



Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel

Nicole Dubuc¹, Michel Tousignant¹, Johanne
Desrosiers¹, Marie-France Dubois¹, Chantal Caron¹,
Louis Demers², Richard Marceau², Sylvain Bernier²,
André Tourigny³

¹ Centre de recherche sur le vieillissement.

² École d'administration publique de Québec

³ INSPQ et Unité de recherche en gériatrie de l'U.L.



Plan de la présentation

1. Brève présentation du programme
2. Objectifs de l'évaluation
3. Méthodologie
4. Principaux résultats
5. Les messages
6. Autres projets et tendances
7. Questions



1. Brève présentation du programme

Contexte et nature du programme

- Contexte du programme
- Des organismes publics, privés à but lucratif ou privés à but non lucratif offrent des services d'habitation
- Un contrat les lie à un CSSS
- Le CSSS est subventionné par le MSSS pour dispenser les services sociaux et de santé

Historique du programme

- Lancement du programme en 2003
- Implanté en trois phases :
 - 12 en juillet 2004
 - 10 en février 2005
 - 9 à l'été 2005
 - Total potentiel : 31 projets novateurs
- Critères d'admissibilité :
 - clientèle, milieu de vie, organisation des services, qualité, financement, réglementation
- Choix d'une équipe pour une évaluation du programme en 2006

Objectifs du programme

- Rendre disponible aux aînés en perte d'autonomie des projets novateurs qui :
 - Offrent un environnement physique sécuritaire
 - Dispensent l'ensemble des services appropriés, incluant des services sociaux et de santé
 - Offrent la possibilité pour ses résidants d'y finir leurs jours
 - Offrent la possibilité pour leurs résidants de :
 - » maintenir des liens significatifs avec leurs proches et la communauté
 - » cohabiter avec leur conjoint ou un autre proche s'ils le désirent
 - Soient financièrement accessibles et viables, c'est-à-dire qu'ils permettent :
 - » aux personnes aux revenus modestes d'y résider
 - » au propriétaire d'une résidence privée de réaliser des profits raisonnables
 - » au propriétaire d'un immeuble de logements sociaux de faire ses frais

2. Objectifs de l'évaluation



Objectif principal

- Évaluer si les NFH permettent au réseau de la santé et des services sociaux de répondre aux besoins des aînés et de leurs proches de façon comparable ou supérieure aux CHSLD

Objectifs spécifiques

1. Repérer les facteurs qui favorisent ou contraignent la mise en œuvre des NFH
2. Mesurer les effets des NFH auprès des résidants et des proches
3. Rendre compte de la pertinence des NFH

3. Méthodologie



Dispositif et volets de l'étude

- Devis transversal = une seule évaluation
- Deux volets:
 - Une étude comparative entre NFH et CHSLD
 - Une étude de cas multiples avec 8 NFH

Étude comparative

■ Évaluation des usagers

- Groupe principal : 5 résidants par NFH choisis au hasard (- de 25 résidants) et 10 pour plus de 25
- Groupe de comparaison : 5 ou 10 résidants possédant les mêmes caractéristiques dans le CHSLD du même territoire

■ Cette collecte a permis de documenter...

- Pour les résidants :
 - » Les caractéristiques des clientèles
 - » Les effets auprès des résidants
- Pour les établissements
 - » Les caractéristiques physiques et organisationnelles des NFH et CHSLD
 - » Les coûts des NFH

Étude de cas multiples

- Documents du MSSS, études et avis produits (ex: Conseil des aînés), sites de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et de la Régie du bâtiment du Québec (RBQ).
- 3 entrevues avec informateurs MSSS et SHQ
 - Raison d'être et nature du programme
- Échantillon de 8 NFH (2 responsables: CSSS et NFH et 2 intervenants) (n=35)
 - Milieu géographique
 - Nature du partenariat

Étude de cas multiples

■ Les 8 NFH

- Formulation des projets
- La mise en œuvre des projets
- Effets perçus (regard sur le programme et objectifs du programme)
- Facteurs facilitants et contraignants

■ Entrevues qualitatives auprès de 30 aidants familiaux dans les 8 NFH (2 en NFH et 2 en CHSLD)

- Satisfaction, qualité, et autre



4. Principaux résultats





**Obj. 1. Repérer les facteurs
qui favorisent ou contraignent
la mise en œuvre des NFH**



Les questions de la mise en oeuvre

- La clientèle sélectionnée correspond-t-elle à celle prévue initialement?
- L'aménagement physique des lieux correspond t-il à ce qui était planifié?
- L'approche utilisée pour assurer la dispensation des services requis par l'état des usagers correspond-t-elle à celle prévue?
- Est-ce que le programme permet aux résidents des NFH d'y demeurer jusqu'en fin de vie?
- Est-ce que le programme permet aux résidents des NFH de maintenir des liens significatifs avec leurs proches ?
- La cohabitation entre conjoints ou proches est-elle possible, et ce, selon les modalités prévues initialement?

Les questions de la mise en oeuvre

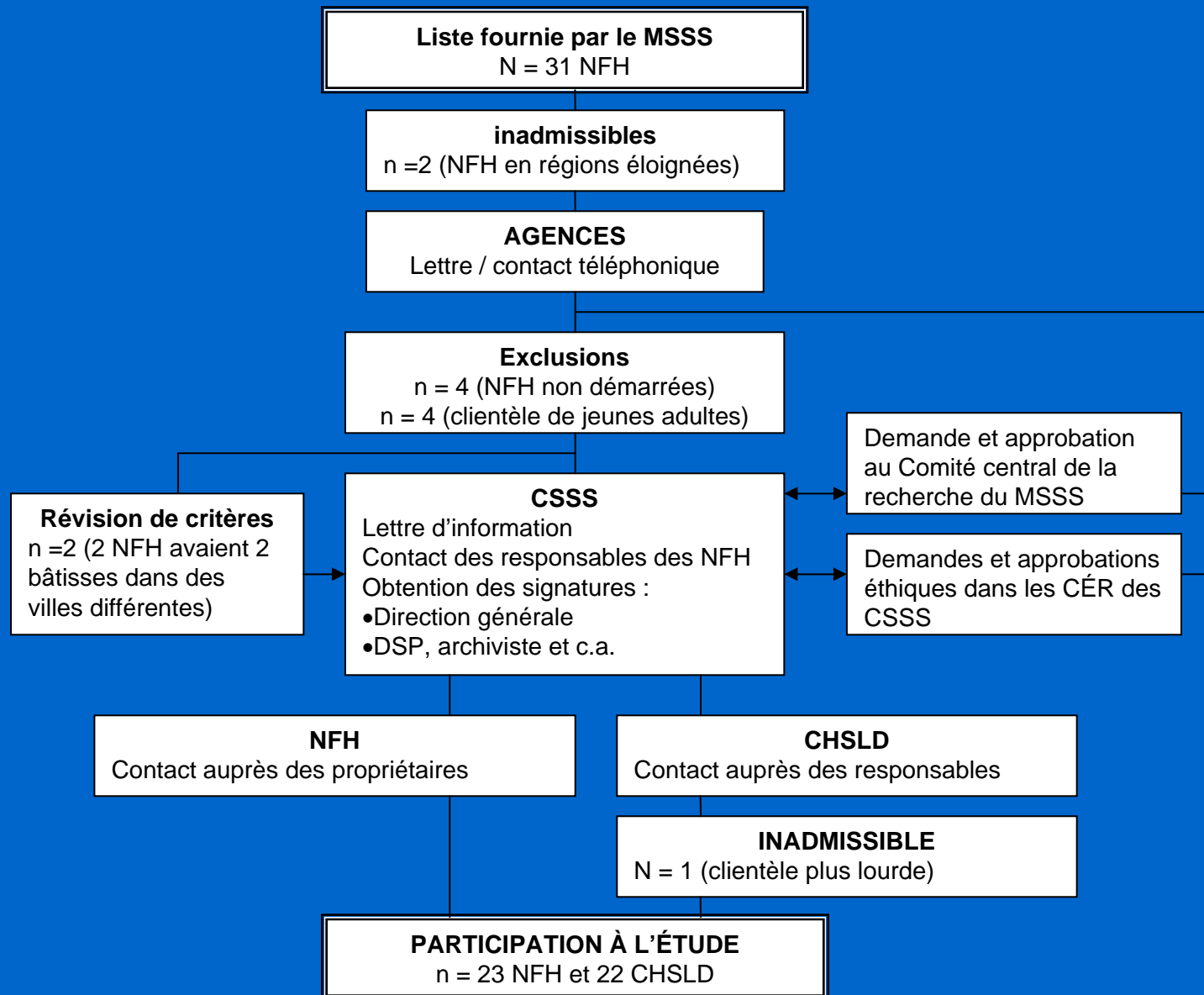
- Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs?
- Le partenariat instauré correspond-t-il à celui prévu initialement?
- Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou de contraindre la réalisation des projets novateurs?



Participation des établissements et des résidants



Recrutement des ressources



Recrutement des résidents

NFH

Résidents potentiels dans les 23 NFH
(n=312)

RÉSIDENTS EXCLUS

Résidents âgés de moins de 65 ans
Résidents depuis moins de 3 mois (n=58)

Approche des résidents par un
intervenant du CSSS (sélection aléatoire)

Liste de tous les résidents ayant
accepté d'être contactés

Contact des résidents choisis au hasard (n=130)

Refus exprimé par les résidents (n=5) et
résidents hospitalisés (n=4)

ÉVALUATION DES RÉSIDENTS (n=121)

CHSLD

Résidents potentiels dans les 22 CHSLD
(n=1818)

RÉSIDENTS EXCLUS

Résidents âgés de moins de 65 ans
Résidents depuis moins de 3 mois

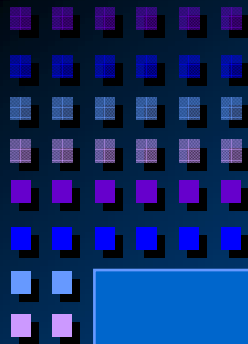
Identification de résidents similaires en termes
d'âge, du sexe et du profil d'autonomie

Approche des résidents par un
intervenant du CSSS

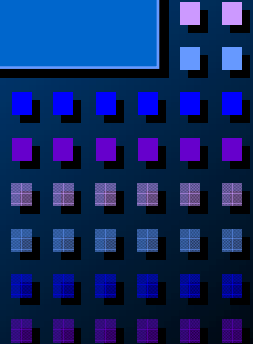
Contact des résidents (n=123)

Refus exprimé par les résidents (n=4)
Retrait par les chercheurs (n=2)

ÉVALUATION DES RÉSIDENTS
(n =117)



**La clientèle sélectionnée
correspond-t-elle à celle
prévue initialement?**



La clientèle sélectionnée correspond-elle à celle prévue initialement?

- Données sociodémographiques
- Autonomie fonctionnelle
- Fonctionnement cognitif
- Symptômes comportementaux de la démence
- Fonctionnement social

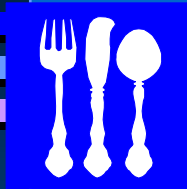
Caractéristiques sociodémographiques

- Âge moyen de 83 ans
- 69 % de femmes
- 60 % sont veufs
- 95 % francophones
- 50 % scolarité entre 5 et 8 ans
- 80 % revenu annuel < 25 000\$
- 20 % jugent que permet difficilement ou pas la satisfaction des besoins

Caractéristiques sociodémographiques (suite)

- Environ 90 % des résidants vivent seuls
- 7 % avec un conjoint en NFH contre 1 % en CHSLD
- En CHSLD, 12 % des sujets partagent une chambre
- 87 % (NFH) et 92 % (CHSLD) enfants près du domicile
- 50 % visite sign. > 1 fois/sem.
- Faible proportion moins 1 fois/sem.

Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)



Se nourrir
Se laver
S'habiller
Entretenir sa personne
Fonction vésicale
Fonction intestinale
Toilette



Transferts
Marcher à l'intérieur
Installer prothèse
Fauteuil roulant int
Escaliers
Circuler à l'extérieur



Voir
Entendre
Parler



Mémoire
Orientation
Compréhension
Jugement
Comportement



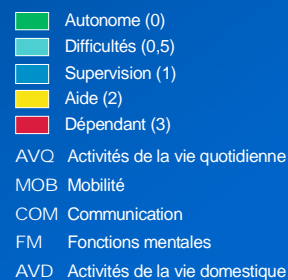
Entretenir la maison
Préparer les repas
Faire les courses
Faire la lessive
Utiliser le téléphone
Utiliser moyens de transport
Prendre les Rx
Administrer budget

PROFILS ISO-SMAF

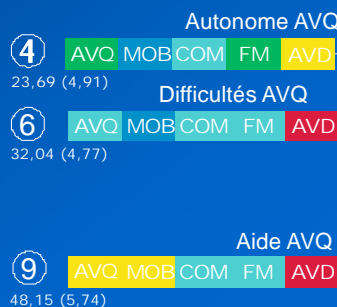
CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES



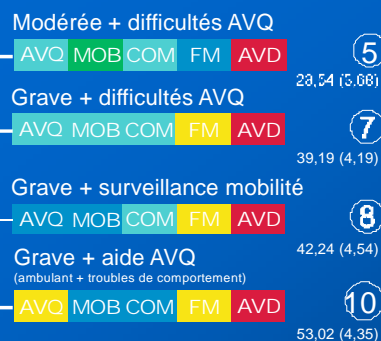
LÉGENDE



CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE

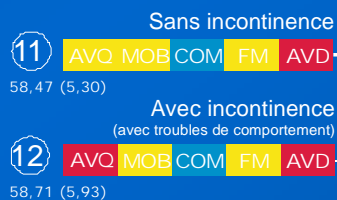


CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE



ATTEINTE MIXTE MOTRICE + MENTALE

CATÉGORIE 4: AIDE À LA MOBILITÉ



CATÉGORIE 5: ALITÉ ET DÉPENDANT AVQ



PROFILS ISO-SMAF

CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES

Difficultés
① AVQ MOB COM FM AVD
9,33 (3,58)

Supervision
② AVQ MOB COM FM AVD
13,23 (4,19)

Aide
③ AVQ MOB COM FM AVD
19,76 (3,59)

LÉGENDE

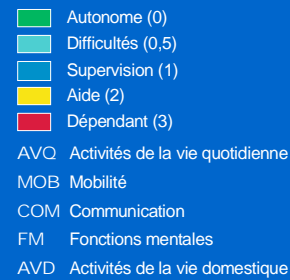
- Autonome (0)
 - Difficultés (0,5)
 - Supervision (1)
 - Aide (2)
 - Dépendant (3)
- AVQ Activités de la vie quotidienne
MOB Mobilité
COM Communication
FM Fonctions mentales
AVD Activités de la vie domestique

PROFILS ISO-SMAF

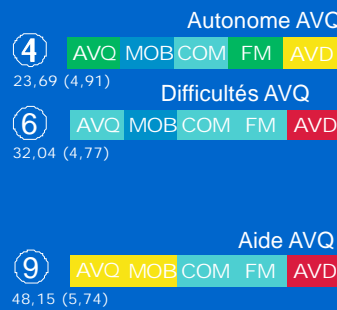
CATÉGORIE 1: ATTEINTE AUX TÂCHES DOMESTIQUES



LÉGENDE



CATÉGORIE 2: ATTEINTE MOTRICE PRÉDOMINANTE

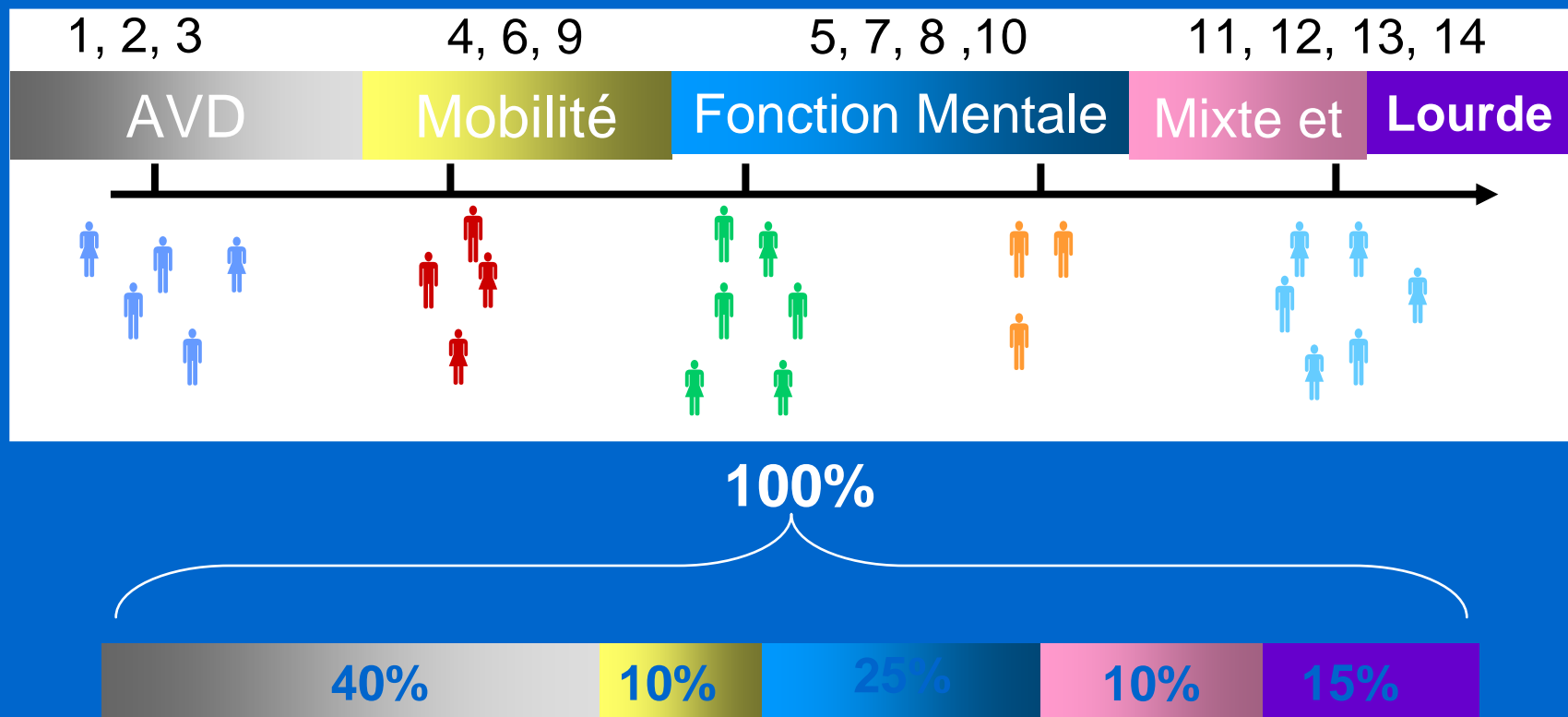


CATÉGORIE 3: ATTEINTE MENTALE PRÉDOMINANTE



ATTEINTE MIXTE MOTRICE + MENTALE

Portrait rapide des clientèles



Profils d'autonomie des résidents

AVD

Mobilité

Cognitif

Mixte et lourde

CHSLD

NFH

15 %

65 %

20 %

NFH TOTAL

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

- Profil 1
- Profil 2
- Profil 3
- Profil 4
- Profil 6
- Profil 9
- Profil 5
- Profil 7
- Profil 8
- Profil 10
- Profil 11
- Profil 12
- Profil 13
- Profil 14

Profils d'autonomie des résidents

AVD

Mobilité

Cognitif

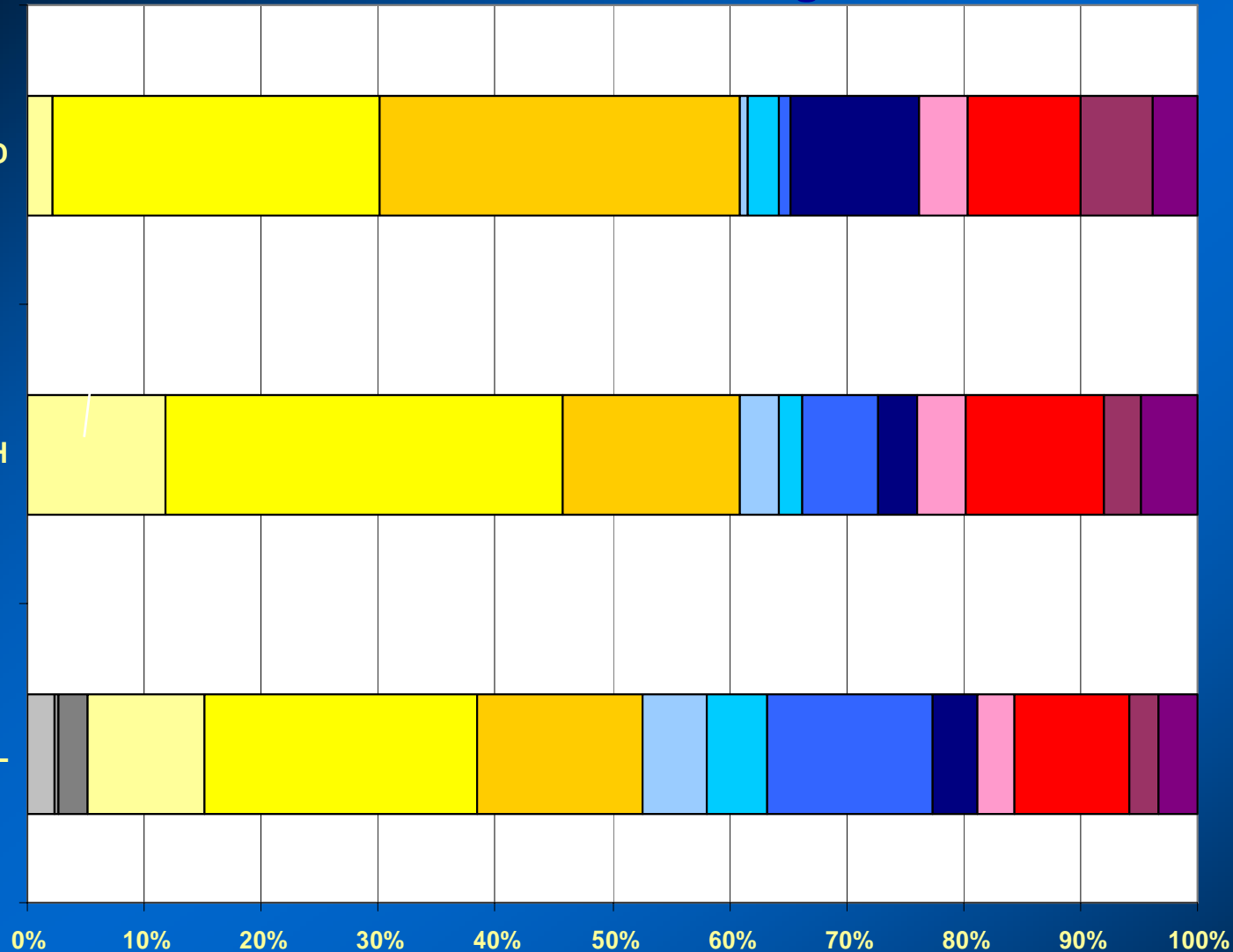
Mixte et lourde

CHSLD

NFH

NFH TOTAL

- Profil 1
- Profil 2
- Profil 3
- Profil 4
- Profil 6
- Profil 9
- Profil 5
- Profil 7
- Profil 8
- Profil 10
- Profil 11
- Profil 12
- Profil 13
- Profil 14



AVD

Mobilité

Cognitif

Mixte et lourde

Recensement
CHSLD de l'Estrée

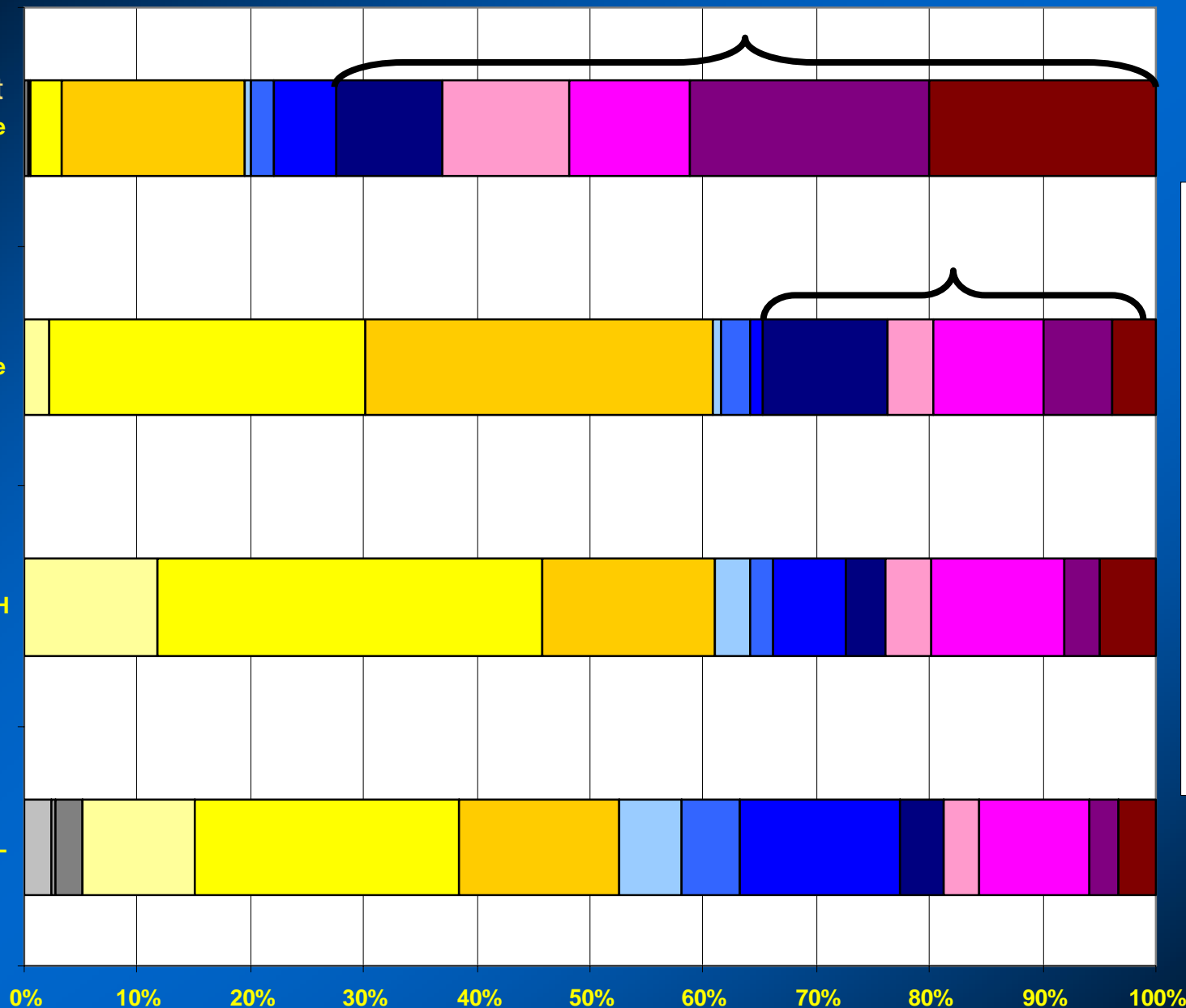
CHSLD de l'étude

Cas
appariés

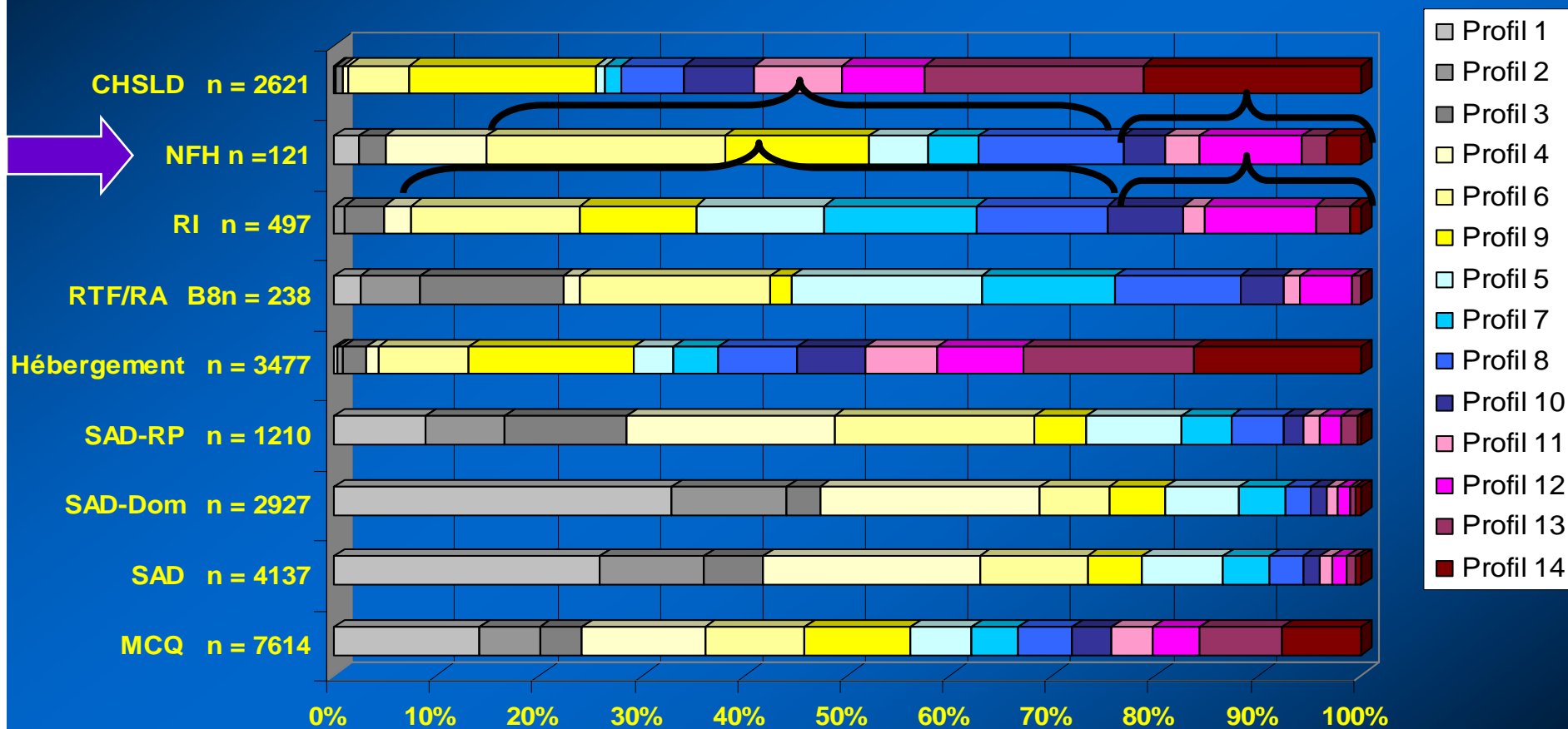
NFH

NFH TOTAL

- Profil 1
- Profil 2
- Profil 3
- Profil 4
- Profil 6
- Profil 9
- Profil 5
- Profil 7
- Profil 8
- Profil 10
- Profil 11
- Profil 12
- Profil 13
- Profil 14



Distribution des 14 profils par type de ressource pour la Mauricie et le Centre-du-Québec



Recensement

Projet monitoring du profil clinique, Données définitives, 25/04/2005

Évaluation des fonctions cognitives

- MMSE de Folstein
- La moitié des sujets n'ont pu être évalués ré: disposition de l'article 21 (donc présence troubles cognitifs)
- Pour les 49 paires disponibles, il n'y a pas de différence
- 65 % à 74 % ont des fonctions bien préservées

Évaluation des comportements

- Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield
 - 4 types: verbaux agressifs, physiques agressifs, non agressifs physiques, non agressifs verbaux
- au moins un des symptômes comportementaux de la démence :
 - 42 % des résidants en NFH et 54 % en CHSLD
- Parmi ceux-ci:
 - 1/3 comportements physiques non agressifs comme fouiller dans les affaires des autres, errance et tenter de se sauver
 - 1/3 problèmes verbaux non agressifs tels que crier, émettre des bruits étranges ou présenter des demandes constantes d'attention
 - 1/3 réparti entre problèmes verbaux et physiques agressifs
- Présentation de ces comportements est peu fréquente (moins d'une fois par semaine).

Évaluation du fonctionnement social

- SMAF social (6 items)
 - Occuper son temps libre
 - Maintenir ou créer des liens significatifs
 - Utiliser les ressources de son milieu
 - Agir de façon appropriée
 - Accomplir des rôles sociaux
 - Exprimer ses désirs, ses idées
- Score total, pas de différences : présentent en moyenne peu de difficultés au plan social.
- Des différences significatives entre les deux groupes
 - les résidents des NFH utilisent mieux les ressources de leur milieu
 - et accomplissent mieux leurs rôles sociaux (qualité, la quantité et la capacité d'exécuter les rôles primaires : marital, parental et travail/bénévolat) que les résidents en CHSLD

Résumé

- La clientèle dans les NFH est très hétérogène que ce soit au plan de l'autonomie, du fonctionnement cognitif ou social.
- Dans l'ensemble, 26 % ont de lourdes incapacités similaires à celles en CHSLD.
- 5 NFH = CHSLD
- 18 NFH avec des niveaux d'incapacités plutôt modérés (plus comparables à ceux en RI).
- Correspond en partie



***L'aménagement physique
des lieux correspond t-il
à ce qui était planifié?***



Grille d'évaluation (toute la résidence)

- **Partie descriptive** : nombre et type d'unités, statut de la ressource, type de ressources, permis, attestations et autorisations, description de la clientèle, regroupement de clientèles, description du personnel et ratio, description des services
- **Partie quantitative** : 15 dimensions avec un score total sur 100 pour chacune ; un score élevé indique la présence d'un plus grand nombre d'éléments répondant à un besoin particulier (ex: soutien à l'autonomie, sécurité, confort, etc.)

Statuts et types d'unités locatives

- 10 RP ABL, 6 HLM et 7 OBNL-H
- 10 NFH: chambres; 6 HLM : logements; et 7 NFH mixtes
- En CHSLD : chambres (55 % partagées)
- Moyenne au total de 60 résidants
 - 5 (<20); 15(20-50); 8 (> 50)
- De 3 à 53 résidants NFH (moyenne de 15)

Proportion des clientèles

- Personnes autonomes : de 13 à 68 %
- Troubles cognitifs : 4 à 83 % (2 dédiés)
- Troubles de mobilité : 16 à 73 %
- Santé mentale : 2 (25 %), 4 %
- DI : 12 NFH : 5 %

Politiques d'admission et de rétention

- 9 NFH n'admettent pas les personnes avec des symptômes comportementaux de la démence (SCD) même si légers
- Plusieurs n'admettent pas (20/23) ou ne gardent pas (21/23) les personnes avec de graves SCD
- La moitié des NFH ne peuvent assurer une présence professionnelle continue (24 heures /24)
- 8 NFH ne peuvent offrir les ressources pour l'aide à l'alimentation
- Dans 2 NFH les personnes avec des problèmes de mobilité sont exclues

Sommaire des dimensions

- En moyenne, les 2 milieux sont comparables pour :
 - Commodités pour usager en fauteuil roulant
 - Environnement soutenant l'autonomie
 - Politiques organisationnelles
 - Contrôle personnel
 - -Interactions sociales

Sommaire des résultats

Les CHSLD sont mieux pourvus pour :

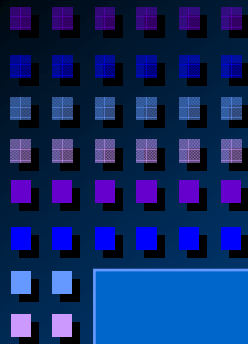
- Commodités physiques générales de la ressource
- Commodités pour usagers avec déficits cognitifs
- Politiques d'admission
- Politiques de rétention « Aging in place »
- Clarté des politiques
- Disponibilité des services
- Sécurité
- Activités et loisirs

Sommaire des résultats (suite)

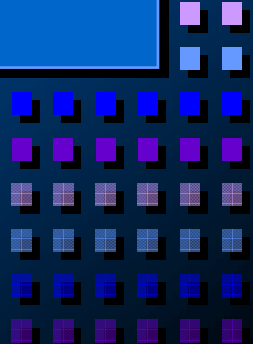
- Les NFH sont mieux pourvues pour :
 - Confort
 - Intimité
 - Aspect familial

Globalement

- Milieux aussi variés que le sont les besoins des résidants.
- Domicile àforme d'hébergement
- Dans l'ensemble, les NFH...
 - sont des milieux d'aspect plus familial que les CHSLD ;
 - ont des unités locatives meublées par les fournitures personnelles ;
 - sont très bien adaptées pour admettre les personnes avec un F.R. / environnements qui soutiennent l'autonomie ;
 - sont généralement moins bien pourvues pour recevoir des personnes avec des troubles cognitifs (surtout les fumeurs) ;
 - sont sécuritaires ;
 - utilisent moins de moyens formels pour renseigner les usagers en cas d'incendie et ont moins de gicleurs.



***L'approche utilisée pour
assurer la dispensation des
services requis par l'état des
usagers correspond t-elle à
celle prévue ?***



*L'approche utilisée pour assurer la dispensation
des services requis par l'état des usagers
correspond t-elle à celle prévue ?*

- Plusieurs sources d'informations
- SMAF (section incapacités) services requis (section handicap) services fournis
- Type de services (grille)
- Études de cas multiples
- Entrevues avec les familles

Requis versus fournis

■ Requis :

- 2hrs/ jour en moyenne en NFH versus 2.4 hrs/ jour en CHSLD (< 1hrs à > 3 hrs)

■ Fournis:

- Majoritairement comblés
- 6 sujets en NFH et 15 CHSLD (pas complètement), mais dans quelques résidences dans les 2 cas
- NFH: Bain, repas, entretien personne, courses
- CHSLD: Bain, entretien personne, utiliser les toilettes, circuler à l'extérieur, comportement et entretien de la chambre

Les soins et services fournis en NFH

■ Soins infirmiers :

- majoritairement prodigués par le CSSS

■ Aide et d'assistance :

- dispensés par des auxiliaires familiaux provenant du CSSS ou par des préposés aux bénéficiaires de la résidence ou d'un organisme tiers (ex. : coopérative de services)

■ Surveillance de nuit :

- majoritairement assumée par la présence d'au moins un préposé aux bénéficiaires (ou auxiliaire familial), mais un surveillant sans formation clinique est parfois payé pour occuper cette fonction

Les soins et services fournis en NFH

- Préparation des repas, les services de l'entretien ménager et de la buanderie
 - sont offerts par les employés de la ressource (2 cas par COOP)
- Présence régulière d'un t.s., ergo ou physio
 - Dans 12 NFH mais peu fréquente. Pour les autres : au besoin
- Services médicaux
 - médecin traitant, 2 (entente régulière), 10 entente (PRN)



*Est-ce que le programme permet aux
résidents des NFH d'y demeurer
jusqu'en fin de vie?*

« *Vieillir sur place* »

- Difficile de statuer catégoriquement (devis transversal)
- Éléments qui permettent d'en juger
 - Présence d'une certaine proportion de pers. en lourde perte d'autonomie
 - Présence de critères de rétention plus souples que ceux à l'admission
 - Certains résidants ont pu y vivre leurs derniers jours
 - Plusieurs NFH ont dit que le transfert n'était pas toujours nécessaire en fin de vie

« *Vieillir sur place* »

- La majorité des NFH ne sont pas en mesure de répondre à ce besoin
 - Limites liées à l'environnement physique concernant les commodités pour les usagers avec déficits cognitifs ou en perte d'autonomie physique sévère
 - Absence d'un suivi professionnel 24 / hrs sur 24
 - Présence de critères d'admission restrictifs



***Est-ce que le programme permet
aux résidents des NFH de
maintenir des liens significatifs
avec leurs proches ?***



Maintenir des liens avec les proches

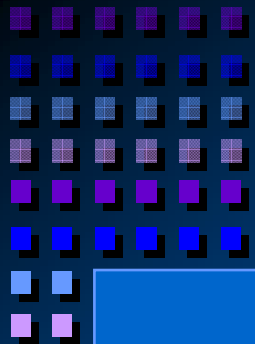
■ Objectif atteint

- La moitié des résidants ont reçu la visite de personnes significatives plus d'une fois par semaine
- La dimension relations interpersonnelles de l'outil « participation sociale » montre que les résidants maintiennent les relations avec leur famille de manière supérieure à ce qui s'applique en CHSLD.

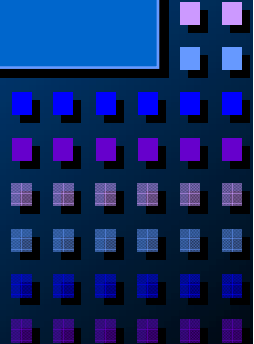
■ Les aidants familiaux apprécient

- Se sentir bienvenus (fêtes, activités, réunions, etc.)
- Pouvoir faire ce qu'ils veulent et y aller à n'importe quel moment.

■ Le maintien des liens avec leur proche est facilité par la place que le personnel leur donne, proximité du milieu de vie, le fait que l'environnement est agréable et la rétroaction positive donnée par le personnel



La cohabitation entre conjoints ou proches est-elle possible, et ce, selon les modalités prévues initialement?



La cohabitation entre conjoints ou proches est-elle possible, et ce, selon les modalités prévues initialement?

- Possible dans plusieurs NFH mais pas fréquente
- Point de vue des familles : pas souhaitée
- Situation de vie antérieure et santé des 2 personnes
- Peut apporter certaines difficultés
 - Le transfert en CHSLD d'un résidant a contraint sa conjointe à quitter le PN (ne satisfaisait pas aux critères de sélection)
 - Au décès de son conjoint, une épouse a pu garder la chambre double que le couple occupait (...rentabilité)
 - Les chambres doubles d'une résidence privée, qui devaient recevoir des couples, ne sont en général occupées que par une seule personne, ce qui réduit la rentabilité de l'entreprise
 - On ne peut pas admettre 2 conjoints dans un PN si une seule place est disponible ou si le budget du projet ne permet pas d'y intégrer du même coup 2 personnes qui demandent des soins

***Les modalités de financement
correspondent-elles à ce qui était
initialement planifié du point de
vue des dispensateurs ?***



Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs ?

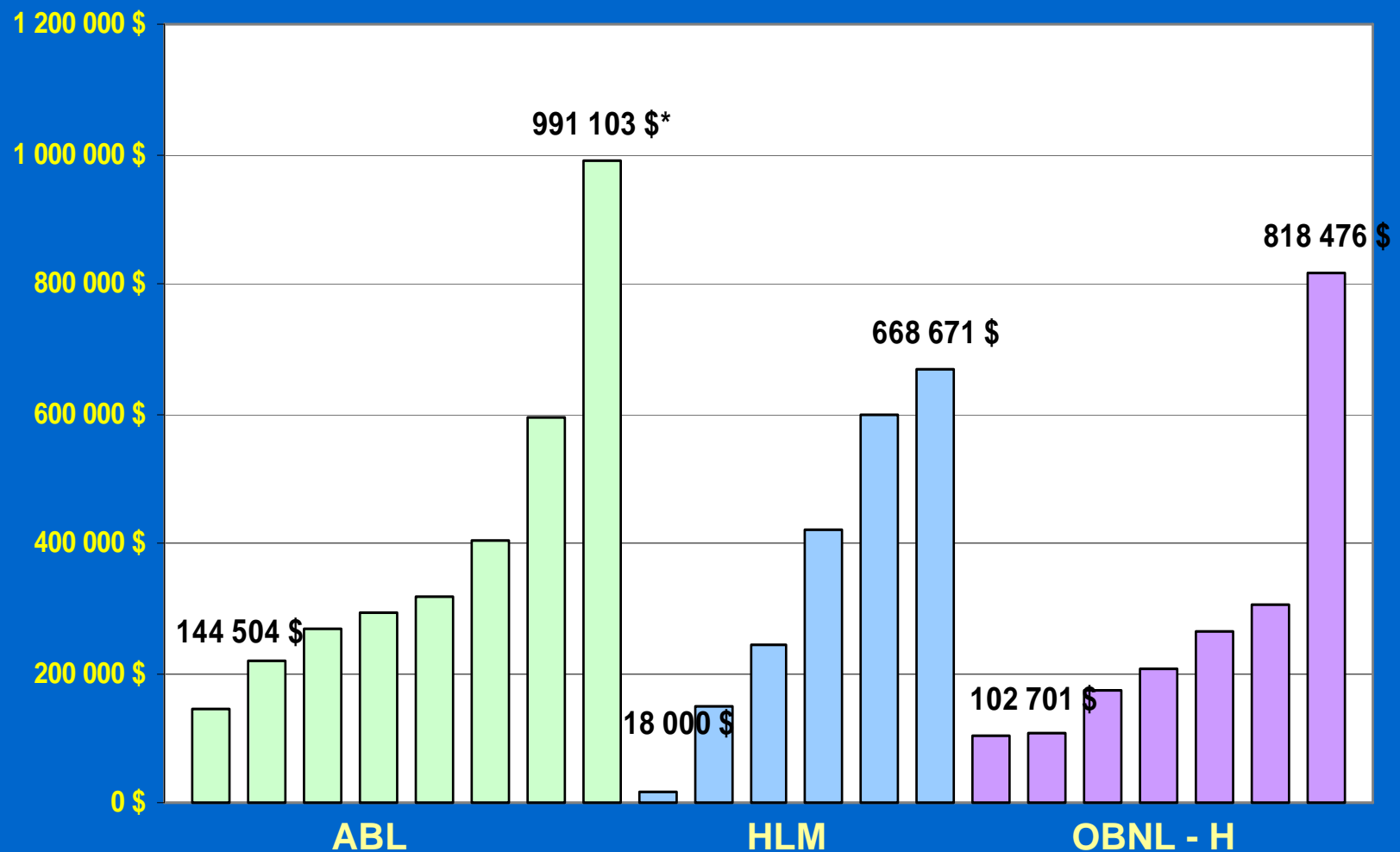
■ Sources d'informations

- Étude des coûts des NFH
 - » par Michel Tousignant
- Étude de cas multiples
- Entrevues qualitatives avec les responsables (8 NFH)
 - » par Louis Demers

3. Principaux résultats



L'utilisation de la subvention



Total versé entre 2006 – 2007 pour 22 NFH: 7 303 972\$

Note : Inclut 22 NFH, dont deux ABL qui sont regroupées.

L'utilisation de la subvention

\$ / jour

	Soins et services	Matériel de soutien à l'autonomie	Support administratif	Surplus	Total
Tous les milieux	55 \$¹ (88 %)	2\$ (3 %)	2 \$ (4 %)	4 \$ (6 %)	62 \$
ABL (n = 9)	56 \$ (80 %)	1,26 \$ (2 %)	3 \$ (4 %)	10 \$ (14 %)	70 \$
HLM (n = 6)	66 \$ (84 %)	3 \$ (3%)	1 \$ (1 %)	9 \$ (12 %)	79 \$
OBNL-H (n = 7)	64 \$ (90 %)	2 \$ (3%)	1 \$ (2 %)	3 \$ (4 %)	71 \$

¹ Moyenne du coût journalier par résident (pourcentage du total de la subvention)

L'utilisation de la subvention

\$ / jour

	Soins et services	Matériel de soutien à l'autonomie	Support administratif	Surplus	Total
Tous les milieux	55 \$¹ (88 %)	2 \$ (3 %)	2 \$ (4 %)	4 \$ (6 %)	62 \$
ABL (n = 9)	56 \$ (80 %)	1 \$ (2 %)	3 \$ (4 %)	10 \$ (14 %)	70 \$
HLM (n = 6)	66 \$ (84 %)	3 \$ (3%)	0,90 \$ (1 %)	9 \$ (12 %)	79 \$
OBNL-H (n = 7)	64 \$ (90 %)	2 \$ (3%)	1 \$ (2 %)	3 \$ (4 %)	71 \$

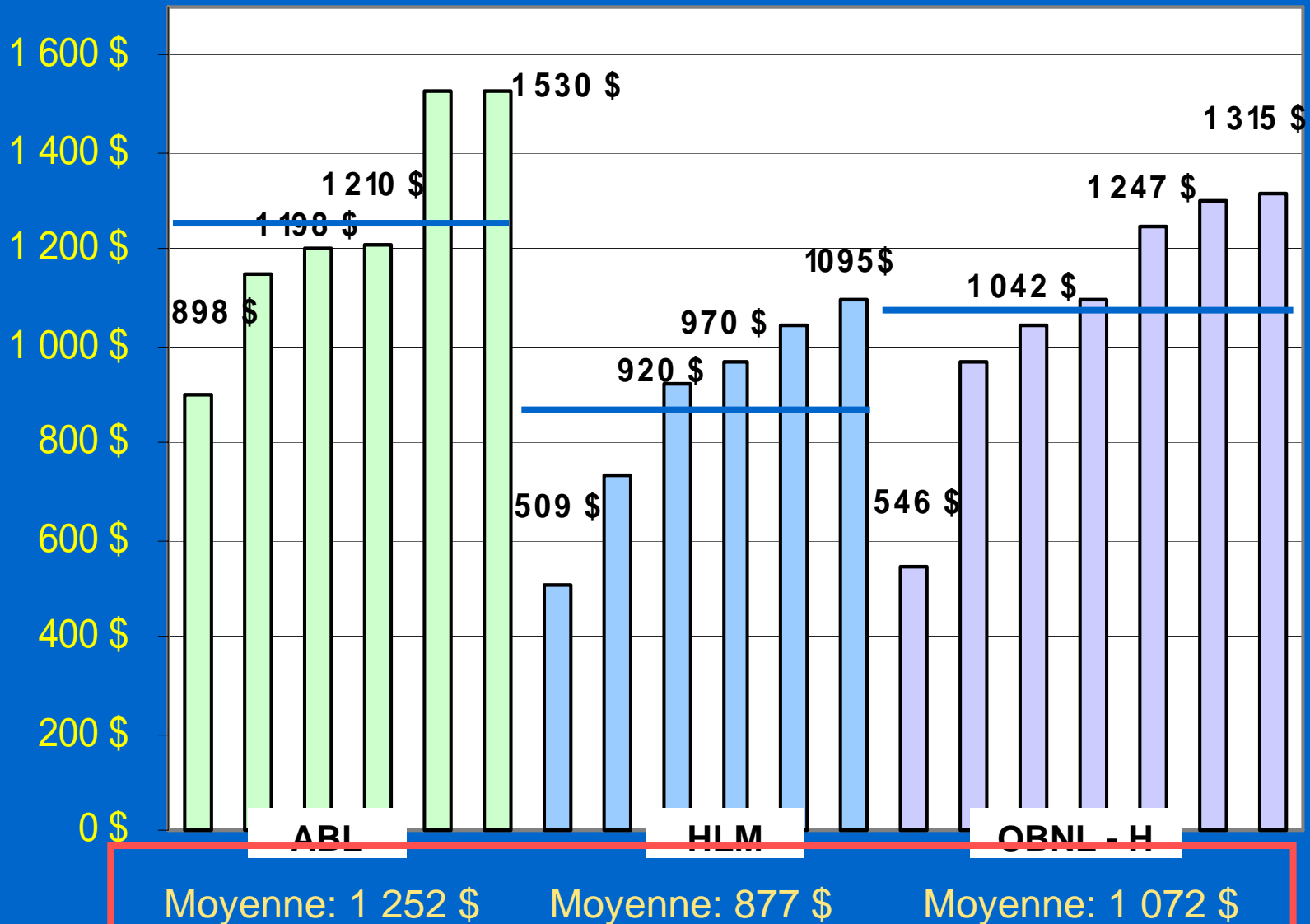
¹ Moyenne du coût journalier par résident (pourcentage du total de la subvention)

La contribution financière des résidants

- Coût comprend
 - Gîte
 - Couvert
 - Entretien ménager
 - Buanderie



La contribution financière des résidents \$ / mois



Montant du loyer mensuel versé par le résident à la ressource
Note : Inclut 22 NFH, dont deux ABL qui sont regroupées.

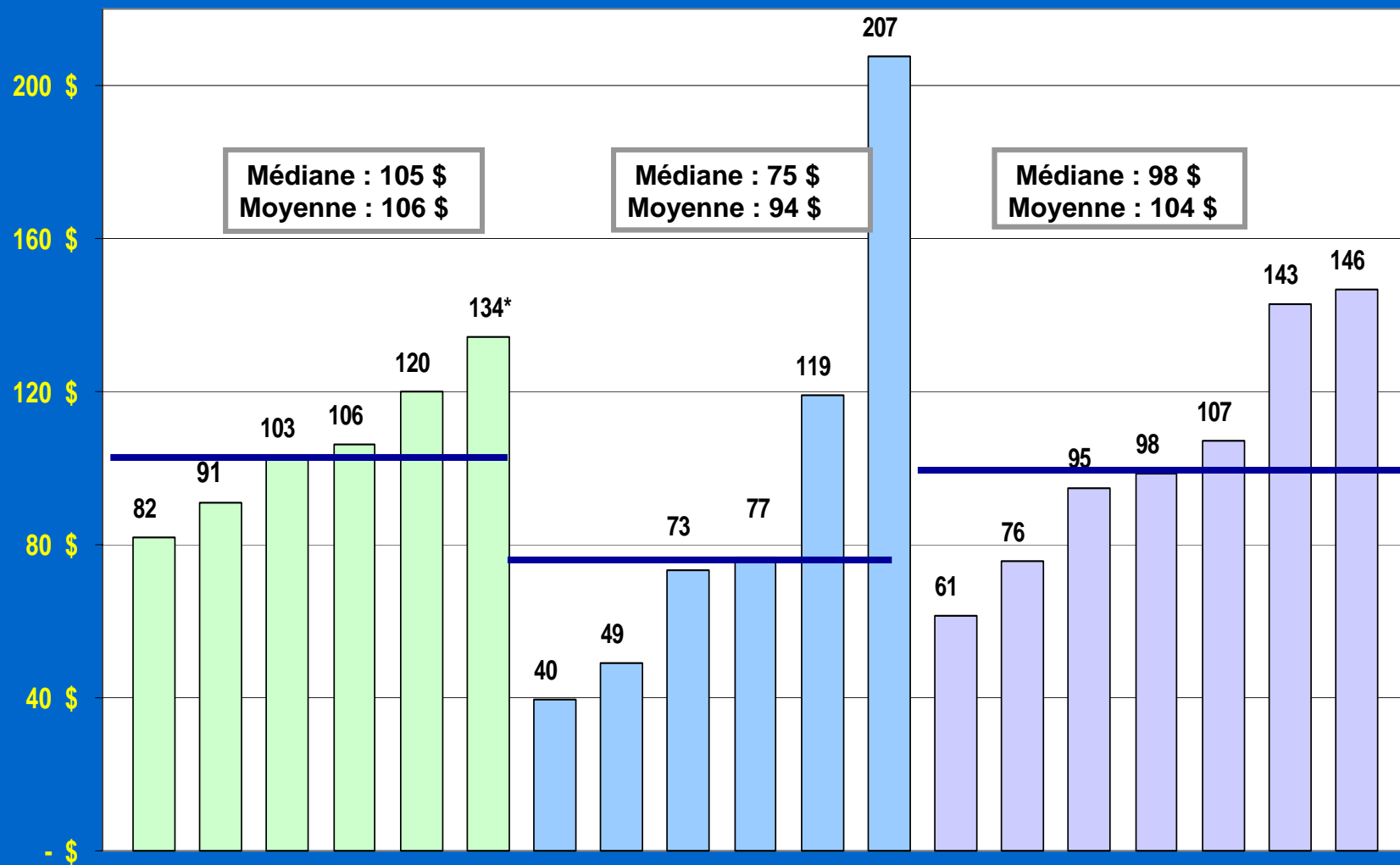
Le coût journalier effectif par résident

■ Ce montant comprend

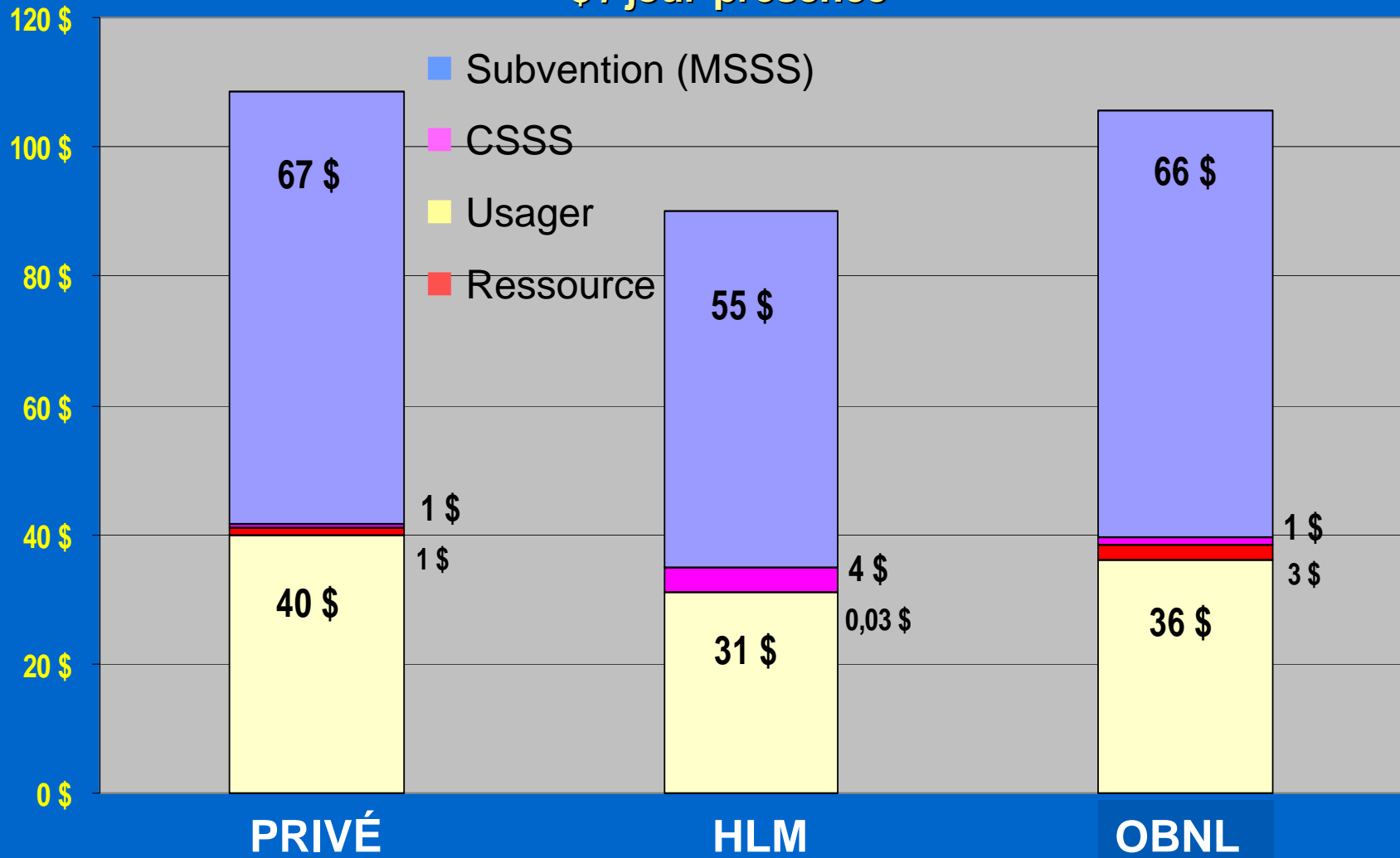
- Coût des soins et des services
- Frais liés à l'hébergement (gîte, couvert, etc.)
- Support administratif



Le coût journalier effectif par résidant (suite)



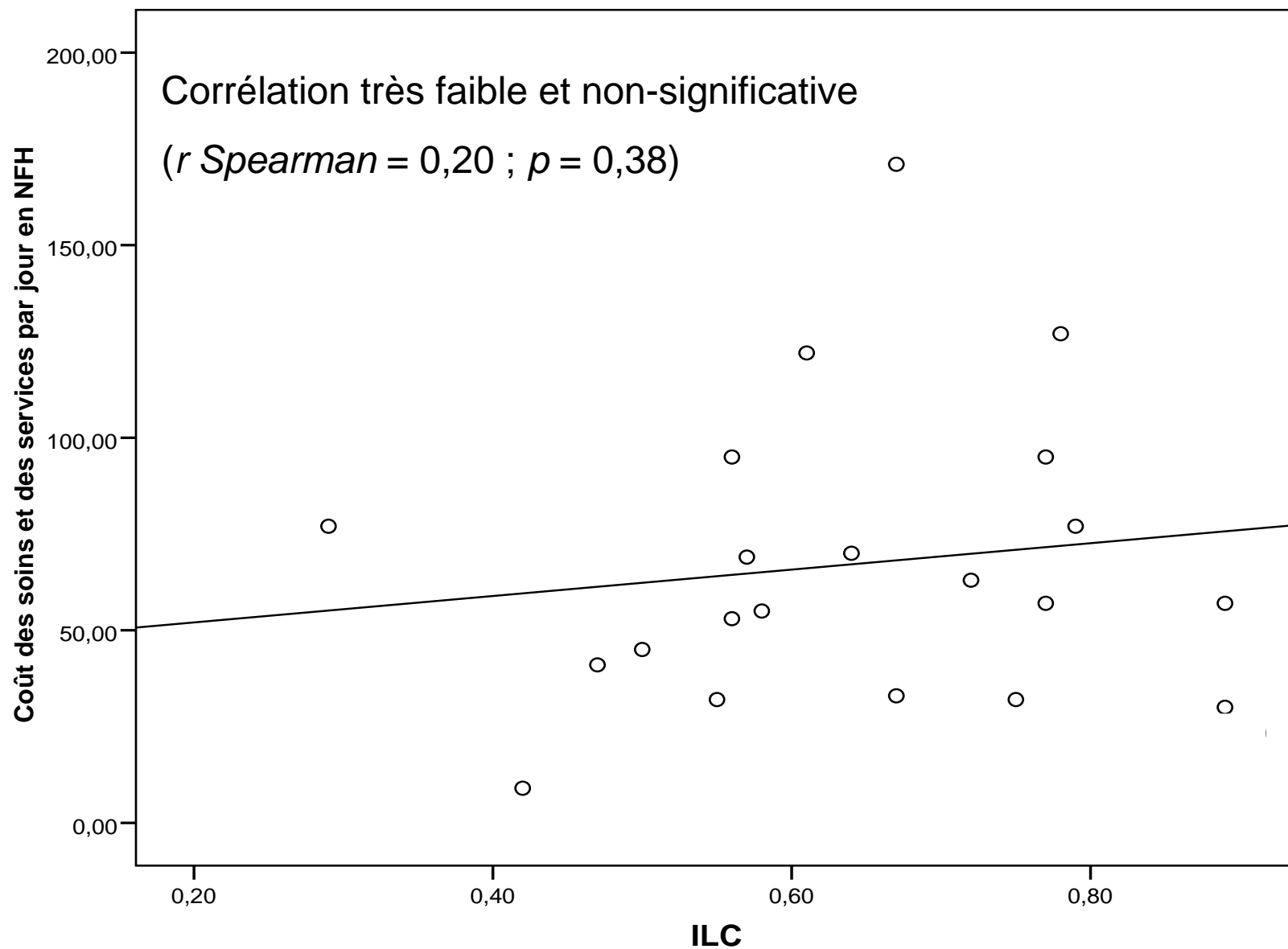
Contribution publique vs privé (ressource et résident) \$ / jour-présence



Examen de la relation entre les coûts et la lourdeur de la clientèle

- Coefficient de corrélation calculé pour vérifier la relation entre les coûts et les ILC
- ILC :
 - Varie de 0 à 1
 - 1 = clientèle la plus lourde

La relation entre le coût des soins et l'ILC



Comment expliquer les différences de coûts intra-catégories et inter-catégories

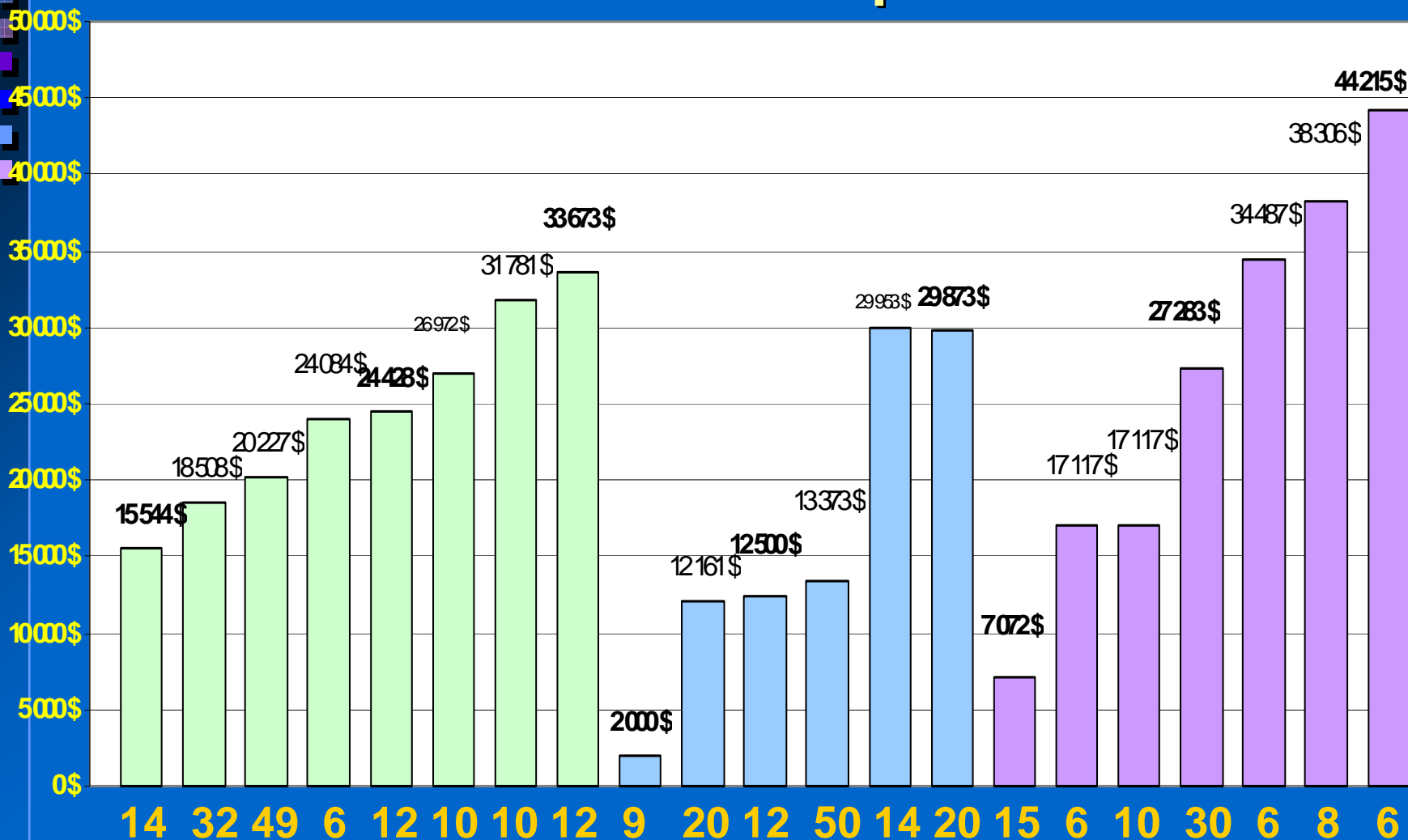
- Économies possibles lorsque le personnel est engagé par la NFH (taux horaires)
- Types de soins et services dispensés variables
 - Chargé de projet dans certains cas
 - Présence d'infirmière variable (quart de travail et fins de semaine)
 - Autres Intervenants présents ou non
 - Certains coûts mal estimés (ex: charges sociales, besoins de coordination)



**Considérant l'expérience NFH,
si j'étais le MSSS et que je voulais reproduire un
projet de NFH...**



Utilisation de la subvention par résidant (n au contrat)

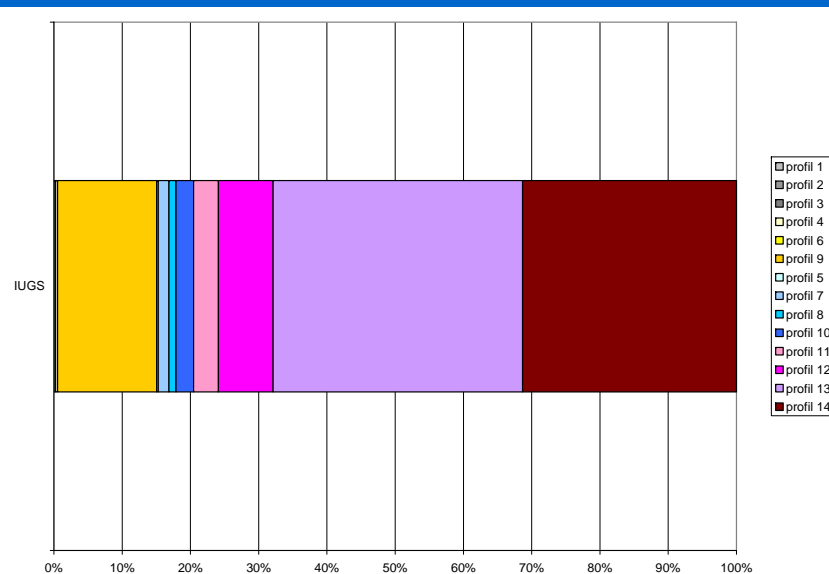


Moyenne versée entre 2006 – 2007 (n = 323) : 22 613 \$

Note : Inclut 22 NFH, dont deux ABL qui sont regroupées.

**Considérant l'expérience NFH,
si j'étais le MSSS et que je voulais reproduire un
projet de NFH...**

**Adopter une méthode d'allocation standard standardisée
pour les soins et services**



Considérant l'expérience NFH, si j'étais le MSSS et que je voulais reproduire un projet de NFH...

Age and Ageing 2003; **32**: 60–66

© 2003, British Geriatrics Society

Ad
po

Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities

MICHEL TOUSIGNANT^{1,2}, RÉJEAN HÉBERT^{1,2}, NICOLE DUBUC^{1,2}, FRANCE SIMONEAU³,
LINDA DIELEMAN³

¹Research Center on Aging, Sherbrooke Geriatric University Institute, Quebec, Canada

²Faculty of Medicine, University of Sherbrooke, Quebec, Canada

³Regional Administration of Health Care and Social Services, Eastern Townships, Government of Quebec, Quebec, Canada

Address correspondence to: M. Tousignant, Research Center on Aging, Sherbrooke Geriatric University Institute, 1036 Belvédère Sud, Sherbrooke, Quebec J1H 4C4, Canada. Fax: (+1) 819-829-7141.

Email: michel.tousignant@usherbrooke.ca



Etudes de cas multiples (8 NFH)

Entrevues qualitatives



Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs?

- Risque financier pour le propriétaire : retrait du CSSS
- Risque pour un CSSS : partenaire qui ne fait pas ses frais et qui souhaite mettre fin à l'entente
- Risque réel : celui que les parties ne puissent pas maintenir à long terme le niveau de leur engagement
- Deux voies possibles : réduire les dépenses ou augmenter le budget
- Dans les 4 PN qui ont lieu dans un édifice de logements sociaux = dépenses additionnelles
- Qui a épongé les coûts additionnels?
 - Généralement le CSSS
 - Absorption des dépenses à même le budget
 - Option de réduire les salaires des PAB envisagée dans un projet

Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs? (2)

Dans un PN, le temps de l'infirmière auxiliaire est passé de 4h par jour à 7h et on a dispensé des heures de formation non prévues.

Dans un 2^e PN, l'ampleur des besoins de coordination des services a amené les parties à créer un poste de coordonnatrice des préposés.

Dans un 3^e PN, le fait que l'infirmière auxiliaire prévue au contrat soit engagée par le CSSS plutôt que par l'OBNL a augmenté de plusieurs milliers de dollars le coût de ce poste budgétaire.

Dans un 4^e PN, on a ajouté un poste d'auxiliaire familiale.

Dans 2 PN, le responsable du PN au CSSS a témoigné du temps considérable qu'il avait consacré au projet, surtout durant les mois qu'ont duré sa préparation et son rodage.

Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs? (3)

- Dans les 2 résidences privées : services offerts = services prévus. Pas d'écart dans le budget

Dans un cas, le contrat dit que le CSSS compensera financièrement le propriétaire pour les places inoccupées dans le PN. Les revenus de l'entrepreneur étaient inférieurs à ses prévisions du fait de l'inoccupation des chambres prévues pour la cohabitation.

Dans l'autre projet, on a remplacé les postes de PAB du CSSS prévus au contrat par des postes de PAB de la résidence.

- Dans les 2 PN visant une clientèle homogène : pas d'écart significatif p/r à l'entente

Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs? (4)

- Pourquoi ces 4 PN semblent-ils respecter leur budget?
 - 4 NFH dont le coût *per capita* était le plus élevé
 - Moins de risque de dépassement des coûts
- Les PN n'incorporent pas tous les mêmes dépenses
- Les PN étudiés étaient financièrement viables
 - Dans certains PN, le CSSS a absorbé des surcoûts
 - Les coûts encourus par le CSSS sont ignorés

Les modalités de financement correspondent-elles à ce qui était initialement planifié du point de vue des dispensateurs? (5)

Dans un cas, c'est le CSSS qui prend en charge le projet dans son ensemble.

Dans un autre, la direction de la résidence jouit d'une longue expérience dans le logement collectif pour personnes âgées.

Dans les deux derniers (clientèle homogène), la résidence fonctionnait déjà et le responsable connaissait bien les besoins auxquels le projet pouvait répondre.



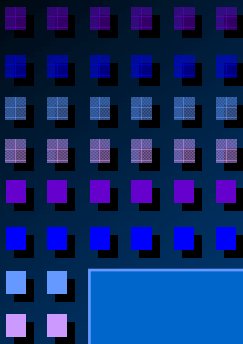
***Le partenariat instauré
correspond t-il à celui prévu
initialement?***

Le partenariat instauré correspond t-il à celui prévu initialement?

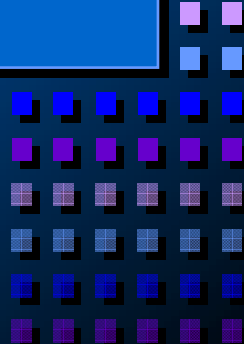
- Le CSSS dispense les services sociaux et de santé = vrai dans les 8 PN
- Un partenaire doit se charger des activités connexes = vrai dans les 8 PN
- Les services d'aide et d'assistance: zone d'action dont le responsable est indéterminé *a priori*
- Difficile d'évaluer l'apport des autres partenaires dans le fonctionnement des projets

Le partenariat instauré avec les organismes du milieu correspond t-il à celui prévu initialement? (2)

- Apport financier : rôle principal = municipalité
 - Dans 5 PN (sur 8), la municipalité a joué un rôle
 - Dans certains projets, d'autres partenaires du milieu ont contribué financièrement (construction / achat d'équipement).
- Services améliorant la qualité de vie : loisirs et soutien/accompagnement
 - 7 PN : au moins un partenaire pour des activités de loisirs
 - 5 PN : collaboration d'organismes offrant des activités de soutien
- Écart entre les prévisions et la réalité quant aux activités de loisirs
 - Des informateurs de 2 PN estiment qu'il s'agit du point faible du projet.



***Quels facteurs observés
sont susceptibles de faciliter
ou de contraindre la réalisation
des projets novateurs?***



Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou contraindre la réalisation des projets novateurs?

■ Une situation gagnant-gagnant

Pour les CSSS = étoffer l'offre de services aux aînés en perte d'autonomie.

Pour les partenaires = maintenir dans leur milieu des résidents.

Nécessaire pour que les parties trouvent la motivation pour s'engager dans le projet et la marge de latitude pour faire des compromis.

Tous les partenaires doivent assurer la viabilité économique de leur immeuble d'habitation.

La viabilité repose sur la capacité des parties à offrir un environnement et des services adéquats.

Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou contraindre la réalisation des projets novateurs? (2)

■ La disponibilité d'un édifice approprié

Facteur déterminant = disponibilité d'un édifice qui répond aux normes.

Lieux onéreux à aménager = fait augmenter le prix des loyers et peut réduire l'accessibilité.

Difficulté rencontrée : pour 3 des 6 PN dans un édifice récemment construit ou rénové = omissions commises lors de la planification architecturale de l'immeuble.

Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou contraindre la réalisation des projets novateurs? (3)

■ L'engagement d'acteurs compétents et motivés

Facteur de réussite = acteurs capables de monter de bons dossiers, désireux de collaborer avec des partenaires et d'investir du temps.

Les responsables au CSSS doivent ajouter leur participation au PN à leurs obligations courantes.

Une des clefs du succès = présence d'une figure d'autorité en mesure de rassurer les résidants et de prévenir ou de résoudre les problèmes courants.

Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou contraindre la réalisation des projets novateurs? (4)

■ L'établissement de liens de collaboration

5 PN ont réuni des parties qui avaient établi un lien de collaboration.

Ce lien est précieux : réduit les coûts de surveillance et d'arbitrage.

Réussite = élaboration d'une convention entre les parties sur leur rôle respectif.

Chaque entente est appelée à évoluer.

Dans plusieurs PN, les liens entre ses responsables ont été rompus entre la formulation du projet et sa mise en œuvre = vague de fusions dans le réseau.

Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou contraindre la réalisation des projets novateurs? (5)

■ La réconciliation de deux « mondes »

Les services du CSSS = normes et règles plus exigeantes.

Différence de conception entre les 2 milieux peut influencer les négociations sur le concept de PN = équilibre à trouver entre son caractère domiciliaire et l'efficacité de l'organisation des services sociaux et de santé.

Dans les PN qui n'occupent qu'une partie d'un immeuble d'habitation : le personnel engagé dans le cadre du PN peut-il ou doit-il donner des soins aux autres?

Quels facteurs observés sont susceptibles de faciliter ou contraindre la réalisation des projets novateurs? (6)

- Des emplois jugés stimulants, mais mal rémunérés

Le personnel apprécie la souplesse des activités quotidiennes.

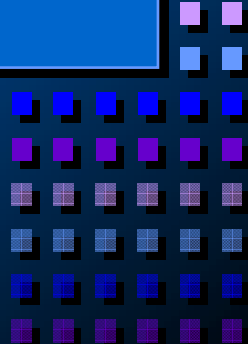
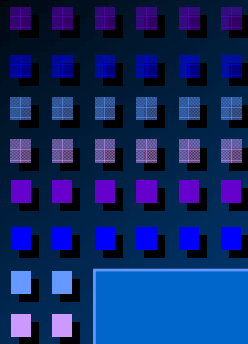
Travail plus valorisant qu'en CHSLD.

En contrepartie : les gens sont moins bien rémunérés que leurs homologues du secteur public.

Vif sentiment d'injustice chez certains.

Prudence nécessaire...

- Les PN retenus faisaient partie des projets jugés les plus prometteurs par les agents du MSSS
- On ne peut présumer d'emblée que le programme, s'il était déployé sur une plus vaste échelle, donnerait nécessairement des résultats similaires
- Il faudrait que des circonstances aussi favorables que celles que nous avons dégagées dans 8 PN existent ailleurs
- Dans l'hypothèse d'un tel déploiement, les autorités du MSSS auraient tout intérêt à coordonner leur programmation à celle de la SHQ



Obj. 2. Mesurer les effets des NFH auprès des résidants et des proches

Évaluation des résidents

- Qualité des soins
- Satisfaction des soins et services
- Participation sociale
- Adaptation à la résidence

Évaluation auprès des familles

- Satisfaction des soins et services

Qualité des soins

- l'Échelle de mesure de l'adéquation des soins (EMAS) (6 dimensions)
 - ensemble de la résidence et espace réservé aux résidents
 - soins physiques
 - maintien des soins de santé
 - aspect psychosocial des soins
 - respect des droits
 - situation financière des résidents

Qualité des soins

- 2 milieux : niveau de qualité jugé « bonne »
- L'espace réservé à la personne est jugé plus favorablement dans les NFH
- l'ensemble de la résidence semble moins approprié en NFH qu'en CHSLD
- Pour 5 autres dimensions, la qualité est légèrement plus élevée en NFH
 - différence stat sign. pour maintien des soins de santé, aspect psychosocial des soins et respect des droits
- En général : aspect psychosocial des soins plus faible que les autres dimensions dans les deux cas

Satisfaction quant aux services reçus

■ Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) (26 énoncés)

- La prestation des services,
- Relation avec les intervenants;
- L'organisation des services;
- Services reçus à l'égard de l'accomplissement des AVQ et des AVD.

Satisfaction quant aux services reçus

- Dans l'ensemble, résidants assez satisfaits.
- Les résidants des NFH le sont toujours de façon plus importante (diff stat sign)
 - tant pour le score global que pour les sous-dimensions,
 - à l'exception de *la satisfaction à l'égard de la prestation des services (donner des conseils, information, etc.)*
- Dans les deux milieux, c'est cette dimension qui obtient le plus faible score de satisfaction.
- Dans les deux milieux, le score le plus élevé s'établit au niveau de la *satisfaction générale des soins et services de santé reçus* (AVQ et AVD).

Participation sociale

- Mesure des habitudes de vie (MHAVIE)
 - Documente le niveau de réalisation des activités courantes (ex: soins personnels) et les rôles sociaux (ex: vie communautaire).
 - Perception du résidant lui-même à pouvoir participer aux différentes activités (exclusion des inaptes).

Participation sociale

- Les résidents des deux milieux participent modérément.
- L'engagement des résidents des NFH aux différentes activités est toujours supérieur à celui des résidents en CHSLD sauf pour les *loisirs*
- Différences significatives
 - *des soins personnels*
 - *de l'habitation et des déplacements*
 - *responsabilité et vie communautaire*

Adaptation de la personne

- Échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence (ÉAPÂR).
 - l'interaction entre la personne (domaines personnel et social) et son environnement
- Au niveau du score global, on note une adaptation moyenne des résidants à leur résidence dans les deux milieux de vie.
- Pas de différence entre les 2 milieux.
 - 23 % des résidants en NFH et 21 % en CHSLD démontrent une bonne adaptation générale à la résidence.
 - la moitié des résidants présente certaines difficultés d'adaptation qui demanderaient aux intervenants d'être attentifs
 - environ le quart des résidants présentent de réelles difficultés d'adaptation. Ces personnes perçoivent qu'elles ont peu de contrôle sur leur vie à la résidence et qu'elles reçoivent peu de soutien social.
- Considérant que l'ÉAPÂR corrèle de manière significative ($p < 0,05$) avec l'Échelle de dépression gériatrique ($r = 0,41$), ces personnes sont vulnérables et bénéficieraient sûrement d'une intervention psychosociale.

Synthèse (+)

- Bons soins dans les NFH et CHSLD (+NFH)
- Maintien des soins de santé (urgences, suivi autant en NFH et CHSLD)
- Satisfaits dans les deux milieux (+ NFH)
- Participation sociale (+ NFH)
- Dans NFH, soins + personnalisés et personnel attentif aux résidants, aussi attentif aux proches

Synthèse (-)

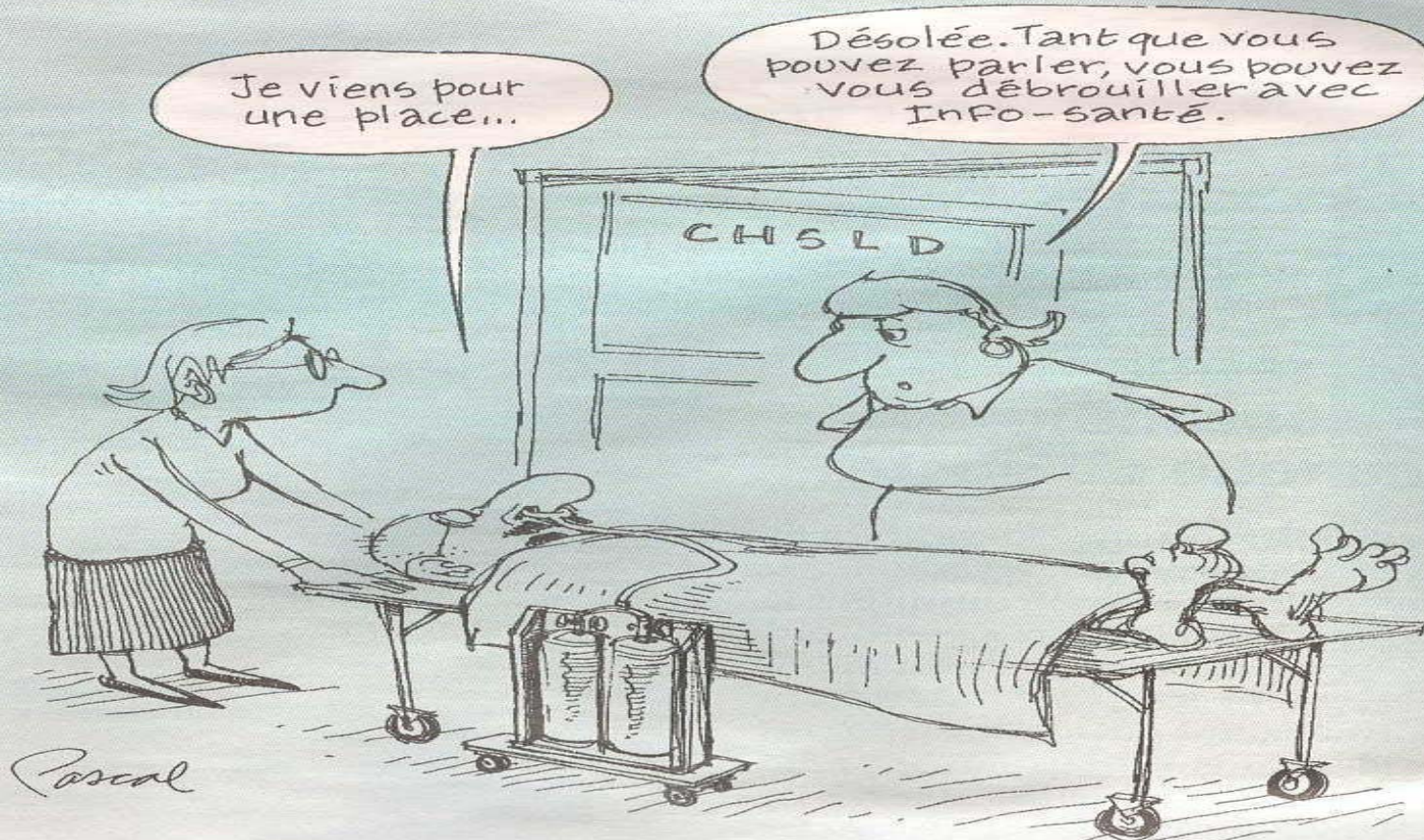
- Dans les NFH et CHSLD:
 - Aspect psychosocial plus faible
 - Participation sociale vie communautaire et loisirs plus faible
 - 75 % : résidents moins adaptés
 - » moins contrôle de la personne sur l'environnement et moins soutien social
- Besoins physiques versus psychosociaux
- Dans les CHSLD
 - délais pour obtention des réponses aux demandes exprimées d'assistance et de soins
 - Instabilité du personnel (fins de semaine et périodes estivales)
 - Soins de bases (ex: bains), mais maintien des soins OK
- Certains milieux moins appropriés (NFH et CHSLD)

Clin d'œil

La pause

par Pascal Élie

LES PLACES EN CHSLD SERONT RÉSERVÉES
AUX «VIEUX» LES PLUS DÉPENDANTS



L'Actualité médicale | 23 novembre 2005



Principaux messages et pistes de réflexion

Sur les NFH en général

- Conformément à l'esprit du programme, les NFH sont **très diversifiées**, que ce soit quant à leur clientèle, à leur environnement physique et organisationnel ou à la variété du personnel et des soins et services.
- Les NFH sont des lieux collectifs d'habitation offrant des soins et des services à des personnes présentant majoritairement des **incapacités modérées**. Dans l'ensemble, **la clientèle présente s'apparente davantage à celle qui se retrouve en RI qu'à celle des CHSLD**
- Les NFH peuvent, dans certains cas, répondre aux besoins de personnes en plus lourde perte d'autonomie.

Sur la présence de partenaires

- La contribution des partenaires pouvait être de deux ordres : les apports matériels ou financiers et les services améliorant la qualité de vie des résidants.
- La présence de partenaires de la communauté était un des critères de sélection des projets retenus = incitatif à en mentionner plusieurs.
- Certains partenariats se sont matérialisés alors que d'autres n'ont pas eu lieu.

Sur les soins et les services

- Les résidents des NFH ont accès à une gamme de soins et services diversifiée, de qualité et adaptée à leurs besoins.
- La qualité des soins est satisfaisante mais l'aspect psychosocial des soins est la dimension la plus faible.
- Plusieurs aidants (NFH) ont rapporté que les soins sont personnalisés et que le personnel est attentif à l'état du résident.
- Faible présence des services de réadaptation. La pénurie actuelle de professionnels de la réadaptation limite sûrement l'accès à ce type de ressources. Faudrait tout de même trouver des moyens pour augmenter leur présence.

Sur la cohabitation

- Beaucoup moins demandée que ce qui était attendu par les concepteurs du programme et sa concrétisation pose parfois des difficultés.

Sur la place réservée à la famille

- En général, les familles s'y sentent bienvenues et elles apprécient la liberté d'action qui leur est accordée.
- La majorité des aidants sont généralement satisfaits du suivi fait par le personnel lorsqu'il arrive une urgence ou un changement dans l'état de santé de leur proche; lorsqu'il y a une prise de décision ou lorsque le résidant a un besoin quelconque.

Sur le vieillir sur place

- Différents facteurs questionnent la capacité réelle des NFH à pouvoir répondre aux personnes dont les besoins sont nombreux et complexes et à pouvoir maintenir jusqu'en fin de vie les personnes dont les besoins s'accroissent
- Éléments qui laissent croire qu'il est effectivement possible dans certaines situations de *vieillir sur place*:
 - présence de personnes en lourde perte d'autonomie dans certaines NFH
 - critères de rétention plus souples que ceux liés à l'admission
 - plusieurs NFH ont souligné que le transfert n'était pas toujours nécessaire lorsqu'un résident était en fin de vie.
- Il faudrait encourager dès la conceptualisation initiale l'adoption de mesures universelles permettant de maintenir l'accès à la NFH lors de la survenue d'incapacités liées à la mobilité ou de problèmes de comportement.
- Les habitations proposant une série de modules peuvent peut-être mieux répondre à ce concept.

Vieillir sur place

■ Habitations en modules

- plusieurs petites habitations autonomes, reliées entre elles; aires communes
- l'environnement de chacune adapté aux besoins d'une clientèle homogène
- si la situation de santé d'un résident se modifie = relocalisé dans un module voisin
- Le personnel est mobile = continuité rassurante
- les activités sociales sont réalisées dans les lieux communs et les personnes de la communauté y participent

Sur l'environnement

- Les NFH disposent de chambres ou d'appartements qui se démarquent nettement des chambres en CHSLD.
- Plusieurs aidants familiaux en NFH trouvent que l'ambiance est agréable et que le milieu est accueillant.
- Un peu moins de lieux communs et de fonctionnalités en NFH.
- Certains aidants ont fait part de leur désir d'avoir davantage d'endroits permettant l'intimité avec leurs proches (2 milieux).
- Les mesures à prendre pour mieux informer et mieux protéger en cas d'incendie sont à renforcer dans certains milieux.

Sur les loisirs

- La majorité des milieux disposent d'espaces aménagés et du matériel pour des activités et des loisirs.
- Le nombre et la fréquence des **activités offertes** aux usagers en NFH sont significativement moins importants qu'en CHSLD.
- Dans l'ensemble, les aidants dans les deux types de milieux étaient satisfaits des activités proposées mais elles étaient nettement insuffisantes pour certains.
- Dans plusieurs NFH, la **recherche de partenaires** pour contribuer aux loisirs est à accentuer (organisateur communautaire).

Sur l'accès financier aux NFH

- La contribution financière des résidants (gîte et services de soutien) ne dépasse pas la contribution max d'un adulte dans une chambre privée en CHSLD.
- Certaines personnes n'ont pas les moyens de résider en NFH (faibles revenus)
- Assouplir les règles et explorer la possibilité de permettre la contribution mensuelle selon des barèmes similaires à ceux en CHSLD (exonérations)
- Certaines NFH ont permis à des personnes ayant plusieurs incapacités d'avoir accès à des soins et à des services dans des lieux résidentiels adaptés. Sans ce soutien de l'état, plusieurs personnes auraient probablement eu à verser des mensualités atteignant plusieurs milliers de dollars pour obtenir les mêmes avantages.

Sur les coûts des NFH

- Les données confirment que les subventions accordées par le MSSS ont principalement servi à couvrir les frais reliés aux services de santé et aux services sociaux.
- Les variations importantes dans les dépenses liées aux soins et services ne semblaient pas dépendre de la lourdeur de la clientèle.
- Dans certaines NFH, les subventions n'ont pas toujours été suffisantes et les CSSS ont dû financer certains services à même leur budget régulier. Ce fut aussi le cas pour deux propriétaires de NFH.
- Les montants octroyés seront-ils suffisants pour faire face à l'accroissement des besoins des clientèles?
- On doit aussi s'interroger sur les mécanismes actuels de suivi de l'utilisation des subventions et la manière dont ils sont octroyés.

Sur la connaissance des formules

- Seules les NFH mises en place dans le cadre du programme ont été évaluées.
- L'équipe a constaté qu'il existait d'autres types de formules, non financées par ce programme, encore méconnues. Il pourrait donc être pertinent de prévoir un moyen d'information continu.
- Lors de la journée de diffusion (18 nov.), plusieurs propriétaires ont mentionné qu'un carrefour d'information porté sur le web serait un atout majeur pour diffuser les expériences réussies, les guides de bonnes pratiques élaborés par certaines NFH, les innovations dans les services aux personnes âgées, etc. Les expériences étrangères pourraient aussi y être rassemblées.

Sur la pertinence des NFH

- Même si la perte d'autonomie des résidants en NFH est généralement moins sévère qu'en CHSLD, cela ne remet pas en cause la pertinence d'assurer la présence de lieux d'habitation collective entre le domicile et les CHSLD.
- Comme certaines NFH réussissent à accueillir une clientèle aussi lourde que celle des CHSLD, il est également possible d'y arriver.
- Aucun consensus pour savoir si les NFH doivent ou non se substituer aux CHSLD ou si elles doivent être simplement un lieu de vie transitoire permettant de retarder l'entrée en milieu institutionnel.

Sur la pertinence des NFH

- Les NFH offrent la possibilité aux aînés et à leur famille d'accéder à un **choix plus diversifié de lieux d'habitation**, mieux distribués géographiquement, tout en ayant l'assurance qu'on y dispense des services sociosanitaires adéquats.
- Comme plusieurs se situent hors des grands centres urbains, les NFH permettent à des personnes de **demeurer dans leur communauté** alors qu'en leur absence, ces personnes auraient été contraintes d'aller vivre dans un CHSLD, souvent plus éloigné de leur milieu de vie antérieur.

Principes des projets développés dans d'autres pays

■ 1. "Être chez soi"

- Nombre de logement (6-12-30), peu d'étages
- Cohabitation, plantes, jardins, animaux
- Cuisinette au minimum, espaces suffisants pour invités, décoration personnelle,
- Regroupements 6-12 avec lieux communs (troubles cognitifs)
- Éclairage par grande fenêtre et puits de lumière (pays Européens) lumière naturelle et non institutionnelle
- Ouvrir la ressources sur le monde par des transparences et vues sur le monde....
- Ambiance hôtelière plutôt qu'hospitalière
- Sorties à l'extérieur libres

Principes des projets développés dans d'autres pays (2)

- Avoir des “Projets de vie”
 - Garder le corps en mouvement
 - Garder l'esprit et les sens en éveil
 - Équilibre des risques et bénéfices
 - Participation aux tâches domestiques
 - Entraide selon les capacités (ex: COOP du Québec)
 - Implication active des organismes communautaires
 - Mixité sociale et intergénérationnelle (entraide)
 - Polyvalence du personnel (formation et philosophie)

Principes des projets développés dans d'autres pays ⁽³⁾

■ Implication des municipalités

- Lieux de marche, services de transports, feux de circulation, bancs de parcs, abris, etc...
- Proximité des services
- Intégrations des services dans le développement des ressources pour aînés
 - ex: garderies, épiceries, institutions financières, salles communautaires, restaurants, aires de jeux pour enfants, salons internet,
 - _pour voir du monde !!!!

Changement de culture en milieux institutionnels

- Les six principaux attributs que les ressources d'hébergement doivent viser pour démontrer qu'un changement de culture a été effectué (Comité d'experts américain)
 1. Des soins et des activités modulés selon les choix des résidants;
 2. des environnements physiques conçus selon le principe « être chez soi » et favorisant la mixité sociale et générationnelle;
 3. des relations étroites entre les résidants, les membres de la famille, le personnel et la communauté;
 4. la formation et l'organisation du travail qui aide le personnel à répondre aux besoins et aux désirs des résidants;
 5. une gestion décentralisée et participative qui favorise l'autonomisation du personnel et leur rétention dans les milieux;
 6. le suivi de la qualité des soins et des services, de la stabilité du personnel et de l'information financière.

Colorado Foundation for Medical Care (2006). Measuring culture change : Literature Review.
Quality Improvement Organization for the State of Colorado

Remerciements



- La coordonnatrice : Cinthia Corbin
- Les agents de recherche : Cinthia Corbin, Eugénie Pinsonnault, Lucie Laroche, Catherine Lestage, David Pépin. Statisticienne : Lise Trottier
- Les évaluatrices : Lise Fauteux, Laure Dalpé, Christiane Brault, Claire Poudrier, et Marcel Clément.
- Les résidants et les familles qui ont eu la gentillesse de répondre à nos questions
- Le terrain : Agences, CSSS et les résidences pour leur excellente collaboration
- Le MSSS (les différentes directions) et le FQRSC

Rapport et journée d'ateliers

- 18 novembre: Présentation des résultats en am et ateliers en pm
- Questions sur la clientèle, partenariat, ressources humaines et financières et modalités à revoir.
- Plénière enregistrée et rapport des ateliers produit et annexé au rapport principal disponible site web:

Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel. Rapport de recherche déposé au FQRSC et au MSSS.
<http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/rapports-recherche.php>

QUESTIONS ???

