardiennes ou, encore, trouver une résidence privée. En revanche, six personnes dans cinq territoires sont satisfaites de l'intervention des intervenants et des intervenantes du C.L.S.C., et pour l'une d'entre elles ce fut de ceux et celles du centre hospitalier qui l'ont assistée, en particulier dans sa recherche d'une résidence privée.
- On mentionne que l'aménagement physique est peu adapté aux besoins des personnes âgées dans certaines unités de courte durée gériatrique et dans certaines unités de soins de longue

durée (manque d'espace, salles de bain non accessibles, absence de salle à manger, exigüité des locaux de réadaptation), surtout dans six centres hospitaliers (dont trois de façon prioritaire). Des personnes âgées hébergées ou hospitalisées et leurs proches (une douzaine) sont également très sensibles à certains aspects peu mentionnés par le personnel mais qui ont une incidence sur leur qualité de vie: manque de tranquillité, partage de la chambre, impossibilité de personnaliser les lieux physiques, hauteur des lits, fil de sonnette trop court, propreté des lieux, manque d'intimité. Ailleurs, presque un même nombre de personnes expriment leur satisfaction quant à l'environnement physique où elles reçoivent les services: calme, sécurité, confort, salle de bain adaptée.

- La qualité des repas suscite autant de commentaires positifs que négatifs. Elle ne préoccupe aucun intervenant ou intervenante, mais elle est spontanément abordée par la clientèle lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité des services. Si une dizaine de personnes y trouvent matière à se plaindre (température, aliments non adaptées aux personnes âgées, goût), elles sont cependant un peu plus nombreuses à manifester leur satisfaction. À l'intérieur d'un même établissement, les avis sont souvent partagés. Il faut comprendre que les repas constituent l'une des rares activités des personnes hospitalisées, parfois pendant de longues périodes, et représentent un élément important de leur qualité de vie.

Par ailleurs, on se plaint de la mauvaise qualité de certaines familles d'accueil (présence d'animaux, malpropreté: cinq personnes dans trois régions).

*"Les familles d'accueil qu'il y a par ici, ça vaut pas cher. Ils gardent du monde pour l'argent et pas pour les personnes."*

Une responsable d'une famille d'accueil parle pourtant du faible montant qui leur est alloué.

## 4.2 Les secteurs privé et communautaire

**Dans presque toutes les régions, la qualité des services offerts par les agences privées de services à domicile et par les résidences privées d'hébergement est remise en question. Les critiques viennent des intervenants et des intervenantes et, plus rarement, de la clientèle.**

Les agences privées de services à domicile sont généralement utilisées dans les milieux urbains en raison de leur moindre coût et de leur plus grande souplesse pour ce qui est des horaires. On y a recours dans le cadre du programme SIMAD, pour les services de soir, de nuit, de fins de semaine. C'est surtout dans ces milieux qu'on les critique.

Parmi les points négatifs mentionnés (trois R.R.S.S.S., sept C.L.S.C., trois centres hospitaliers et deux C.S.S.) on note:

- le manque de contrôle et d'encadrement des résidences privées;
- le manque de suivi des personnes en attente d'hébergement qui y séjournent;
- la publicité trompeuse sur les services offerts;
- l'impossibilité d'y intervenir de façon constructive quand il y a des problèmes;
- le personnel peu qualifié;
- les conditions de travail peu avantageuses dans les agences entraînant un roulement de personnel néfaste pour la clientèle;
- la rigidité des horaires des résidences privées (qui est aussi un problème dans les établissements publics).

On peut établir un lien entre ces problèmes et celui soulevé dans la plupart des territoires, soit l'absence de balises ministérielles visant à encadrer le secteur privé et à améliorer la complémentarité des secteurs privé et public (sept territoires).

**Les organismes communautaires sont peu présents dans le discours des personnes interviewées. D'ailleurs on les retrouve rarement parmi les prestataires de services lorsqu'on analyse les fiches relatant le cheminement des personnes dans le réseau de services. Trois**

C.L.S.C. expriment des réserves sur les services donnés par ces organismes (non constance des services, qualité) tout en admettant que les attentes des C.L.S.C. à leur endroit sont peut-être irréalistes. La popote roulante fait l'objet de critiques de la part de trois personnes (manque de fiabilité, menus peu variés).

Précisons que le secteur privé ne fait pas que l'objet de commentaires négatifs.

- Neuf clients et clientes mentionnent des éléments de satisfaction à l'égard des résidences privées: activités diversifiées, qualité des repas, gentillesse du personnel, présence de gens de leur quartier.
- Des intervenants et intervenantes de deux hôpitaux recourant à des ressources privées affirment qu'il y en a de convenables et à prix abordables (mais rarement pour les personnes ayant de grandes pertes d'autonomie).
- Cinq proches et un client se disent très satisfaits des services donnés par l'auxiliaire privée (on ne peut toutefois préciser si ce sont des travailleurs et des travailleuses autonomes ou si ces auxiliaires viennent d'agences privées).
- Un médecin en centre hospitalier entretient avec un bon nombre de résidences privées des contacts qui lui permettent d'en vérifier la qualité et de prendre des arrangements pour sa clientèle.

## **5. LES RELATIONS AVEC LE PERSONNEL**

Pour la clientèle, les relations constituent un aspect primordial. **De nombreux commentaires positifs (autour de 70 personnes) sont formulés dans tous les milieux à l'égard du personnel de toutes les catégories d'établissements (tableau 28).** Que ce soit dans les hôpitaux ou dans les C.L.S.C., la clientèle apprécie surtout les qualités humaines des intervenants et des intervenantes: gentillesse, respect, courtoisie, disponibilité, attention, écoute, politesse.

Plusieurs clients et clientes ont manifestement développé des relations significatives avec des membres du personnel des C.L.S.C.

*"Elles arrivent ici (les auxiliaires), c'est pareil comme la parenté. Elles sont dévouées, sociables, elles connaissent leur affaire."*

Dans cinq C.L.S.C., la clientèle signale plus particulièrement le souci qu'a le personnel d'avoir des contacts avec les familles, de respecter leur contexte de vie. C'est généralement dans ces milieux que la clientèle a une perception positive de sa participation aux décisions la concernant.

**Même si les plaintes sont plus rares, dix-sept personnes se sentent blessées par certains comportements et attitudes du personnel.** Dans sept hôpitaux, elles déplorent la dureté d'un préposé, des commentaires désobligeants envers un membre de la famille, une attitude infantilissante, punitive, le manque de discrétion et de chaleur.

*"Pour lui, il a été bien traité. Mais pour la famille, on manque d'éducation chez les infirmières et les médecins."*

*"Ce que je n'aime pas, c'est quand certaines personnes la tutoient. Je trouve que ça les infantilise."*

*"Mon père était traité comme un bébé. Un jour, comme pénitence, on lui a enlevé ses cigarettes."*

De tels comportements sont aussi rapportés à l'endroit du personnel des C.L.S.C., bien que rarement.

*" Il y a quelque chose qu'on a pas aimé (pleurs). Je voulais aller faire un voyage en avion, partir pour une semaine. L'ergothérapeute qui est venue m'a dit que ça n'avait pas de bon sens, que je ne serais jamais capable, qu'une semaine ça ne valait pas la peine... Elle ne s'occupait pas de ses affaires. Au lieu de m'encourager, ils essaient de me décourager. Je me sentais classée comme une personne âgée invalide. Ils veulent que je laisse mon appartement en haut d'ici. On se sent dévalorisé. Je me sens presque avec la gale."*

TABLEAU 28 : Fréquence exprimée du thème "Relations avec le personnel"

PROBLÈMES														
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10 <sup>4</sup>			Centres hospitaliers 10 <sup>4</sup>			R.R.S.S.S. 7 <sup>4</sup>		C.S.S. 3 <sup>4</sup>		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
		P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	P <sup>1</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	M <sup>2</sup>	S <sup>3</sup>	C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
Relations avec le personnel	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	14	1

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS								
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10	Centres hospitaliers 10	R.R.S.S.S. 7	C.S.S. 3	CLIENTÈLE		
						C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
Relations avec le personnel	10	5	-	-	-	36	27	6

## 6. L'INFORMATION REÇUE

Ce thème traite de la qualité de l'information donnée à la clientèle ou à sa famille, tant sur sa situation que sur les ressources disponibles.

**Être bien informé, voilà une préoccupation presque exclusive à la clientèle car, pour celle-ci, il s'agit d'un aspect de grande importance.** (tableau 29)

Dans les hôpitaux surtout, une douzaine de personnes éprouvent des difficultés à savoir ce qui se passe réellement à leur sujet: nature et évolution de leur maladie, utilité des interventions, durée de séjour, à qui s'adresser.

*"Quand ma mère a été transférée du département de pneumologie aux soins prolongés, personne ne lui a expliqué ce qui se passait. C'est moi qui ai fait ça."*

*"C'est seulement avant de quitter l'hôpital que j'ai su ce qu'elle avait."*

*"Ma mère a passé cinq jours à l'urgence sur une civière. On ne savait pas d'une journée à l'autre ce qui allait se passer."*

*"À l'urgence, quand on attrapait quelqu'un pour avoir de l'information, ce n'était jamais le bon."*

*"Ça manque de communications avec les médecins. C'est difficile de leur parler."*

La disponibilité du médecin est un facteur important de la qualité de l'information donnée. En effet, dans quatre des hôpitaux où elle mentionne une difficulté à rencontrer les médecins, la clientèle signale aussi des problèmes d'information. Par contre, dans deux des centres hospitaliers où ces contacts se font sans peine, l'information reçue est jugée satisfaisante.

Les intervenants et les intervenantes de cinq établissements font état de la complexité du système de soins et de services pour la clientèle. Quatre proches mentionnent les difficultés qu'ils ont

TABLEAU 29 : Fréquence exprimée du thème "Information reçue"

PROBLÈMES														
	Territoires	C.L.S.C.			Centres hospitaliers			R.R.S.S.S.		C.S.S.		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
												C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
▶ Maladie, traitements, durée, cheminement	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11	-
▶ Complexité du système, savoir à qui s'adresser	7	-	1	-	-	2	-	1	1	-	-	-	2	2
▶ Ressources de soutien	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

POINTS FORTS												
	Territoires (nb) 11	C.L.S.C. 10		Centres hospitaliers 10		R.R.S.S.S. 7		C.S.S. 3		CLIENTÈLE		
										C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
▶ Maladie, traitements, durée, cheminement	9	-	-	1	-	-	-	-	-	12	18	1
▶ Complexité du système, savoir à qui s'adresser	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ Ressources et services disponibles	9	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	2

rencontrées par rapport à une certaine bureaucratie (par exemple, un retard lié au fait que le dossier a été étudié par le mauvais comité à la R.R.S.S.S.).

Cependant, plusieurs personnes se montrent satisfaites de la qualité de l'information reçue (plus d'une trentaine de personnes).

*"L'infirmière nous tenait au courant. Elle a assuré le suivi. Elle a aidé tout le monde, même nous autres la famille."*

*" Le médecin a même passé une heure avec nous pour tout nous expliquer. Je ne pense pas qu'il était payé pour ça."*

Les situations rencontrées concernant l'information donnée à la clientèle sur les ressources de soutien à domicile disponibles sont fort variables. Tant dans les C.L.S.C. que dans les centres hospitaliers, une dizaine de personnes, en majorité des proches, déplorent le fait d'avoir été mal informées des ressources qui auraient pu leur être utiles: service de répit, services du C.L.S.C.

*"J'ai déjà entendu parler du C.L.S.C. mais je ne sais pas quel genre de services ils offrent. Même pendant la première hospitalisation, je n'en ai pas entendu parler."*

*"J'ai déjà appelé au C.L.S.C. pour avoir des couches. J'avais exprimé notre situation à la travailleuse sociale(elle garde une personne confuse depuis cinq ans), mais elle ne m'a pas dit qu'il était possible d'avoir de services à la maison."*

*"Nous n'avons jamais eu de services du C.L.S.C. (personne récemment hébergée) sauf après la sortie de l'hôpital. Une infirmière venait pour des piqûres et des soins au pied une fois par mois. Le soutien à domicile, il n'en a pas beaucoup été question."*

Les intervenants et les intervenantes de deux C.L.S.C. estiment, quant à eux, que la clientèle connaît mal les services du C.L.S.C., en ce sens qu'elle s'attend à plus de services que celui-ci ne peut lui en donner ou des services différents de ceux qui sont offerts.

Parallèlement, une vingtaine de personnes, tant dans les hôpitaux que dans les C.L.S.C., expriment leur satisfaction par rapport à la qualité des renseignements provenant de diverses sources (médecins, travailleuses et travailleurs sociaux, personnel infirmier) par exemple, sur les possibilités d'hébergement public ou privé, sur les services du C.L.S.C., sur les services de répit, sur le centre de jour, etc.

**Les établissements sont relativement peu conscients de la grande importance que la clientèle attache au fait d'être bien informée**, que ce soit sur sa maladie, la nature et l'utilité des interventions qui la concernent ou les ressources qui peuvent lui venir en aide. Les intervenants et intervenantes insistent plutôt sur la difficulté globale pour la clientèle de se retrouver dans le système de soins et de services, sans la relier aux actions qu'eux-mêmes peuvent faire au regard de l'information.

Dans deux hôpitaux, on croit qu'il serait utile de désigner une personne qui pourrait informer la famille. Un client de C.L.S.C. suggère qu'on devrait aussi privilégier les contacts en personne plutôt que par téléphone. Un autre insiste sur l'importance de prendre le temps qu'il faut pour bien informer.

## **7. LE COÛT DES SERVICES**

Dans la presque totalité des territoires, un grand nombre de personnes âgées et de proches (plus d'une trentaine) soulèvent des problèmes relativement aux coûts des services et aux iniquités engendrées par un mode de financement différent, selon que le client soit en établissement ou non (tableau 30). Des intervenantes et des intervenants se sont aussi prononcés sur cette question dans quatre C.L.S.C., deux centres hospitaliers et une R.R.S.S.S.

On signale fréquemment le coût élevé de l'hébergement privé et des services indispensables (bains, entretien ménager, etc.) que la résidence n'inclut pas dans le coût de location; ces coûts limitent l'accès de ce type d'hébergement aux seules personnes qui en ont les moyens financiers. Les services des agences privées d'aide à domicile sont également perçus comme fort coûteux.

Les coûts d'achat et d'entretien des concentrateurs d'oxygène ou des bonbonnes portatives et le fait que de tels équipements soient payés uniquement lorsque les personnes sont hospitalisées et non lorsqu'elles demeurent à domicile ou en résidences d'accueil posent aussi des problèmes pour plusieurs. Les témoignages suivants montrent bien les difficultés que cela peut créer.

*"Le concentrateur d'oxygène utilisé n'est pas fourni. Mon mari le louait, mais son assurance lui a dit que la compagnie paierait jusqu'à concurrence du prix d'achat de l'appareil. On a été obligé de l'acheter. Le concentrateur coûte 2 500,00\$, en plus des tubes et des bouteilles d'eau stérile qui coûtent 40,00\$ par mois. On a été obligé d'acheter pour 350,00\$ de bonbonnes portatives au cas où le concentrateur lâcherait, aussi pour aller à l'hôpital pour les prises de sang... Je me demande pourquoi on doit payer tout cela. Pour moi, l'oxygène, c'est comme une pilule que j'aurais besoin. En sortant du centre hospitalier, on pensait que l'oxygène serait payé par la R.A.M.Q. On ne sait pas pourquoi ce n'est pas remboursé. Si je me débranche, je vais mourir. Si j'étais à l'hôpital, cela serait fourni."*

*"Ici, il y a des activités qui sont organisées: du bingo, des pièces de théâtre, des jeux de cartes. Mais je n'y vais pas parce que cela me coûte cher d'oxygène. Une bonbonne portative, ça dure seulement quatre heures et ça coûte 26,00\$."*

Un autre problème soulevé a trait au coût, parfois élevé, de diverses autres fournitures (couches, pansements) qui sont aussi payées pour des personnes hébergées ou hospitalisées mais non pour les personnes à domicile. À un endroit, les pansements sont fournis seulement si les soins sont donnés par le personnel du C.L.S.C., ce qui n'encourage pas la prise en charge par la personne.

Le coût du transport, surtout en régions plus éloignées où il faut parfois parcourir de longues distances pour recevoir des traitements, représente une charge additionnelle importante.

Enfin, la contribution financière exigée des résidents et des résidentes dans les établissements publics (centres d'accueil, centres hospitaliers pour des personnes en attente d'hébergement) et, particulièrement, lorsque le conjoint ou la conjointe demeure à domicile ou vit en résidence privée, est considérée comme trop élevée.

TABLEAU 30 : Fréquence exprimée du thème "Coût des services"

PROBLÈMES														
	Territoires	C.L.S.C.			Centres hospitaliers			R.R.S.S.S.		C.S.S.		CLIENTÈLE <sup>5</sup>		
												C.L.S.C.	C.H.	AUTRES
- (Résidences, agences, équipements, transports, hébergement public)	10	-	3	1	-	1	1	1	-	1	-	-	4	30

<sup>1</sup> Problèmes prioritaires; <sup>2</sup> Problèmes mentionnés; <sup>3</sup> Problèmes sélectionnés; <sup>4</sup> Nombre maximal de territoires, d'établissements, d'organismes; <sup>5</sup> 50 clientes et clients, aidantes et aidants rencontrés seuls, 35 en entrevue conjointe dans 9 régions.

Les problèmes qu'engendrent les coûts élevés de certains services (l'inhalothérapie ou les pansements, par exemple) montrent bien le vide qui peut exister sur le plan du financement, surtout si l'on songe au raccourcissement des durées d'hospitalisation, au traitement à domicile de problèmes respiratoires importants ou d'autres pathologies, aux chirurgies d'un jour, pratiques de plus en plus courantes. Des fournitures essentielles couvertes alors que les traitements se donnaient à l'hôpital deviennent à la charge de l'individu (ex.: les pansements, l'oxygène) et représentent parfois des débours très importants.

## 8. SYNTHÈSE ET SOLUTIONS PROPOSÉES

*Cette section met en évidence les faiblesses et les forces de la prestation de services telles qu'exprimées par la clientèle.*

*Les problèmes reliés à un hébergement non désiré sont relativement nombreux et lourds de conséquences pour les individus concernés. On les retrouve surtout lorsque les personnes sont hospitalisées. Ils ont surtout trait à la clientèle qui, tout en éprouvant des difficultés pour les activités domestiques et des problèmes psychosociaux tels l'anxiété, est lucide et se débrouille en partie pour ses soins personnels. On peut les attribuer à certaines attitudes organisationnelles des centres hospitaliers à l'égard des personnes âgées comme la peur de les voir occuper des lits de courte durée, à une certaine méconnaissance des services de soutien pouvant être données par le C.L.S.C. mais aussi à la conscience qu'ont les hôpitaux des limites financières des C.L.S.C.*

*De façon globale, il y a à peu près autant de personnes satisfaites du type et de la quantité des services reçus que de personnes insatisfaites. Ces dernières se retrouvent surtout dans des C.L.S.C. qui ont fait le choix, soit d'offrir des services à court terme seulement, soit d'exclure les services d'entretien ménager et de gardiennage, choix découlant d'un manque de ressources, et là où le travail en équipe est difficile ou absent.*

*Les attentes à l'urgence sont particulièrement pénibles. Dans les C.L.S.C., si les évaluations se font généralement rapidement, c'est l'attente de services que les personnes trouvent difficile.*

*La qualité des relations humaines entre clients et clientes et membres du personnel est de loin l'aspect qui a suscité le plus de commentaires positifs. Mais il y a aussi le fait que près d'une vingtaine de personnes, un peu partout, ont eu à souffrir d'attitudes ou de comportements irrespectueux. Avec une clientèle vulnérable, il est normal d'exiger du personnel une conduite irréprochable, même si son travail n'est pas toujours facile.*

*En ce qui a trait à la qualité des soins et des services dans les établissements du réseau, le positif l'emporte sur le négatif. En centre hospitalier, la clientèle attribue les problèmes à l'insuffisance de personnel, mais ils sont aussi le résultat d'une approche mal adaptée à la clientèle âgée. Les améliorations à apporter touchent le quotidien des personnes dont l'importance est généralement sous-estimée par le personnel: la nourriture, les besoins de base, le bain. Donner une médication appropriée pose parfois un problème.*

*La qualité des services dans le secteur privé est également très variable. Même si plusieurs personnes sont satisfaites, les intervenants et les intervenantes déplorent l'absence de balises ministérielles en ce qui concerne le contrôle des ressources de ce secteur et les modalités de collaboration avec celui-ci. Compte tenu du manque de ressources publiques, l'importance du secteur privé d'hébergement est une réalité que les intervenants et les intervenantes reconnaissent et avec laquelle ils et elles veulent composer de la meilleure façon possible.*

*Le fait d'être bien informé est primordial pour la clientèle, mais les intervenants et les intervenantes en semblent relativement peu conscients. Ils et elles mettent plutôt en évidence la difficulté pour la clientèle de se retrouver dans le système de soins et de services, sans la relier aux actions que le personnel lui-même peut faire au regard de l'information. Les aspects importants pour la clientèle sont: l'information sur l'état de santé, le cheminement dans le système et les ressources disponibles.*

*Enfin, le coût élevé de certains des services non couverts (pansements, inhalothérapie) pose d'importants problèmes financiers à certaines personnes et diminue leur qualité de vie. Pour accroître la qualité des services donnés à la clientèle, les solutions proposées portent à la fois sur les ressources, la gestion interne et externe des services, les orientations ministérielles et la formation du personnel.*

*Une augmentation des budgets accordés aux services d'aide à domicile apparaît indispensable. Par ailleurs, dans certains territoires, il est proposé d'accroître les ressources d'hébergement pour les personnes en grande perte d'autonomie et d'améliorer l'accessibilité des ressources existantes. On suggère également de repenser la formule des familles d'accueil.*

*On parle aussi de modifier et d'assouplir l'organisation du travail des auxiliaires, soit pour mieux répartir les territoires à couvrir, soit pour mieux adapter la prestation en fonction de l'importance des besoins. On envisage une gestion plus coordonnée des programmes du fonds régional et du soutien régulier et une concentration des services pour la clientèle ayant les plus grandes incapacités.*

*On souhaite des changements dans les modalités de budgétisation régionales ou ministérielles. En effet, le cloisonnement des enveloppes de soutien en plusieurs programmes s'adressant à des clientèles distinctes et ayant des critères d'allocation différents peut faire en sorte qu'on tente d'adapter les services aux critères du programme plutôt qu'aux besoins de la clientèle. Les intervenants et les intervenantes soutiennent que la budgétisation par établissement a le même effet.*

*Des mesures telles que l'engagement de personnel issu des communautés culturelles et la création de banques d'interprètes sont suggérées afin de mieux adapter les services aux membres de ces communautés. L'amélioration de la qualité des services passe également par des mesures qui facilitent le transport des personnes âgées: élargissement des critères d'accès au transport adapté ou adaptation du transport régulier.*

*Afin de desservir une clientèle plus nombreuse, certains membres du personnel proposent également certaines brèches dans la gratuité, par exemple, en demandant une participation financière aux coûts des équipements, de l'entretien ménager ou du gardiennage. La clientèle suggère plutôt des mesures fiscales visant à soutenir les proches qui ont la charge de personnes en perte d'autonomie. Elle souhaite une plus grande équité en ce qui concerne la couverture de diverses fournitures; certains proposent que des budgets particuliers (l'inhalothérapie est donnée en exemple) soient donnés en fonction des besoins de la personne, indépendamment du milieu où elle vit. Étant donné que ce sont les clients et clientes qui ressentent durement les conséquences des coupures budgétaires dont leur C.L.S.C. fait l'objet, des intervenants et des intervenantes suggèrent qu'on leur laisse une tribune pour exprimer leur insatisfaction.*

*Des solutions sont également mentionnées, tant par les intervenants et les intervenantes que par la clientèle, pour utiliser de manière plus appropriée les ressources du secteur privé. Non seulement on vise l'amélioration de la qualité des résidences, mais on demande aussi aux C.L.S.C. de desservir les résidences privées. Pour accroître la complémentarité entre les secteurs privé et public, certains suggèrent de réserver des lits d'hébergement public dans des résidences privées. Ou, encore, il est question d'allouer un montant d'argent à la personne pour l'aider à payer des services supplémentaires en résidence privée sans qu'elle ait à déménager. On souhaite qu'une réglementation soit fixée et qu'une approche de soutien (tutorat, enseignement) soit développée pour augmenter la compétence du secteur privé auprès de sa clientèle. Des projets pilotes pourraient être mis sur pied pour identifier les mécanismes les plus favorables à mettre en place, afin d'aider le secteur privé à mieux s'occuper de sa clientèle. Une augmentation des ressources privées à coût modique est également jugée comme nécessaire.*

*Dans deux hôpitaux, on croit qu'il serait utile de désigner une personne pour faire le lien avec la famille. Un client de C.L.S.C. suggère de privilégier les contacts en personne plutôt que par téléphone, alors qu'un autre insiste sur l'importance de "prendre le temps".*

*Enfin, on estime qu'une meilleure formation du personnel et un meilleur encadrement contribuent à améliorer les attitudes et les approches auprès des personnes âgées.*



## **CHAPITRE 7**

### **SYNTHÈSE GLOBALE**

Ce chapitre résume, à l'aide du tableau 31, les forces et les faiblesses de la prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, telles que perçues par le personnel des établissements et la clientèle, et les solutions proposées. En raison des liens qui existent entre les facteurs structureaux et l'un ou l'autre aspect du processus et des résultats, les solutions sont regroupées sous ces deux dernières rubriques. Une solution relative à un facteur donné apparaît donc sous l'aspect du processus ou des résultats qu'elle vise à corriger.

Le tableau indique en caractères gras les éléments les plus fréquemment mentionnés. Il précise également de qui proviennent les mentions, soit de la clientèle (C) ou des intervenants et des intervenantes (I).

Une synthèse globale est ensuite présentée.

TABLEAU 31

**Sommaire des forces et des faiblesses de la prestation  
de services aux personnes âgées en perte d'autonomie  
et des solutions proposées (processus et résultats)**

STRUCTURE		
	FORCES	FAIBLESSES
<b>A - ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS EXTERNES</b>		
<b>RESSOURCES</b>	<p>Satisfaction des clients qui ont eu accès aux aides et équipements spécialisés. (C)<sup>1</sup></p> <p>Accès au programme de services intensifs de maintien à domicile dans certains territoires et au Fonds régional dans d'autres. (I)<sup>2</sup></p> <p>Sécurité des personnes à domicile grâce aux services 24-7, 911, télésurveillance dans certains territoires. (C)</p> <p>Variété de ressources dans quelques territoires urbains. (I)</p> <p>Instauration dans quelques milieux de nouvelles formes de familles d'accueil (familles d'appui qui soutiennent des personnes à domicile, petit pavillon géré conjointement par un C.S.S. et un organisme communautaire).</p>	<p>Manque de ressources financières et humaines affectées aux services à domicile, particulièrement au gardiennage, aux activités domestiques et de la vie quotidienne (I, C); services non adaptés aux communautés culturelles. (I, C)</p> <p>Insuffisance presque partout de ressources d'hébergement, surtout pour les personnes en grande perte d'autonomie; manque d'accessibilité de certains centres d'accueil (non-fonctionnalité, localisation). (I, C)</p> <p>Rareté des ressources de convalescence, de répit et de dépannage dans certains territoires et, parfois des critères d'accès restrictifs. (I)</p> <p>Manque de disponibilité du personnel infirmier et des préposés dans plusieurs hôpitaux. (C)</p> <p>Insuffisance presque partout de ressources pour les personnes ayant des problèmes cognitifs. (I)</p> <p>Manque d'accès aux aides et aux équipements spécialisés, ainsi qu'au transport. (I, C)</p> <p>Insuffisance de personnel de réadaptation dans certains hôpitaux et dans plusieurs C.L.S.C., de médecins à domicile; moins fréquemment, de travailleurs sociaux, d'autres spécialités, d'unités de courte durée gériatriques dans certains territoires. (I)</p>

<sup>1</sup> (C): Clientèle

<sup>2</sup> (I): Intervenants et intervenantes

<b>STRUCTURE</b>		
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>RESSOURCES (SUITE)</b>		<p>Insuffisance de ressources intermédiaires dans certains territoires (pavillons, appartements supervisés, réticences à recourir à des familles d'accueil). (I, C)</p> <p>Manque de familles d'accueil "spéciales" et sous-financement de cette ressource. (I, C)</p> <p>Engorgement des lits de courte durée dans les hôpitaux urbains. (I)</p>
<b>ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET RÉGIONALES</b>	<p>Méthodes de partage des budgets d'alourdissement élaborées par certaines régions. (I)</p>	<p><b>Manque de politiques gouvernementales sur le type de clientèle à couvrir, les services à développer pour le maintien à domicile (I,C) et sur le partenariat public-privé (I); sur la contribution financière de la clientèle et des familles (I) et sur l'allocation directe. (I)</b></p> <p><b>Manque d'uniformité des services entre les C.L.S.C. (I, C)</b></p> <p><b>Type de rémunération des médecins ne favorisant pas le travail d'équipe. (I)</b></p> <p><b>Incohérence de la budgétisation par établissement; cloisonnement des enveloppes de maintien; instabilité des budgets de maintien. (I)</b></p> <p><b>Centralisation au R.R.S.S.S. des budgets (SIMAD et Fonds régional) dans certains territoires. (I)</b></p> <p><b>Manque d'équité dans l'accès au programme du Fonds régional pour les personnes âgées. (I)</b></p>

<b>STRUCTURE</b>		
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>COORDINATION</b>	<p>Mise en place de tables de concertation où l'on pourrait cependant augmenter la représentativité des acteurs et dont l'efficacité pourrait être accrue (I) et de mécanismes de coordination dans quelques territoires. (I)</p> <p>Implantation de système de monitoring de la clientèle. (I)</p> <p>Début de planification régionale pour l'organisation des services aux personnes âgées dans quelques territoires.</p> <p>Modifications pour maximiser l'efficacité et l'utilité des mécanismes régionaux d'orientation et d'admission. (I)</p>	<p><b>Manque de concertation et de complémentarité entre les établissements.</b> (I)</p> <p>Lourdeur, longueur du processus de demande d'hébergement et non mise en priorité de la clientèle hospitalisée; (I) rigidité des mécanismes d'orientation et d'admission. (C,I)</p>
<b>B - ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS À L'INTERNE</b>		
	<p><b>Autonomie laissée aux intervenants et intervenantes; (I)</b> <b>Dans tous les milieux, bon climat de travail au sein des équipes.(I)</b></p> <p><b>Modalités d'organisation du travail qui augmentent la qualité du processus de prestation (dossier unique, instrumentation commune, désignation de personnes pour gérer les situations complexes, services gériatriques structurés, etc.) (I)</b></p> <p>Présence de facteurs facilitant la collaboration (mobilité des équipes à de rares endroits, regroupement des intervenants, facilité des références). (I)</p>	<p><b>Difficulté de coordonner les interventions à l'interne (services, travail d'équipe, programmation).</b> (I)</p> <p><b>Existence d'entraves à la collaboration à l'interne (pas de mobilité des équipes, procédures de référence complexe, non accès des auxiliaires aux dossiers.</b> (I)</p> <p><b>Modalités d'organisation du travail qui diminuent la qualité des services aux clients: rigidité des horaires (C, I); surcharge du personnel, manque d'accès à des aides et instruments, dossiers multiples, rigidité de l'organisation du travail.</b> (I)</p> <p><b>Manque de soutien dans les situations difficiles (gestion des plaintes, violence à domicile, etc.).</b> (I)</p>

<b>STRUCTURE</b>		
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<b>QUALIFICATIONS DES INTERVENANTS ET DES INTERVENANTES</b>		
	<p><b>Perception positive de la compétence du personnel</b>(C) (I); intérêt du personnel des services gériatriques des hôpitaux et des C.L.S.C. à l'égard de la clientèle âgée. (I, C)</p> <p><b>Initiatives de certains C.L.S.C. pour offrir une formation au personnel</b> (formation structurée, échanges entre les professionnels, utilisation du personnel à l'interne pour la formation. (I)</p> <p>Quelques rares initiatives pour faire connaître les ressources (I).</p>	<p><b>Manque de connaissances, de sensibilisation, d'intérêt du personnel des hôpitaux (départements autres que gériatriques) à l'égard des personnes âgées</b> (I, C); manque de formation du personnel non spécialisé pour les services à domicile. (I)</p> <p><b>Problème d'accès à la formation dans plusieurs C.L.S.C.</b> (I)</p> <p><b>Méconnaissance des intervenants, particulièrement des médecins, quant aux ressources extérieures à leur établissement.</b> (I)</p> <p>Méconnaissance de la spécificité des professions et des services à l'interne (I).</p>
<b>CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU, ATTITUDES DE LA CLIENTÈLE ET CONNAISSANCE DES SERVICES QU'A LA POPULATION</b>		
	<p>Volonté d'engagement des familles et leur force physique et morale, soutien du milieu parfois mentionnés. (C)</p> <p>Quelques perceptions positives des centres d'accueil publics et privés. (C)</p> <p>Quelques initiatives isolées pour informer la population. (I)</p>	<p><b>Réticence des clients à recevoir des services à domicile, perceptions négatives à l'égard de certaines ressources (centre d'accueil, familles d'accueil), méfiance à l'égard des services, sentiment d'insécurité des clients et des familles.</b> (I, C)</p> <p><b>Manque de connaissance de la population quant aux services disponibles, surtout ceux du C.L.S.C.</b> (I,C)</p> <p>Manque de disponibilité des familles pour le soutien aux proches dans certains cas; milieu social désorganisé dans quelques cas (I).</p>

PROCESSUS			
	FORCES	FAIBLESSES	SOLUTIONS
<b>APPROCHES DES ÉTABLISSEMENTS</b>	Début de mise en priorité de la clientèle âgée dans certains hôpitaux (budgets protégés, etc.). (I)	<p>Remise en question de certains choix faits par les C.L.S.C.: approche de dilution, prestation de services à court terme, priorité donnée aux personnes en faible perte d'autonomie, exclusion des services de gardiennage et d'entretien ménager, appel à des ressources moins qualifiées pour des services intensifs; <u>par les centres hospitaliers</u>: clientèle gériatrique non prioritaire; <u>par les deux types d'établissements</u>: priorité donnée au personnel de nursing aux dépens du service social. (I)</p> <p>Difficulté à concilier les intérêts de la clientèle et ceux des centres hospitaliers (restriction dans les admissions des personnes âgées à risque d'attendre un hébergement dans un lit de courte durée, pressions pour libérer les lits (I, C), attitude de fermeture à la négociation dans certains C.L.S.C. (C).</p> <p>Existence de philosophies d'intervention différentes auprès de la clientèle entre C.S.S. et C.L.S.C. ou C.H. (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser un changement d'attitude chez les gestionnaires des établissements afin qu'ils donnent la priorité aux personnes âgées. (I)</li> <li>- Uniformiser les critères de détermination de services. (I)</li> <li>- Établir des ententes entre centres hospitaliers pour les règles à suivre au sujet de l'hôpital d'appartenance. (I)</li> </ul>

PROCESSUS			
	FORCES	FAIBLESSES	SOLUTIONS
<b>CONTEXTE DE PRISE DE DÉCISION</b>	<p>Présence d'un travail d'équipe systématique dans tous les services gériatriques. Dans les C.L.S.C., appréciation de certains aspects du travail d'équipe (participation des auxiliaires aux décisions, reconnaissance de l'apport des divers types de personnel). (I)</p> <p>Utilisation des plans d'interventions par certains milieux. (I)</p> <p>Dans les unités de courte durée gériatrique, souci de participation de la clientèle lors des décisions. (I, C)</p>	<p>En C.L.S.C., surtout, absence ou difficulté du travail en équipe, pas de réunions pour évaluation et allocation; décision d'hébergement prises par un intervenant ou une intervenante, peu de participation des médecins et des auxiliaires, non-reconnaissance du rôle de certains intervenants; en C.H., pouvoir décisionnel réservé au médecin. (I)</p> <p>Absence ou insuffisance de participation de la clientèle dans la prise de décision. (C, I)</p> <p>Très faible utilisation des plans de services. (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harmoniser les outils d'évaluation. (I)</li> <li>- Rendre le travail en équipe systématique pour les situations complexes dans les C.L.S.C. et dans les départements des hôpitaux autres que gériatriques. (I)</li> <li>- Accorder des vacances aux médecins pour faciliter leur participation au travail en équipe; intégrer cet aspect à leur description de tâches là où ils sont payés à salaire. (I)</li> <li>- Rendre systématique l'utilisation des plans d'intervention et implanter des plans de services individualisés. (I)</li> <li>- Améliorer la participation de la clientèle au processus décisionnel. (I, C)</li> </ul>
<b>APPROCHES PROFESSIONNELLES</b>	<p>Un service d'accueil qui permet une mise en priorité rapide et une orientation appropriée des personnes. (I)</p> <p>Approche gériatrique ou globale ou de maintien de l'autonomie dans toutes les unités de courte durée gériatrique et de longue durée (à quelques exceptions près) et dans quelques C.L.S.C. (I, C)</p> <p>Suivi de la clientèle à la sortie des services gériatriques (par équipe, consultation externe, infirmière de liaison, membre de l'équipe UCDG). (C, I)</p> <p>Quelques initiatives pour soutenir les familles (groupes d'entraide). (C, I)</p>	<p>Faiblesse du dépistage de la clientèle en perte d'autonomie et à risque dans les départements de soins aigus et à l'urgence. (I)</p> <p>Évaluations incomplètes par rapport à la dimension psychosociale dans les C.L.S.C. et dans les départements autres que gériatriques. (I)</p> <p>Approche axée sur la pathologie dans les départements autres que gériatriques (I), peu de réévaluations et peu d'interventions visant le maintien de l'autonomie des personnes en attente d'hébergement dans ces départements. (I, C).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir une formation aux intervenants et aux intervenantes sur l'approche globale, les attitudes à modifier. Utiliser l'expertise des milieux. (I)</li> <li>- Sensibiliser les médecins spécialistes à l'existence de l'expertise gériatrique en milieu hospitalier pour les amener à collaborer davantage. (I)</li> <li>- Confier à des médecins omnipraticiens sensibilisés à la gériatrie la responsabilité des personnes en perte d'autonomie qui n'ont plus besoin de services spécialisés. (I)</li> <li>- Regrouper les personnes en attente d'hébergement et celles qui sont victimes d'un accident cardio-vasculaire. (I)</li> </ul>

PROCESSUS			
	FORCES	FAIBLESSES	SOLUTIONS
<b>APPROCHES PROFESSIONNELLES (SUITE)</b>	<p>Recours à la réadaptation dans les unités gériatriques. (C, I)</p> <p>Utilisation de l'approche communautaire dans certains C.L.S.C. (soutien au réseau, mise sur pied de services dans la communauté). (I)</p> <p>Exceptionnellement, un C.L.S.C. a réservé des fonds pour le gardiennage des personnes ayant des problèmes cognitifs. (I)</p>	<p>Manque de préoccupation pour le soutien aux familles et pour la prévention de leur épuisement. (I, C)</p> <p>Peu d'interventions psychosociales. (I)</p> <p>Approche inadaptée pour les personnes ayant des problèmes cognitifs en centres hospitaliers (cohabitation, contentions, etc.). (C, I)</p> <p>Le suivi est déficient en C.L.S.C. et en C.H. (en ce qui concerne les réévaluations, et en particulier pour la clientèle en attente d'hébergement). (I)</p> <p>En C.L.S.C., vision limitée des soins à domicile où le rôle technique prédomine. (I)</p> <p>Remise en question de certains suivis médicaux et de nursing à domicile. (I)</p> <p>Peu d'utilisation des aides et des équipements par les C.L.S.C. (I), manque d'accès à la réadaptation en centre d'accueil et en centre hospitalier pour les personnes en attente d'hébergement. (I, C)</p> <p>Sous-utilisation de l'approche communautaire en C.L.S.C. (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'environnement physique dans les hôpitaux pour favoriser la récupération ou le maintien de l'autonomie (salle à manger). (I, C)</li> <li>- Développer un outil rapide de dépistage de la clientèle fragile pour le personnel de l'urgence et des différents départements. (I)</li> <li>- Accorder plus de mobilité aux équipes gériatriques dans les hôpitaux. (I)</li> <li>- Réévaluer plus systématiquement la clientèle. (I)</li> <li>- Mettre sur pied des banques régionales d'aides techniques et d'équipements et un système de récupération des aides non utilisées; créer des fonds régionaux pour les fournitures pour inclure plus facilement la préoccupation de réadaptation. (I)</li> <li>- Accroître le nombre de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes dans les hôpitaux et dans les C.L.S.C. et engager du personnel de soutien pour les seconder. (I, C)</li> <li>- Redéfinir le rôle des intervenantes et intervenants sociaux; accroître l'accès aux services psychosociaux. (I, C)</li> <li>- Implanter des unités de courte durée gériatrique dans les hôpitaux. (I)</li> <li>- Développer des groupes d'entraide, accroître les services de gardiennage et autres types de services pour assurer du répit aux aidants et aux aidantes. (I, C)</li> </ul>

PROCESSUS			
	FORCES	FAIBLESSES	SOLUTIONS
APPROCHES PROFESSIONNELLES (SUITE)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître l'information donnée au personnel sur les ressources: rencontres, mise à jour des bottins existants, etc. (I)</li> <li>- Séparer la clientèle lucide et confuse dans les institutions. (C)</li> <li>- Rendre disponible une équipe de psychogériatrie tant en centres hospitaliers qu'à domicile. (I)</li> <li>- Pour améliorer le suivi à la sortie de l'hôpital: mettre sur pied des équipes gériatriques de consultation externe ou favoriser l'utilisation des hôpitaux de jour; faire davantage appel aux C.L.S.C.; évaluer la qualité de vie. (I)</li> </ul>
COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES	<p>Bonne communication et ouverture du C.H. ou du C.L.S.C. à l'une ou l'autre des autres ressources (échange de personnel à un endroit, entente CH-FA pour personnes qui décompensent). (I)</p> <p>Présence d'un agent ou d'une agente de liaison à certains endroits. (I)</p> <p>Satisfaction de certains clients et clientes à l'égard des échanges entre C.H. et C.L.S.C. (C)</p> <p>Exceptionnellement, participation du C.L.S.C. aux réunions de congé de l'UCDG; aussi, privilège d'hospitalisation des médecins du C.L.S.C. (I)</p>	<p>Manque ou faiblesse des mécanismes de communication et de références entre C.H. et C.L.S.C. (difficulté davantage reliée à l'aide qu'aux soins). (I)</p> <p>Difficulté de collaboration soutenue et d'établissements de suivis conjoints entre C.H. ou C.L.S.C. et autres ressources dont le C.S.S. (I)</p> <p>Difficulté de collaboration et manque de disponibilité des équipes de psychogériatrie avec C.L.S.C. (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désigner un agent ou une agente de liaison dans les établissements. (I)</li> <li>- Favoriser les échanges de personnel entre deux types d'établissements. (I)</li> <li>- Mettre sur pied des comités conjoints pour l'évaluation et la planification des congés. (I)</li> <li>- Mettre en place un réseau de communications régulières et continues telles les tables de concertation où siègeraient aussi les intervenants et les intervenantes de tous les secteurs. (I)</li> <li>- Utiliser les plans de services. (I)</li> <li>- Raffiner le formulaire de référence unique. (I)</li> </ul>

<b>RÉSULTATS</b>			
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>SOLUTIONS</b>
<b>PERTINENCE DES DÉCISIONS</b>	Satisfaction quant aux décisions des évaluations. (C).	<p>Dans les centres hospitaliers surtout, désaccord avec certaines décisions d'hébergement et pressions ressenties en ce sens. (C). Tendance à diriger des cas trop lourds vers hébergement privé (I).</p> <p>En centre hospitalier et en C.L.S.C., un certain nombre d'évaluations surestiment les capacités de la personne. (C)</p>	
<b>TYPES ET QUANTITÉ DE SERVICES</b>	Prestation de services adaptée aux besoins surtout chez une clientèle avec des pertes d'autonomie assez importantes et recevant des services de type plus intensif (SIMAD, fonds régional). (C)	<p>Absence ou insuffisance des services alloués comparativement aux besoins ressentis (bains, gardiennage et entretien ménager surtout). (C)</p> <p>Prestation de services d'une autre sorte que ceux désirés (bains, suivi médical, repas au lieu de gardiennage ou l'entretien ménager. (C)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître les ressources consacrées aux services à domicile. (I, C)</li> <li>- Accroître, dans certaines régions, les ressources d'hébergement, améliorer l'accessibilité aux ressources existantes (I, C) et repenser les familles d'accueil. (I)</li> <li>- Décloisonner les différentes enveloppes budgétaires de soutien à domicile. (I)</li> <li>- Modifier les modalités d'allocation budgétaire. (I)</li> <li>- Exiger une participation financière de la clientèle aux coûts d'équipements, d'entretien ménager, de gardiennage. (I)</li> <li>- Développer des mesures fiscales visant à soutenir les proches. (C)</li> </ul>

<b>RÉSULTATS</b>			
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>SOLUTIONS</b>
<b>TYPES ET QUANTITÉ DE SERVICES (SUITE)</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire connaître davantage les services disponibles: porte ouverte, dépliant, etc. (I, C)</li> <li>- Donner une tribune à la clientèle afin qu'elle puisse exprimer ses insatisfactions. (I)</li> <li>- Modifier et assouplir l'organisation du travail des auxiliaires. (I)</li> <li>- Assurer une gestion mieux coordonnée du Fonds régional pour les personnes handicapées et du soutien régulier. (I)</li> <li>- Concentrer davantage les services sur la clientèle ayant les plus grandes incapacités.- (I)</li> </ul>
<b>DÉLAIS</b>	<p>Réponse rapide des C.L.S.C. pour les évaluations. (C, I)</p> <p>Satisfaction quant à la longueur des délais d'attente à l'urgence. (C)</p>	<p>Délais longs et pénibles avant de recevoir des services des C.L.S.C., surtout dans les régions où les budgets de maintien sont très réduits. (C)</p> <p>Attentes à l'urgence surtout dans les centres hospitaliers urbains de grande taille. (I, C)</p> <p>Lenteur des C.S.S. à faire les évaluations pour les demandes d'hébergement. (I)</p>	

<b>RÉSULTATS</b>			
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>SOLUTIONS</b>
<b>QUALITÉ DE VIE</b>	<p>Satisfaction à l'égard de la qualité des services donnés par les centres hospitaliers et les C.L.S.C. (C)</p> <p>Satisfaction quant à certains aménagements physiques dans les unités gériatriques de courte et longue durée (cuisine, salle à manger, adaptation des installations sanitaires). (C)</p> <p>Satisfaction quant aux services reçus de certaines résidences d'hébergement privées (I, C), des auxiliaires privées. (C)</p> <p>Satisfaction de la clientèle par rapport au suivi c'.-à-d. régularité des visites, continuité des services (C) et facilité de contact avec le médecin à domicile ou en établissement. (C)</p> <p>Satisfaction de certaines personnes ayant reçu un soutien dans leurs démarches pour obtenir des services complémentaires favorisant le maintien. (C)</p>	<p>Dans les hôpitaux, les services relatifs au vécu quotidien des personnes en perte d'autonomie sont insatisfaisants, donnés trop vite et ne sont pas adaptés à leur rythme (pas d'aide pour manger, retard pour répondre aux appels pour toilettes, à changer les couches).(C)</p> <p>Aménagements physiques inadéquats (manque d'intimité, hauteur des lits, longueur des fils de sonnette, partage des chambres, malpropreté). Médication inappropriée; qualité des repas pour certains. (C)</p> <p>Mauvaise qualité des familles d'accueil et du travail des auxiliaires familiales dans quelques cas. (C)</p> <p>Qualité insatisfaisante de certaines ressources privées d'hébergement (manque de contrôle, publicité trompeuse), agences de services à domicile (personnel peu qualifié, peu stable) et organismes communautaires. (I, C)</p> <p>Difficulté pour la clientèle de communiquer avec leur médecin pour le suivi. (C)</p> <p>Manque d'assistance du personnel pour obtenir des services complémentaires favorisant le maintien (ex. fauteuil roulant, gardiennage). (C).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître le personnel infirmier et les préposés dans les centres hospitaliers. (C)</li> <li>- Améliorer la qualité et la présentation des aliments dans les établissements. (C)</li> <li>- Répondre plus rapidement lorsqu'une personne veut se rendre à la toilette; changer les couches plus souvent. (C)</li> <li>- Améliorer la qualité des résidences privées. (I, C)</li> <li>- S'assurer que les C.L.S.C. desservent les résidences privées. (C, I)</li> <li>- Allouer un montant d'argent à la personne en résidence privée pour l'aider à se payer les services supplémentaires. (C)</li> <li>- Faciliter le transport: élargir les critères d'accès au transport adapté, adapter le transport régulier. (I, C)</li> <li>- Réserver des lits d'hébergement public dans les résidences privées. (C, I)</li> <li>- Réglementer les résidences privées, leur assurer un soutien pour former le personnel. (I)</li> <li>- Mieux former et encadrer le personnel dans les établissements publics. (I)</li> </ul>

<b>RÉSULTATS</b>			
	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>	<b>SOLUTIONS</b>
<b>QUALITÉ DE VIE (SUITE)</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter les services aux communautés culturelles: engagement de personnel de ces communautés, banque d'interprètes. (I)</li> <li>- Respecter le rythme des personnes pour les bains. (C)</li> <li>- Accroître les résidences à coût modique. (I, C)</li> </ul>
<b>RELATIONS AVEC LES INTERVENANTS</b>	Satisfaction générale par rapport aux qualités humaines des intervenants et des intervenantes (disponibilité, courtoisie, empathie). (C)	Présence d'attitudes et de comportements blessants surtout dans les hôpitaux. (C)	
<b>INFORMATION REÇUE</b>	Satisfaction des personnes âgées quant à l'information donnée sur la maladie, les traitements, la durée de séjour ainsi que sur les autres services pouvant leur être utiles (possibilités d'hébergement, services du C.L.S.C., centre de jour, répit). (C)	Difficultés pour la clientèle à obtenir des renseignements sur ce qui la concerne et à savoir à qui s'adresser pour le faire (C). Complexité du système pour la clientèle (I, C) ainsi que manque d'information sur les services de maintien à domicile disponibles. (C)	<p>Identifier une personne pour faire le lien avec la famille. (I, C)</p> <p>Privilégier les contacts en personne plutôt que par téléphone. (C)</p> <p>Insister sur l'importance de "prendre le temps" avec la clientèle. (C)</p>
<b>COÛTS DES SERVICES NON COUVERTS</b>		Coûts élevés des services non couverts (résidence privées, services d'aide à domicile, pansements, fournitures, inhalothérapie, transport). (C, I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une plus grande équité en ce qui concerne la couverture de diverses fournitures. (C)</li> <li>- Accorder des budgets à cet effet en fonction des besoins de la personne, peu importe où elle se trouve. (C)</li> </ul>

La partie qui suit présente les principaux constats de l'étude et fait ressortir les conséquences que les éléments analysés ont pour la clientèle et le système de soins et de services. Ces constats sont présentés selon deux dimensions adaptées des travaux de Schlechty et Noblit, 1982 (cités dans Patton, 1990): 1) ce que l'étude confirme; 2) ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau.

## **LA NÉCESSITÉ DE RESSOURCES ADAPTÉES EN QUANTITÉ ET VARIÉTÉ SUFFISANTES**

### **Ce que l'étude confirme**

L'insuffisance de services directs de soutien à domicile, et plus particulièrement de services d'aide et de gardiennage, associée, dans certains cas, à une pénurie de places en établissements d'hébergement public pour les personnes âgées en lourde perte d'autonomie ont un impact défavorable important sur la clientèle, sur l'utilisation des ressources et sur les approches des établissements en réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi:

- dans certaines régions, les personnes âgées ainsi que leurs proches, surtout lorsque la personne âgée présente des problèmes cognitifs, vivent des situations éprouvantes, car elles reçoivent des services qui ne correspondent pas à leurs besoins réels ou subissent de longues attentes. Plusieurs aidants et aidantes se disent épuisés;
- plusieurs personnes doivent prolonger leur convalescence ou subir de longues attentes dans les hôpitaux de courte durée avant d'être hébergées; elles risquent ainsi de perdre leur autonomie, l'hôpital n'étant pas le milieu le plus propice pour ces personnes.
- des personnes présentant des incapacités relativement légères entrent en hébergement à l'encontre de leur désir, alors qu'elles pourraient demeurer chez elles si les services appropriés leur étaient fournis;

- en milieu hospitalier, des lits de courte durée sont utilisés à d'autres fins que celles prévues par la mission de l'établissement. Une telle situation engendre de la part du personnel des réactions ou des comportements indésirables pour la clientèle allant des craintes d'admettre les personnes âgées qui se présentent aux urgences aux pressions pour qu'elles sortent le plus rapidement possible une fois admises;
- les intervenants et les intervenantes des hôpitaux mais aussi des C.L.S.C. ont parfois tendance à référer au secteur privé une clientèle dont les pertes d'autonomie sont trop importantes pour les services disponibles;
- les directions des C.L.S.C. se voient dans l'obligation d'adopter une approche de dilution consistant à offrir moins de services que requis à chaque personne afin d'en desservir un plus grand nombre, d'offrir des services à court terme seulement et d'exclure certains types de services tels l'entretien ménager et le gardiennage.

Par contre, les services intensifs offerts par le Fonds régional pour les personnes handicapées et par S.I.M.A.D. permettent à d'autres personnes ayant des limitations fonctionnelles plus importantes de demeurer chez elles.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

Les ressources complémentaires au maintien à domicile, celles du réseau (centre de jour, hôpital de jour, répit et dépannage) et celles qui répondent au besoin de sécurité exprimé par la clientèle (911, télésurveillance, police) sont très importantes pour le succès du maintien à domicile.

Des expériences proposant une nouvelle orientation des familles d'accueil et mettant à profit des ressources du milieu (organismes communautaires, H.L.M.) se sont déroulées avec succès.

La clientèle établit un lien entre la piètre qualité de certains aspects des services de base dans les urgences et dans les unités de soins aigus des hôpitaux et le manque de personnel infirmier et de préposés.

L'aménagement physique des établissements (accessibilité, intimité, propreté, etc.) est un facteur qui peut soit favoriser, soit nuire au maintien ou à la récupération de l'autonomie et à la qualité de vie de la clientèle.

## **UN APPAREIL ADMINISTRATIF MIS EN CAUSE**

### **Ce que l'étude confirme**

Les mécanismes actuels d'allocation des ressources financières, dont la base est l'établissement, constituent une contrainte importante à une utilisation efficiente des ressources. Des orientations sont toutefois prévues dans la Réforme du système de la santé et de services sociaux en vue d'améliorer la gestion des ressources.

On recourt souvent aux agences privées de services à domicile et aux travailleurs et travailleuses autonomes pour diminuer les coûts ou pour permettre une plus grande souplesse des horaires, ce qui se fait parfois aux dépens de la qualité du suivi de la clientèle.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

La notion de ressources suffisantes affectées au soutien à domicile ne peut être dissociée de la façon dont les ressources sont réparties entre les C.L.S.C., de l'instabilité des budgets, non plus que des orientations ministérielles ou régionales qui influencent la prestation des services.

L'étude a permis de préciser les sujets cruciaux sur lesquels les intervenants et les intervenantes souhaitent que le ministère prenne position et d'approfondir les conséquences que la situation actuelle impose à la clientèle et au personnel des établissements.

En l'absence de balises claires et disposant de budgets fort inégaux d'un C.L.S.C. à l'autre, des problèmes d'équité en matière d'offre de services à domicile se posent. Selon le territoire où elles résident, des personnes âgées reçoivent des services d'entretien ménager ou de gardiennage du C.L.S.C., d'autres non; certaines sont exclues en raison de leur situation financière alors que cette situation n'est pas considérée pour d'autres; certaines reçoivent les services du C.L.S.C. à la résidence privée pour personnes âgées et d'autres en sont privées. On note enfin que, pour des besoins équivalents, la quantité de services offerts peut être très différente d'un C.L.S.C. à l'autre.

Le palier régional n'échappe pas à la critique non plus en matière d'équité, principalement en raison des directives concernant l'exclusion des personnes âgées du Fonds régional des personnes handicapées et de la centralisation des budgets S.I.M.A.D.

Pour les intervenants et les intervenantes, la centralisation des budgets de maintien à domicile aux Régies régionales et le cloisonnement des divers programmes mettent à l'écart les décisions de la base et nuisent à la rapidité et à la souplesse du processus de réponse aux besoins. Les administrateurs de certaines R.R.S.S.S. et de certains C.L.S.C. craignent par contre une augmentation des écarts entre les C.L.S.C. et, par conséquent les iniquités possibles, si une décentralisation s'opérait sans être accompagnée de balises ministérielles claires quant aux milieux à desservir, aux critères de priorité à définir et à la gamme de services à offrir.

Sans balises précises, le recours aux résidences d'hébergement privées et aux services privés d'aide à domicile par l'intermédiaire des agences ou de l'allocation directe ouvre aussi la porte à divers problèmes: coût élevé de l'hébergement en résidences privées par rapport aux services offerts, manque de formation et taux élevé de roulement des employés dans les agences et par l'intermédiaire de l'allocation directe, travail au noir relié à l'allocation directe.

En matière d'aides techniques et d'équipements, la présence de certaines incohérences en matière d'orientations ministérielles explique également certaines plaintes de la part de la clientèle et du personnel clinique relativement aux coûts des services non couverts. Des personnes résidant à domicile doivent déboursier des sommes élevées pour des services, des fournitures ou des équipements essentiels qui sont pourtant couverts pour les personnes hébergées (couches, inhalothérapie, pansements). Celles qui en ont bénéficié gratuitement ont fait part de leur satisfaction.

Si la clientèle se plaint du coût élevé de l'entretien ménager et du gardiennage lorsque ces services ne sont pas offerts par le C.L.S.C., quelques intervenants et intervenantes tiennent un autre langage: comme ils et elles ne croient pas à une augmentation substantielle des ressources, ils et elles remettent plutôt en question l'universalité et la gratuité des services, tout en s'inquiétant des coûts supplémentaires qu'aurait à supporter une fois de plus la classe moyenne. La clientèle souhaite que les C.L.S.C. fournissent des noms de gardiens et de gardiennes, ce que les C.L.S.C. hésitent à faire car ils ne veulent pas être tenus responsables de la qualité des services fournis par ces personnes.

Le ministère a également un rôle à jouer en matière de rémunération des médecins. Or le mode actuel fait problème en ne favorisant pas la participation des médecins au travail en équipe.

## **UN CONCEPT DE SYSTÈME DIFFICILEMENT APPLICABLE À NOTRE RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES**

### **Ce que l'étude confirme**

Les intervenants et les intervenantes identifient le manque de coordination au niveau régional et sous-régional comme une des raisons qui font que les personnes ne reçoivent pas toujours les services dont elles ont besoin. Les établissements fonctionnent la plupart du temps de façon cloisonnée, sans égard aux services dispensés par les autres ressources du territoire. Ils modulent

donc leur façon de répondre aux besoins principalement et fonction de la disponibilité des ressources de leur propre établissement.

Par contre, des régions ont entrepris des démarches et mis en place certaines structures pour faciliter la concertation et la complémentarité des approches.

Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission soulèvent des critiques, non quant à leur pertinence mais quant à leur rigidité (séparation des couples de niveaux de dépendance différents, choix de la résidence, délai trop court pour la préparation de l'entrée en hébergement, etc.)

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

On sent une ouverture des établissements et du personnel à une meilleure concertation. Si des améliorations doivent être apportées aux structures déjà en place, notamment au fonctionnement des tables de concertation, les intervenants et les intervenantes considèrent que toute action en ce sens doit nécessairement se faire avec la participation conjointe des travailleurs et des travailleuses proches de la clientèle et des gestionnaires des établissements, sans oublier une représentation de tous les secteurs concernés.

### **UNE CAPACITÉ VARIABLE DES ÉTABLISSEMENTS À S'ADAPTER AUX BESOINS DE LEUR CLIENTÈLE ET DE LEUR PERSONNEL**

#### **Ce que l'étude confirme**

Dans presque tous les milieux, le climat régnant au sein des équipes est excellent.

Par contre, l'organisation du travail est trop souvent structurée en fonction des besoins du personnel plutôt que de ceux de la clientèle (rigidité des horaires, peu de services le soir et les fins de semaine dans les C.L.S.C., présence de l'infirmière de liaison à l'urgence sur semaine et de 9 h à 5 h seulement dans certains hôpitaux).

La coordination des services à l'intérieur d'un établissement présente aussi des problèmes. La taille et le nombre des équipes, le fait que du personnel est souvent à l'extérieur de l'établissement, l'absence de liens fonctionnels entre les unités de soins des hôpitaux sont autant d'entraves au développement d'une coordination efficace des interventions pour assurer un véritable travail en équipe.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

La rotation fréquente du personnel, en particulier des auxiliaires qui donnent les services à domicile et des médecins dans les hôpitaux, est vécue difficilement par la clientèle: cette rotation oblige à s'adapter régulièrement à de nouveaux visages.

Une conséquence de la rigidité des horaires de travail du personnel régulier est que celui-ci donne des services surtout aux personnes inscrites au programme régulier (donc, celles dont les besoins sont moins grands), alors que les personnes inscrites aux programmes intensifs (celles dont les besoins sont plus grands) sont souvent desservies par le personnel des agences privées ou par des travailleurs et des travailleuses autonomes. Cette situation diminue la qualité du suivi dont elles font l'objet. On a cependant constaté dans quelques C.L.S.C. une ouverture du syndicat à une plus grande souplesse des horaires de travail.

Dans les hôpitaux, des décisions importantes sont prises par les médecins, sans que ceux-ci n'aient préalablement consulté d'autres professionnels concernés (par exemple, des congés donnés avant même que ne soient terminés des traitements de réadaptation ne pouvant se poursuivre à l'extérieur de l'établissement).

On observe également dans certains hôpitaux un manque de mobilité des équipes de gériatrie, un des facteurs qui limite l'expansion de l'approche gériatrique ou globale à l'ensemble de l'hôpital privant ainsi certaines personnes âgées des bienfaits d'une telle approche. Dans des C.L.S.C., on note une rigidité dans la répartition du territoire entre les auxiliaires ou, encore, dans les heures de services offerts, peu importe l'importance des besoins.

Ces modes d'organisation du travail sont d'autant plus difficiles à justifier que des milieux comparables font preuve de plus de souplesse sous ce rapport.

Plusieurs établissements ont adopté des modes d'organisation visant à améliorer la qualité de leurs services à la clientèle (outil d'évaluation commun, dossier unique, horaire de travail plus long, équipe de gériatrie structurée).

Les intervenants et les intervenantes expriment à la fois un besoin d'encadrement et de soutien et la nécessité d'une autonomie professionnelle suffisante pour s'adapter aux besoins particuliers de la clientèle.

### **UN PERSONNEL COMPÉTENT MAIS...**

#### **Ce que l'étude confirme**

La clientèle fait habituellement confiance au personnel. Le personnel qui a choisi de travailler auprès de la clientèle âgée en C.L.S.C. ou dans les unités de gériatrie est généralement motivé et aime son travail.

Par contre, le manque de sensibilisation, de formation et d'intérêt du personnel des hôpitaux en ce qui concerne la condition des personnes âgées dans les départements de soins aigus et dans les urgences est souvent relevé. Les médecins, dans certaines spécialités, sont particulièrement visés.

#### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

Bon nombre de clients et de clientes se plaignent du peu d'information et de soutien reçu. Cette situation s'explique en partie par le manque de connaissances des intervenants et des intervenantes, y compris des médecins de pratique privée, des ressources disponibles dans leur milieu ou même dans leur propre établissement.

## **DES FAMILLES ENGAGÉES MAIS DES ATTITUDES ET UN MILIEU AVEC LESQUELS IL FAUT COMPOSER**

### **Ce que l'étude confirme**

L'étude confirme que les personnes en perte d'autonomie peuvent généralement compter sur l'engagement d'un ou de plusieurs membres de leur famille et que, bien que le personnel soit sensible aux besoins de ces familles, il ne peut que rarement, faute de ressources, leur apporter un soutien leur permettant d'avoir une meilleure qualité de vie.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

Plusieurs commentaires de la clientèle rappellent que le réseau doit tenir compte de certaines réalités avec lesquelles il n'est pas toujours facile de composer. L'effritement du réseau de soutien naturel dans certains territoires en est une. La réticence de certains clients ou clientes ou aidants et aidantes à accepter que des tierces personnes ou, encore, des personnes d'une autre ethnie entrent dans leur intimité quotidienne en est une autre.

## **DES CHOIX, DES PHILOSOPHIES D'ÉTABLISSEMENTS PARFOIS DISCUTABLES**

### **Ce que l'étude confirme**

Concilier les intérêts administratifs des centres hospitaliers (respect des normes de durée de séjour et priorité accordée aux soins aigus) et ceux de la clientèle âgée en perte d'autonomie demeure un problème. Plusieurs personnes âgées et leurs proches ont fait part du fait qu'elles ne se sentaient pas les bienvenues dans les hôpitaux. La peur de voir des lits de courte durée occupés par des personnes attendant une place dans un établissement d'hébergement, fait que les hôpitaux ont encore certaines pratiques qui confirment les dires de la clientèle: non-respect du choix de l'hôpital pour les personnes âgées qui arrivent à l'urgence, pressions pour des congés hâtifs ou pour une entrée précipitée dans une résidence.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

L'instauration d'une approche globale ou gériatrique dans les hôpitaux n'est pas simplement l'affaire des intervenants et des intervenantes: elle doit venir d'une volonté de la direction et être clairement exprimée.

En ce qui concerne le soutien à domicile, le fait que les services soient donnés dans une perspective de court terme ou, encore, que certaines personnes reçoivent des services autres que ceux dont elles estiment avoir besoin s'expliquent davantage par des choix faits par les C.L.S.C. pour faire face à une pénurie de ressources que par une philosophie d'intervention visant une réponse adaptée aux besoins de la personne; quoique dans le choix de donner ou non certains types de services, les valeurs de la direction et du personnel clinique jouent un grand rôle.

Enfin, il n'y a pas toujours de philosophie commune de l'approche auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie entre les établissements (seuil de tolérance différent quant aux délais d'attente pour une décision d'hébergement et quant aux risques liés au maintien à domicile; désaccord en ce qui a trait à la clientèle prioritaire pour les services à domicile) et parfois à l'intérieur d'un même établissement (approche de prise en charge par le personnel versus une approche de prise en charge par la personne elle-même). Dans ce dernier cas, certaines modalités organisationnelles contribuent à la création de philosophies différentes (plusieurs équipes sous la coordination de plusieurs gestionnaires, clivage administratif entre les soins et l'aide).

### **DES DÉCISIONS SOUVENT PRISES PAR UNE SEULE PERSONNE ET DESQUELLES LA PERSONNE ÂGÉE ET SES PROCHES SONT SOUVENT EXCLUS**

#### **Ce que l'étude confirme**

Dans les unités gériatriques, la prise de décision, même si elle est souvent sous la responsabilité du médecin, se fait habituellement de façon collégiale.

Une partie appréciable de la clientèle dit ne participer que très peu au choix des services qu'elle recevra ou même à la décision de l'orienter vers un établissement d'hébergement. Cette situation prévaut presque partout, mis à part la majorité des unités gériatriques. Même s'il existe un réel engagement des intervenants et des intervenantes à bien servir la clientèle, le réseau de la santé et des services sociaux n'a pas vraiment mis la clientèle au coeur du processus.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

Même si théoriquement le travail en équipe interdisciplinaire est reconnu comme un aspect essentiel à une approche appropriée, en pratique, cette forme de travail est absente ou pose des difficultés dans plusieurs C.L.S.C. Le fait d'utiliser un instrument commun d'évaluation et de détermination de services, du type de la C.T.M.S.P., et de disposer d'un minimum raisonnable de ressources humaines et financières favorisent le travail interdisciplinaire.

Alors que les auxiliaires sont les personnes les plus proches de la clientèle et ont une connaissance très concrète de ses besoins, il arrive pourtant qu'elles n'aient pas accès aux dossiers et ne participent pas aux réunions d'équipe. La situation a peu de chance de s'améliorer avec le recours accru aux services privés en l'absence d'orientations claires pour assurer un suivi régulier de la clientèle. Les médecins sont les autres absents du travail en équipe, mais pour des raisons différentes. Le mode de rémunération est ici en cause.

Alors que théoriquement on voit l'utilité des plans de services individualisés dans tous les milieux, dans la pratique il en va autrement. La notion même de plan de services est mal comprise et est souvent confondue avec plan d'intervention.

## **DES APPROCHES PROFESSIONNELLES ADAPTÉES DANS CERTAINS MILIEUX, INADAPTÉES DANS D'AUTRES ET DES BESOINS IGNORÉS**

### **Ce que l'étude confirme**

De façon générale, la clientèle rencontrée est sincèrement satisfaite des services reçus. La qualité des contacts avec les intervenants et les intervenantes est particulièrement appréciée. Par contre, dans les hôpitaux surtout, une proportion tout de même significative de la clientèle signale des comportements irrespectueux, durs, méprisants de la part de certains intervenants et de certaines intervenantes. Des problèmes de médication inappropriée sont aussi relevés.

Dans les hôpitaux, les unités de courte durée gériatrique et, généralement, les unités de soins de longue durée ont adopté une approche globale ou gériatrique, qui tient compte de l'ensemble de la personne, de son environnement et de son potentiel de récupération. Sauf exceptions, la clientèle se montre très satisfaite des services qu'elle y reçoit, et les intervenants et les intervenantes comme les gestionnaires sont fiers du travail qui y est accompli.

Ce n'est pas sans raison que les plaintes provenant de la clientèle s'adressent surtout aux autres départements des hôpitaux. En effet, on constate un net clivage entre l'approche qui y est pratiquée et celle existant dans les unités gériatriques: faiblesse du dépistage de la clientèle vulnérable (aussi observée à l'urgence), approche centrée sur la maladie, peu de planification des congés, peu de préoccupation concernant la réadaptation, difficultés à rencontrer le médecin et, parfois même, un accès plus limité à des consultations spécialisées.

Dans les C.L.S.C., le traitement initial des demandes se fait rapidement, et il n'y a pour ainsi dire pas de liste d'attente pour ce qui est de l'évaluation des demandes; on ne peut cependant pas en dire autant de l'accès aux services.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

La clientèle attache une grande importance à certains aspects de la qualité des services auxquels le personnel semble peu conscient. Les deux principaux sont: l'information (sur l'état de santé, la nature et l'utilité des interventions, le congé, les services existants) et les services non spécialisés dans les hôpitaux qui influent sur la qualité de vie des personnes (l'aide pour aller à la toilette, la vitesse à laquelle on donne le bain, le souci de la capacité des personnes à s'alimenter seules, etc.)

Les problèmes soulevés par la clientèle au sujet de la médication non adaptée dans certains centres hospitaliers font qu'on s'interroge sur la collaboration qui existe entre les médecins et les pharmaciens et sur le suivi de la médication qui y est fait.

Malgré une proportion importante des personnes rencontrées qui présentent des problèmes de nature psychologique tels l'anxiété, ni les C.L.S.C. ni les hôpitaux ne font de véritable place à l'approche psychosociale.

Dans les hôpitaux, on soulève des problèmes majeurs concernant l'approche auprès des personnes qui présentent des problèmes cognitifs et de comportement. Les C.L.S.C. ne remettent pas en question leur propre approche auprès de cette clientèle: ils déplorent plutôt le manque de ressources adaptées à cette clientèle, le fait qu'elle soit exclue de certains centres de jour ou le peu de soutien que les C.L.S.C. reçoivent des équipes de psychogériatrie, lorsqu'elles sont disponibles. Bien que quelques C.L.S.C. aient mis sur pied des groupes d'entraide pour les aidantes et les aidants naturels, le personnel reconnaît néanmoins que cette clientèle ne reçoit pas toujours le soutien dont elle a besoin, surtout pour ce qui est du gardiennage. Partout, les aidants et les aidantes sont trop souvent laissés à eux-mêmes.

Quand il n'y a pas un minimum de sensibilisation du personnel des unités autres que gériatriques, le problème de dépistage de la clientèle vulnérable subsiste, même s'il existe des unités de gériatrie et même lorsque ces unités sont en liens avec les autres unités. Certaines initiatives sont

prises pour sensibiliser et mobiliser le personnel (discussions de cas pour des personnes en attente, personne chargée du dépistage et de la planification pour certains cas à risque). Il est toutefois dommage de constater que les médecins participent rarement à ces initiatives, ce qui cadre mal avec les pouvoirs qui leur sont reconnus dans les hôpitaux, particulièrement en regard des congés et des références.

Les difficultés d'accès aux services de réadaptation dans les centres hospitaliers, particulièrement pour la clientèle en attente d'hébergement, ainsi que le manque de réadaptation à domicile sont signalés, mais il est difficile d'en cerner les causes exactes: manque de personnel ou approches organisationnelles inappropriées. Le manque de connaissances et le peu d'orientation fait vers les services de réadaptation du territoire (centres de réadaptation, hôpitaux de jour, centres de jour) sont également des hypothèses qu'on peut soulever pour expliquer les difficultés d'accès aux services de réadaptation. On peut s'interroger également au sujet de l'utilisation qui est faite des professionnels de la réadaptation. Leur donne-t-on suffisamment l'occasion d'intervenir comme agents multiplicateurs auprès d'autres intervenants et intervenantes (auxiliaires, infirmières, préposés) ?

Une autre pratique est remise en question par quelques C.L.S.C., soit le fait d'effectuer certains suivi médicaux et de nursing routiniers par les C.L.S.C. On s'interroge sur la pertinence d'une telle pratique quand une auxiliaire se rend régulièrement au domicile d'une personne et qu'elle peut faire part aux autres membres de l'équipe des changements de l'état de santé de cette personne.

Tant dans les hôpitaux que dans les C.L.S.C., le suivi de la clientèle en attente d'hébergement laisse à désirer: on n'y fait pas de réévaluation systématique, manque d'activités pour les personnes hospitalisées.

## **UNE OUVERTURE À LA COLLABORATION MAIS DES MOYENS LIMITÉS POUR LA DÉVELOPPER**

### **Ce que l'étude confirme**

La clientèle perçoit plus difficilement les aspects relatifs à la collaboration entre les divers établissements. Elle en ressent cependant les effets. C'est le cas des congés non planifiés à la sortie de l'hôpital qu'on peut attribuer à la faiblesse des mécanismes de références et de communication entre les hôpitaux et les C.L.S.C.

La présence d'un agent ou d'une agente de liaison se révèle un facteur facilitant le développement ou l'amélioration des relations entre C.L.S.C. et hôpitaux.

Le manque de collaboration des établissements fait souvent que la clientèle reçoit des services qui ne lui conviennent pas et qu'elle aurait dû être orientée vers une ressource plus appropriée.

### **Ce que l'étude remet en question ou apporte de nouveau**

Si tous les intervenants et les intervenantes souhaitent une amélioration et un resserrement des liens entre les divers établissements et, particulièrement, entre centres hospitaliers et C.L.S.C., ils et elles doivent cependant modifier leurs perceptions, car, plus souvent qu'autrement les problèmes leur semblent relever davantage de la responsabilité des autres que de la leur.

Le fait que les relations avec les médecins de pratique privée n'aient pas fait l'objet de plus de commentaires est révélateur. En effet, les relations semblent très peu développées, que ce soit avec les C.L.S.C. ou avec les hôpitaux, si le médecin n'est pas rattaché à l'établissement où est hospitalisé son patient ou sa patiente.

## CONCLUSION ET VOIES D'ACTION

Une évaluation a été faite des services dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie, principalement par les C.L.S.C. et les centres hospitaliers de courte durée. Des problèmes de fonctionnement sont observés à divers niveaux du processus de prestation de services. Cependant, malgré la diversité des milieux choisis, plusieurs des problèmes auxquels chacun d'eux se trouve confronté sont de même nature et relèvent des mêmes causes.

Les faiblesses identifiées se rapportent à la fois à des aspects structureaux et à des composantes du processus, ce qui tend à remettre en cause tant l'appareil administratif que les établissements et les dispensateurs et les dispensatrices de services. La conclusion met en évidence les principaux obstacles à la qualité des soins et des services qui sont communs à l'ensemble des établissements.

De toute évidence, la préoccupation concernant la diminution des coûts et celle concernant l'amélioration des services à la clientèle ne sont pas toujours faciles à concilier. Si on fait le choix d'ignorer certains besoins ou d'y répondre de façon limitée (besoins psychosociaux, d'aide à domicile, de réadaptation, de soutien aux proches) pour raccourcir les durées de séjour ou diminuer le coût des services donnés, il faut être conscient des répercussions négatives de ces choix sur la clientèle : épuisement des familles, augmentation de l'anxiété, non-récupération de l'autonomie, facteurs augmentant le risque d'un hébergement précoce.

Le type de budgétisation par établissement associé aux pressions exercées sur les établissements pour accroître leur productivité encouragent ces derniers à transférer à d'autres une partie de leur clientèle. Ainsi, pour desservir plus de monde, des C.L.S.C. dirigeront vers des établissements d'hébergement leurs "cas les plus lourds", et des hôpitaux orienteront vers l'hébergement public et privé des personnes qui ne devraient pas y être pour libérer au plus vite leurs lits. Certes, la

performance de ces établissements sera jugée satisfaisante, mais on peut se questionner sur le gain véritable de rendement réalisé par le système de soins et de services, quand bon nombre des personnes âgées auraient pu demeurer à domicile, avec juste un peu plus de services. Il faut être vigilant dans la définition d'indicateurs de productivité. Il est dangereux de se donner des indicateurs simplistes et de les transformer en objectifs (nombre de cas/médecin, nombre de clients desservis/C.L.S.C., durée de séjour) sans les modifier de manière à tenir compte du temps consacré, de l'information donnée, des services dispensés, bref, de la qualité des services.

Il est très difficile d'appliquer le concept de système à notre réseau de soins et de services. En effet, le réseau ne fonctionne pas d'une façon rationnelle et coordonnée; chaque établissement intervient plutôt de façon individuelle et dispense des services bien plus en fonction du type de services qu'il peut offrir qu'en fonction des besoins de la clientèle à combler.

Une partie du processus échappe au contrôle lorsque, pour diminuer les coûts, les établissements recourent au secteur privé pour donner les services que ce soit pour l'hébergement ou pour les services à domicile: peu ou pas de prise sur la qualité des services donnés et absence des travailleurs et des travailleuses des lieux de discussion concernant le client et la cliente. Si on considère le réseau privé comme la meilleure solution, son rendement doit être à tout le moins équivalent à celui du réseau public. Le Ministère semble hésiter à s'engager dans une voie qui encadre le réseau privé et, de ce fait, il n'assume pas pleinement sa responsabilité à l'égard de la qualité des services qui y sont dispensés.

L'absence de prise de position sur certaines questions fondamentales (la couverture des services de soutien à domicile, le partenariat public-privé) fait que le réseau vit avec les conséquences des choix qui ne sont pas faits au niveau central. Cette situation engendre des différences majeures dans la façon dont les établissements répondent aux besoins de la clientèle.

Par ailleurs, les intervenants et les intervenantes attachent une grande importance à leur autonomie. Ils ont besoin de marge de manœuvre pour mieux répondre aux besoins de leur clientèle.

Les unités de courte durée gériatriques et certaines unités de soins de longue durée semblent avoir réussi à instaurer dans les centres hospitaliers l'approche globale, ce qui a des effets bénéfiques pour la clientèle, si l'on en juge par la satisfaction exprimée tant par le personnel que par la clientèle. Une chose qu'il faut retenir de l'approche globale, qui explique sans doute son succès dans ces unités: le personnel a des attentes claires et des objectifs précis à l'égard de la clientèle sous sa responsabilité (ce peut être le maintien des acquis, la récupération dans certains cas, la qualité de vie, etc.) et il planifie ses interventions en conséquence; ce qui n'est pas toujours le cas dans les départements autres que gériatriques. Quelques C.L.S.C., surtout ceux disposant suffisamment de ressources humaines et financières sont également parvenus à mettre en pratique l'approche globale. Ailleurs, tant dans les C.L.S.C. que dans les hôpitaux, un ou plusieurs éléments identifiés par les experts et le personnel clinique comme faisant partie intégrante d'un processus optimal sont absents (pas de travail d'équipe, non-participation des auxiliaires et des médecins aux réunions d'équipe, exclusion du client ou de la cliente et de ses proches du processus décisionnel, etc).

Une des forces du réseau réside dans son personnel. La clientèle reconnaît d'ailleurs les qualités humaines du personnel avec lequel elle est en contact. Mais la motivation à se centrer sur les besoins de la clientèle, tels que définis par celle-ci, à se préoccuper de sa satisfaction n'est pas toujours présente. Plusieurs des aspects qui paraissent fondamentaux pour la clientèle (intimité, nourriture, information) ont à peine été évoqués par le personnel. La clientèle est captive, car d'autres préoccupations figurent en tête de liste (accroissement de la productivité, réduction des coûts). On perçoit aussi des difficultés, dans les C.L.S.C., à concilier les conditions de travail, en particulier les horaires et la qualité des services à la clientèle. Par contre, la volonté d'améliorer le processus de réponse est très présente et les initiatives prises en ce sens en témoignent. Toutefois, les actions entreprises localement ne seront jamais suffisantes, si elles ne sont pas accompagnées de modifications de certains facteurs structureaux.

De plus, on constate que des problèmes de fond persistent, malgré les différentes réformes que le système de soins et de services a connues. C'est le cas, notamment, de certains types d'approche qui sont intimement liés à la culture des professionnels et des professionnelles. On peut

évoquer les champs d'exercice exclusifs, le travail d'équipe rendu difficile parce qu'il se heurte au concept "d'autonomie professionnelle", le pouvoir que s'arroge le professionnel ou la professionnelle dans l'évaluation des besoins réels de la personne.

## **LES VOIES D'ACTION PRIORITAIRES**

Nous nous en tiendrons ici à quelques grandes voies d'action prioritaires qui se dégagent des constats de l'étude et des propositions de solutions des participantes et des participants. Les lectrices et les lecteurs pourront prendre connaissance de l'ensemble des propositions et plus particulièrement des suggestions touchant des questions très spécifiques dans le rapport complet de l'étude.

Rappelons que le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà pris des engagements dans le cadre de la réforme du système sociosanitaire et de la politique de la santé et du bien-être. Le plan d'action pour les aînés et le cadre de référence sur les services à domicile annonceront d'autres mesures touchant les soins de longue durée.

Ces voies d'action interpellent l'ensemble des paliers qui participent à la prestation des services. Le Ministère, les Régies et les établissements tant au niveau des intervenantes et intervenants directs que des gestionnaires.

### ***Orienter toute augmentation et toute réallocation de ressources vers la réponse aux besoins de base***

Il ressort clairement de l'étude que les besoins d'aide à domicile, les besoins de soutien complémentaire, d'aides techniques et d'équipements sont les moins bien couverts.

Il apparaît donc logique de proposer que **toute augmentation de ressources** dans le secteur des soins de longue durée ou, pour être plus réaliste, que **toute réallocation de ressources** dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services (PROS), **soient orientées**

**prioritairement vers la satisfaction de ces besoins de base.** Il importe particulièrement de rendre disponibles les services de gardiennage, d'aide aux tâches domestiques et d'aide aux soins personnels en quantité suffisante, au moment où les besoins se manifestent. Les personnes qui prennent soin d'un proche ayant des problèmes cognitifs doivent constituer une clientèle prioritaire.

Certaines ressources et programmes complémentaires au soutien direct doivent être consolidés ou adaptés, en particulier aux chapitres du transport, des aides techniques et des équipements ainsi que des services qui contribuent à sécuriser la clientèle (911, télésurveillance). Dans certains territoires, ce sont des ressources consacrées aux minorités culturelles qui doivent être créées ou mieux adaptées aux diversités ethniques.

Ceci dit, il apparaît évident que, dans plusieurs sous-régions, le nombre de places pour l'hébergement de personnes en grande perte d'autonomie doit également être augmenté.

***Fournir des balises sur la couverture des services à domicile et sur la nature des liens avec le secteur privé***

Tout en laissant une marge de manoeuvre importante aux instances régionales et locales dans l'organisation pratique des services, il apparaît essentiel que le Ministère fixe des balises notamment en ce qui a trait à la **couverture des services à domicile et aux liens à établir entre le secteur public et le secteur privé.**

Ces balises doivent viser à **assurer l'équité dans l'accès aux services** à domicile, indépendamment de l'âge, du milieu de vie ou du territoire de résidence. Compte tenu des limites budgétaires actuelles, la première démarche consiste à proposer des critères de mise en priorité des réponses aux demandes. Des critères ont d'ailleurs été proposés dans le cadre de référence sur les services à domicile qui est en voie d'élaboration: le support des proches, l'urgence de la réponse et les situations de pauvreté. A moyen terme, on doit tendre à compenser les coûts en-

engendrés par les conséquences des maladies et des traumatismes au même titre que les coûts engendrés par leur traitement.

**L'utilisation des ressources privées** est une pratique courante, tant pour l'hébergement que pour l'aide à domicile. Des balises doivent encadrer cette pratique et des mécanismes de **contrôle de la qualité** des services doivent être mis en oeuvre. Une façon déjà expérimentée d'assurer un meilleur suivi des services offerts par le secteur privé (agences et travailleurs autonomes) est de continuer à offrir un certain nombre d'heures de services par le personnel du C.L.S.C. en même temps que le secteur privé offre le complément de services. Les C.L.S.C. doivent aussi soutenir la clientèle dans sa recherche d'un personnel qualifié dans le secteur privé s'il y a lieu.

Il faudra aussi expérimenter de nouvelles façons de soutenir les ressources privées: les C.L.S.C. pourraient, par exemple, intervenir dans la formation du personnel. Le Ministère pourrait aussi choisir d'accorder un soutien financier permettant aux personnes ayant choisi de vivre dans une résidence privée de pouvoir, dans la mesure du possible, y recevoir les services destinés à compenser leurs incapacités quand leur condition se détériore, sans qu'elles soient obligées de déménager.

Le réseau doit aussi développer des nouveaux modes de collaboration avec les organismes communautaires en respectant leurs valeurs et leurs différences et les soutenir convenablement.

### ***Modifier les mécanismes d'allocation des ressources et expérimenter de nouvelles modalités de paiement des services***

Dans un premier temps, **la décentralisation des budgets sur la base d'un programme-clientèle** devrait permettre une meilleure réponse aux besoins prioritaires de la clientèle selon la réalité propre à chacun des milieux. L'évaluation de l'implantation de cette mesure déjà prévue dans la réforme constitue une activité de première importance.

Parallèlement, **l'unification des budgets des divers programmes de services à domicile** est une piste d'action dans laquelle on doit s'engager rapidement.

Il apparaît important que le Québec analyse et expérimente sur la base de projets pilotes de **nouvelles modalités de paiement des services**. On pense par exemple à **l'allocation d'un budget lié à la personne** pour la réalisation d'un plan de services et à **des formules de "marchés internes"** où les fonctions d'achat et de prestation de services sont séparées afin d'introduire une concurrence contrôlée. Ainsi, un organisme ou des professionnels, financés publiquement sont chargés de négocier et d'acheter des services au nom de leurs clientes et de leurs clients plutôt que d'être eux-mêmes directement responsables de la prestation de services.

### ***Renforcer les moyens concrets favorisant la concertation régionale et sous-régionale***

Il apparaît urgent de mettre au point des mécanismes concrets pour réduire les cloisonnements, favoriser la complémentarité et la concertation entre les établissements et les organismes, faciliter le partage des ressources et intégrer des secteurs tels que l'habitation et le transport.

Dans cette optique, **l'élaboration de plans régionaux d'organisation de services (PROS)** pour les personnes âgées constituera sans doute un instrument privilégié. Les PROS devraient également inclure des **mécanismes permanents d'échanges entre les personnes concernées par la prestation de services à long terme pour cette clientèle**. Pour éviter que ne se reproduisent les problèmes soulevés par le fonctionnement des tables de concertation existantes, il est important que des intervenantes et des intervenants de la base - et non exclusivement les gestionnaires des secteurs concernés - participent à ces échanges .

Si une grande part du succès de la concertation tient à l'aide incitative des pouvoirs publics et à la mise en place des structures, la concertation dépend de la conviction des parties en cause et ne peut s'actualiser sans une véritable volonté de leur part.

SANTÉ PUBLIQUE  
 Direction de santé publique  
 400, rue Saint-Jacques,  
 3<sup>e</sup> étage, Montréal, Qué.  
 H2Y 1A1

### *Améliorer le processus décisionnel*

Dans un contexte de relative rareté des ressources, il est essentiel que tout le processus de prise de décision soit amélioré de façon à être plus efficace et plus efficient. Cette étude permet de déterminer cinq domaines où des actions concrètes doivent être entreprises.

- Systematiser le travail en équipe interdisciplinaire

Le travail en équipe interdisciplinaire doit devenir plus systématique lorsqu'il s'agit de déterminer les services requis, d'élaborer les plans de services et d'orienter la clientèle qui fait face à des situations suffisamment complexes.

Il appartient aux gestionnaires de trouver les modalités de fonctionnement appropriées et efficaces et de s'assurer que du personnel de diverses formations y participe, incluant les médecins, les auxiliaires et les organisatrices et les organisateurs communautaires.

- Développer et harmoniser les outils d'évaluation

De façon à favoriser à la fois le travail en équipe interdisciplinaire et la transmission de l'information, il y a lieu de poursuivre des travaux et des expériences en vue d'en arriver à un outil d'évaluation multidimensionnel qui puisse être utilisé par l'ensemble des intervenantes et des intervenants de tous les établissements. Cet outil doit demeurer flexible dans son application et laisser place à l'exercice du jugement des professionnels.

Un outil de dépistage rapide doit être expérimenté dans les salles d'urgence et les départements non gériatriques des hôpitaux pour répondre plus rapidement et de façon plus appropriée aux personnes âgées en perte d'autonomie ou très vulnérables.

- Donner plus de pouvoir à la clientèle

Il est essentiel de donner une place beaucoup plus importante aux clientes et aux clients - incluant leurs proches- dans les décisions qui les concernent. Malgré les difficultés que cela représente, il faut trouver des moyens pour qu'ils participent non seulement à la définition de leurs besoins mais au choix des moyens pour y répondre.

Cette façon de faire ne doit pas être interprétée comme une prestation de services strictement axée sur les désirs de la clientèle, et d'où sont absentes les notions de critères et de priorités. Chaque milieu a à définir sa propre stratégie pour accroître la participation des personnes âgées et de leurs proches: invitation aux réunions de l'équipe multidisciplinaire à des moments stratégiques comme le font certaines unités de courte durée gériatrique, suivi plus constant de la satisfaction de la clientèle, désignation d'une personne responsable avec qui les contacts sont établis, etc.

- Assurer une liaison étroite entre les C.L.S.C. et les centres hospitaliers

Il est de la plus haute importance que les C.L.S.C. et les centres hospitaliers, principales portes d'entrée dans le système, mettent au point ou consolident des mécanismes de liaison fonctionnels. L'attribution d'une responsabilité de liaison à une intervenante ou à un intervenant est un mécanisme qui paraît efficace à certains endroits. D'autres voies, par exemple la participation d'un intervenant du C.L.S.C. à la planification du congé de certains clients des hôpitaux, sont aussi à explorer.

- Donner un mandat clair aux C.L.S.C. pour l'élaboration et le suivi des plans de services

Les C.L.S.C. doivent recevoir le mandat d'élaborer les plans de services individualisés pour la clientèle à domicile qui les requiert et d'en assurer le suivi. Ces plans doivent couvrir tous les besoins, établir des objectifs, fixer le rôle de chaque intervenante et intervenant et enfin identifier la personne responsable du suivi. A cette fin, les C.L.S.C. doivent nécessairement

entretenir des relations étroites avec les divers organismes dont la collaboration est requise pour l'exécution des plans de services.

***Accroître l'influence et le rayonnement des équipes gériatriques des centres hospitaliers***

Le bilan des unités de courte durée gériatriques est très positif. Chaque centre hospitalier devrait disposer d'une telle unité. Il s'avère cependant très important d'étendre le rayonnement de ces unités vers les autres départements, y compris l'urgence, et même vers la clientèle à domicile. Une façon de le faire est de confier aux médecins de l'équipe la responsabilité de clientes et de clients âgés en perte d'autonomie qui nécessitent une expertise gériatrique et ce, même s'ils sont hospitalisés ailleurs qu'à l'unité de courte durée gériatrique.

Le personnel de ces unités doit aussi voir son rôle élargi pour constituer une équipe qui intervient à titre conseil, qui participe aux évaluations, qui assure la formation, qui, somme toute, joue un rôle d'agent multiplicateur.

***Poursuivre les efforts pour améliorer les pratiques professionnelles***

Le personnel qui dispense les services constitue la pierre d'angle d'une réponse efficace et efficiente aux besoins de longue durée des personnes âgées en perte d'autonomie. Même si ses compétences et ses qualités humaines sont reconnues et appréciées, il y a place à amélioration.

**L'accent doit être mis sur la formation continue et l'information régulière** des intervenantes et des intervenants en contact direct avec la clientèle. Les participantes et les participants à l'étude ont suggéré divers thèmes pour cette formation dont **l'approche globale, l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes cognitifs ou de comportement, le travail d'équipe.**

Quant à l'information, elle doit permettre au personnel d'avoir une bonne connaissance des ressources existantes et de la tenir à jour.

Dans chaque établissement, il y aurait avantage à mieux utiliser l'expertise des professionnels les plus spécialisés ou expérimentés, à les inciter à **partager leur savoir et à agir comme agents multiplicateurs**.

Dans les hôpitaux, le personnel soignant doit porter une attention particulière aux besoins quotidiens des personnes (alimentation, intimité, aide pour la toilette, etc.) de manière à y répondre convenablement.

Les gestionnaires doivent exercer un plus grand leadership pour assurer au sein de leur organisation la présence d'un **souci constant pour l'évaluation de la qualité des services offerts**. La prise en compte grandissante des désirs et des intérêts de la clientèle s'avère une stratégie essentielle pour assurer la qualité des services. Ce souci de la qualité repose aussi sur la collaboration de tous et, en conséquence, exige une **gestion participative**.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH (1989). The continuing care division of the British Columbia Ministry of Health. Victoria, Continuing Care Division, 30 p.
- BRUNELLE Y. (1993). La qualité des soins et services: un cadre conceptuel. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'Évaluation, coll. "Études et Analyses", 124 p.
- CALGARY REGIONAL ASSESSMENT AND PLACEMENT COMMITTEE (1988). Summary report, Single entry: it's importance to the future of long term care, Calgary, Calgary Regional Assessment and Placement Committee, 10 p.
- CAMPION E.W., JETTE A., BERKMAN B. (1983). "An interdisciplinary geriatric consultation service: a controlled trial" in Journal of the American Geriatrics Society, 31, p. 792-796.
- DAVID J.-P., LÉBOUCHER S., DI MENZA C. (1990). "Unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées: la prise en charge gériatrique commence dès les urgences" in L'Hôpital à Paris, 117, p. 20-22.
- EGGERT G.M., FRIEDMAN B., ZIMMER J.G. (1990). "Models of intensive case management" in Journal of Gerontological Social Work, 15, 3/4, p. 75-101.
- FORBES W.F., THOMPSON M.E. (1983). "Estimating the health care costs of smokers" in Canadian Journal of Public Health, 74, p. 183-190.
- GARANT L., BOLDUC M. (1990). L'aide par les proches: mythes et réalités. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'Évaluation, coll. "Études et Analyses", 157 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1990). Une réforme axée sur le citoyen, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 93 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). La politique de la santé et du bien-être, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 192 p.
- HOWE A., PHILLIPS C., PRESTON G.A.N. (1986). "Analysing access to nursing home care" in Social Science and Medicine, 23, 12, p. 1267-1277.

- HUGHES S.L., GUIHAN M. (1990). "Community-based long term care: the experience of the living at home programs" in Journal of Gerontological Social Work, 15, 3/4, p. 103-127.
- KAY G., MOFFATT C., MacTAVISH M., LAU G. (1990). "The merits of geriatric assessment units: a holistic approach versus the medical model" in Clinical Gerontologist, 10, 1, p. 54-57.
- KEMPER P. (1988). "The evaluation of the national long term care demonstration 10. Overview of the findings" in Health Services Research, 23, 1, p. 161-174.
- LEBEAU A., DESCHAMPS D.L. (1984). L'aide à domicile dans le territoire de Maisonneuve-Rosemont : un suivi de la demande; Cahier 3 : analyse de la prise de décision dans le contexte des services d'aide à domicile, Montréal, Département de santé communautaire Maisonneuve--Rosemont, 158 p.
- LEFTON E., BOUSTELLE S., FRENGLEY D. (1983). "Success with in patient geriatric unit: a controlled study of outcome and follow up" in Journal of the American Geriatrics Society, 31, p. 149-155.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Places/lits requis en C.H.C.D., en C.L.S.C. et en C.A.H., 1991-1996-2001. Bilan selon les régions sociosanitaires, les départements de santé communautaire et cadre de référence, Document non publié, Québec, M.S.S.S., 1992.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CONSENSUS (1988). "Development Conference Statement: Geriatric assessment methods for clinical decision-making" in Journal of the American Geriatrics Society, 36, p. 342-347.
- PATTON M.Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods, Newbury Park, SAGE Publications, 532 p.
- PAWLSON L.G. (1988). "Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians" in Journal of the American Geriatrics Society, 36, p. 202-208.
- QUARTARARO M., O'NEILL T.J. (1990). "Nursing home admissions: the effect of a multidisciplinary assessment team on the frequency of admission approvals" in Community Health Studies, XIV, 1, p. 47-53.
- RACINE P., JOUBERT P. (1990). "L'évaluation et l'adaptation de pratiques auprès des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de changement" in Administration Hospitalière et Sociale, 36, 2, p. 37-41.

- RUBINSTEIN L.Z., JOSEPHSON K.R., WIELAND G.D., ENGLISH P.A., SAYNE J.A., KANE R.L. (1984). "Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial" in New England Journal of Medicine, 311, p. 1664-1670.
- SAUCIER A., LAFONTAINE P. (1991). Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986. Un portrait statistique des adultes à domicile et en établissement selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, coll. "Données statistiques et Indicateurs", 47 p. et annexes.
- TEMPLE J. (1988). "General practice follow-up of patients discharged from hospital" in The practitioner, 232, p. 148-152.
- TRAHAN L. en collaboration avec M. BOLDUC et L. BELANGER (1991). L'organisation et la dispensation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par les C.L.S.C. et les centres hospitaliers, devis d'une étude évaluative. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'Évaluation, coll. "Méthodologie et Instrumentation", 53 p. et annexes.
- WERTHEIMER D.S., KLEINMAN L.S. (1990). "A model for interdisciplinary discharge planning in a university hospital" in The Gerontologist, 30, 6, p. 837-840.

**ANNEXE 1**  
**LISTE DES ÉTABLISSEMENTS SÉLECTIONNÉS**

R.S.S.	DENSITÉ (1)	D.S.C.	RATIO HAD/HEB (2)	C.L.S.C.	C.H.S.C.D.	STATUT (3)	U.C.D.G. (4)
03	M	SAINT-SACREMENT	FAIBLE	HAUTE-VILLE	ST-SACREMENT	U	X
06	M	ST-LUC	FORT	CENTRE-VILLE	ST-LUC	U	X
06	M	STE-JUSTINE	MOYEN	CÔTE-DES-NEIGES	GÉNÉRAL JUIF	U	X
06	M	SACRÉ-COEUR	FAIBLE	AHUNSTIC	FLEURY	-	X
04	S-U	STE-CROIX	FAIBLE	DRUMMOND	STE-CROIX	-	X
07	S-U	OUTAOUAIS	MOYEN	HULL	C.H.R.O.	-	X
05	S-U	SHERBROOKE	MOYEN	S.O.C.	H.D. SHERBROOKE	-	X
11	F	GASPÉ	FORT	DE LA POINTE	H.D. GASPÉ	-	-
09(5)	F	BAIE-COMEAU	FORT	L'AQUILON	HÔPITAL BAIE- COMEAU	-	-

(1) : M : Secteur très urbain ou métropole

S-U : Secteur urbain ou semi-urbain

F : À faible densité de population

(2) : Ratio de la richesse en ressources de soutien à domicile sur les ressources d'hébergement institutionnelles sur la base du territoire du D.S.C.

(3) : U : C.H.S.C.D. ayant un statut universitaire

(4) : Le X indique la présence d'une unité de courte durée gériatrique dans le C.H.S.C.D. Nous avons aussi tenu compte d'autres particularités de fonctionnement des services aux personnes âgées.

(5) : Cette région expérimente de nouveaux mécanismes d'orientation et d'admission.

N.B. Le centre hospitalier de Verdun et le C.L.S.C. Les Jardins du Québec, en Montérégie, s'ajoutent à cette liste, les informations recueillies lors du pré-test ayant été intégrées aux autres. Aucun client n'a été contacté dans ces secteurs.

## ANNEXE 2

### **LISTE DES NOMS DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'ORGANISATION ET DE LA BONNE MARCHE DES OPÉRATIONS RELATIVES À LA RECHERCHE DANS CHACUN DES MILIEUX**

Madame Renée Auger, C.L.S.C. Haute-Ville, Québec  
Monsieur Claude Morier, C.L.S.C. Haute-Ville, Québec  
Monsieur Yves Bessette, C.L.S.C. Les Jardins du Québec  
Madame Jeannine Loïselle, C.L.S.C. Hull  
Madame Denyse Marier, C.L.S.C. Ahuntsic  
Madame Andrée Ménard, C.L.S.C. l'Aquilon, Baie-Comeau  
Madame Céline Mondou, C.L.S.C. Drummond  
Madame Marie-Thérèse Proulx, C.L.S.C. Côte-des-Neiges  
Madame Justiane Ruel, C.L.S.C. Centre-Ville, Montréal  
Madame Lucette Samuel, C.L.S.C. La Pointe, Gaspé  
Monsieur Mario Tardif, C.L.S.C. SOC, Sherbrooke

Monsieur André Bianki, Hôpital de Verdun  
Monsieur Raymond Coulombe, centre hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé  
Monsieur Gaétan Godbout, centre hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke  
Madame Réjeanne Guertin, Hôpital Saint-Sacrement, Québec  
Madame Sandra Kogan, Hôpital général Juif, Montréal  
Madame Monique Laguë, centre hospitalier Fleury, Montréal  
Monsieur Pierre Levasseur, Hôpital Sainte-Croix  
Madame Suzanne Poulin, centre hospitalier régional de l'Outaouais, Hull  
Monsieur Normand St-Laurent, centre hospitalier régional de Baie-Comeau  
Madame Louissette Strauss, Hôpital Saint-Luc, Montréal

**Madame Évelyne Sauvé, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent**

**Monsieur Henri Ouellet, Régie régionale de Québec**

**Madame Monique Martel, Régie régionale de Mauricie-Bois-Francs**

**Madame Ginette St-Hilaire, Régie régionale de l'Estrie**

**Madame Renée O'Dwyer, Régie régionale de Montréal-Centre**

**Monsieur André Charette, Régie régionale de l'Outaouais**

**Madame Claire Desroches, Régie régionale de la Côte-Nord**

**Madame Michèle Moatti, C.S.S. Juif à la famille de Montréal**

**Madame Louise Gessop, C.S.S. Ville-Marie**

**Monsieur André Lajeunesse, B.S.S. Centre-Nord**

**Monsieur Yves Jolicoeur, B.S.S. Centre-Ville**

# COLLECTION ÉTUDES ET ANALYSES

## DERNIERS TITRES PARUS

- (DGPE\* #18) **L'état de santé perçu et les habitudes de vie des corésidents de personnes présentant des troubles mentaux.**  
(D. ST-LAURENT, Direction de la planification, 1993)
- (DGPE #17) **Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie.**  
(C. MOISAN et S. LAFLAMME-CUSSON, Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE #16) **La qualité des soins et services: un cadre conceptuel.**  
(Y. BRUNELLE, Direction de l'évaluation, 1993)
- (DGPE #15) **Les programmes de soutien familial: une alternative au placement des jeunes?**  
(L. GARANT, Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE #14) **Situation dans les salles d'urgence 1988-1991.**  
(M. BRETON et F. CAMIRAND, Direction de l'évaluation, 1992)
- (DGPE #13) **La mortalité au Québec et dans les régions socio-sanitaires; évolution de 1976 à 1986.**  
(P. LAFONTAINE, Direction de la planification, 1991)
- (DGPE #12) **Le système québécois d'aide aux jeunes en difficulté et à leurs parents: esquisse et questions.**  
(P. ROBERGE, Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE #11) **Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission: description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel.**  
(L. BÉLANGER, M. BOLDUC et L. TRAHAN, Direction de l'évaluation, 1991)
- (DGPE #10) **Évolution des interventions obstétricales au Québec 1981-1982 à 1987-1988.**  
(M. LEVASSEUR, Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE #9) **Évolution des indications de césariennes au Québec 1981-1982 à 1986-1987.**  
(M. LEVASSEUR, Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE #8) **L'aide par les proches: mythes et réalités. Revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels.**  
(L. GARANT et M. BOLDUC, Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE #7) **Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. Dossier I: La prévention. Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. Dossier II: La réadaptation.**  
(C. CHAMBERLAND, Direction de l'évaluation, 1990)
- (DGPE #6) **Les coûts directs et indirects du sida au Québec, 1987, 1991, 1996.**  
(D. BOUCHARD et F. CAMIRAND, Direction de l'évaluation, 1989)
- (DGPE #5) **Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans des établissements d'hébergement: une revue de littérature.**  
(L. TRAHAN, Direction de l'évaluation, 1989)
- (DGPE #4) **Finlande, Norvège et Suède : Points d'intérêt des systèmes de santé.**  
(Y. BRUNELLE et D. OUELLET 1989)
- (DGPE #3) **Les programmes québécois d'aide aux conjoints violents: rapport sur les seize organismes existant au Québec.**  
(G. RONDEAU, M. GAUVIN et J. DANKWORT, Direction de l'évaluation, 1989)

---

\* DGPE: Direction générale de la planification et de l'évaluation

- (DGPE #2) **Des organisations de soins intégrés de santé (OSIS) au Québec.**  
(Y. BRUNELLE, D. OUELLET et S. MONTREUIL, Direction de l'évaluation, 1988)
- (DGPE #1) **Une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans les institutions psychiatriques du Québec.**  
(P. ROBERGE et al., Direction de l'évaluation, 1988)
- (DE\* #32) **Enseignements à retenir des HMO américains.**  
(Y. BRUNELLE et D. OUELLET 1988)
- (DE #31) **Comparaison interprovinciale de l'évolution des dépenses de santé et de quelques indicateurs socio-économiques avec analyse particulière pour le Québec et l'Ontario de 1977 à 1985.**  
(D. FUGÈRE et R. CÔTÉ 1988)
- (DE #30) **L'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle: Bilan du processus vécu dans 5 centres d'accueil québécois de réadaptation.**  
(M. BOLDUC, C. CHAMBERLAND et L. LAVOIE 1988)
- (DE #29) **Évaluation du programme des aides auditives de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.**  
(L. TRAHAN 1987)
- (DE #28) **CRSSS et décentralisation de 1972 à 1987, bilan d'une recherche.**  
(J. TURGEON 1987)
- (SESS\*\* #4) **Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1985): description des données québécoises.**  
(M. CLARKSON 1987)
- (SESS #3) **Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités.**  
(M. ROCHON 1986)
- (SESS #2) **La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec, 1979-1983.**  
(R. PAMPALON 1986)
- (SESS #1) **L'état de santé des Québécois. Un bref bilan des indicateurs disponibles.**  
(R. PAMPALON 1986)
- (DE #27) **La politique et les programmes de services à domicile: constats et réflexions évaluatives.**  
(M. BOLDUC 1986)
- (DE #26) **L'efficacité du programme d'auto-traitement de l'hémophilie.**  
(S. MONTREUIL 1987)
- (DE #25) **Utilisation des ressources humaines dans le secteur hospitalier au Québec, 1979-1980 à 1984-1985.**  
(M. BEAUPRÉ et P. BOUCHER 1986)

La collection Études et Analyses, publiée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation, prend la suite de la collection qui porte le même nom, produite par la Direction de l'évaluation de 1982 à 1988 (#1 à #32), ainsi que de la collection Études de santé du Service des études socio-sanitaires de 1986 à 1987 (#1 à #4).

La liste complète des documents déjà publiés est disponible à l'adresse suivante:  
MSSS, Direction de l'évaluation, 1075, Chemin Ste-Foy, 3è étage, Québec, G1S 2M1  
Tél.: (418) 646-8890

\* DE: Direction de l'évaluation

\*\* SESS: Service des études socio-sanitaires



SANTÉ PUBLIQUE  
Hôpital de Saint-Richard  
435, rue Saint-Jacques  
Saint-Jean-sur-Richelieu, Qc  
J3B 2M1

B 10,277

E-2341

ex.2 Trahan, L. et al.

AUTEUR

Une évaluation de la prestation de services ds les CLSC et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux

TITRE

B 10,277  
ex.2

SANTÉ PUBLIQUE  
Hôpital de Saint-Richard  
435, rue Saint-Jacques  
Saint-Jean-sur-Richelieu, Qc  
J3B 2M1

