



INSTITUT CANADIEN-POLONAIS DU BIEN-ÊTRE INC.
POLSKO-KANADYJSKI INSTYTUT DOBROczynNOŚCI INC.
5655 est, rue Bélanger, Montréal, Québec H1T 1G2 Téléphone: 259-2551



Mémoire 1^{ère} partie de 3

*Une initiative communautaire devenue plus
qu'un centre d'hébergement
et de soins de longue durée*

Une histoire, une présence, un devenir

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
PRÉPARÉ PAR GEORGES TORMEN, DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM
GEORGE PAJUK, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION,
FRANCES SZTUKA, PRÉSIDENTE DE LA FONDATION DE L'INSTITUT CANADIEN-POLONAIS DU
BIEN-ÊTRE INC.,
MONIKA SZPOTOWICZ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET VIOLETTA SIKORA, DIRECTRICE DES
SOINS INFIRMIERS.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 2014



Établissement agréé
avec mention d'honneur
2012 - 2016

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

Direction générale
5655, rue Bélanger Est,
Montréal (Québec) H1T 1G2
Téléphone : 514 259-2551
Site Web: <http://instpol.org>

Dépôt légal – Février 2014
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-9814420-0-0 (version Imprimée)
ISBN 978-2-9814420-1-7 (PDF)

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'Institut.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte original

Table des matières

Table des matières	3
Remerciements	5
En abrégiation	6
Sommaire exécutif de la 1 ^{ère} partie du Mémoire	7
Introduction.....	10
1. Bref historique.....	12
2. Portrait de la communauté polonaise.....	13
2.1 Faits saillants et pertinents des recensements de 2001, 2006 et 2011 de Statistique Canada	14
2.1.1 Caractéristiques générales de la population d'origine ethnique polonaise au Québec	14
2.1.2 Caractéristiques démographiques	15
2.1.3 Caractéristiques de la localisation.....	15
2.1.4 Caractère ethnolinguistique	16
2.1.5 Caractéristiques additionnelles de nos résidents actuels	17
3. Portrait des résidents polonais hébergés à L'Institut	18
3.1 Conditions d'admission	18
3.2 Nombre de lits au permis et programmes	19
3.3 Nouvelles catégorisations des résidents	20
3.4 Achalandage, taux d'occupation et liste d'attente	21
4. Statut, contexte, positionnement et performances de l'Institut	21
4.1 Statut : une réalité de droit et de fait.....	22
4.2. Contexte d'évolution de l'Institut dans le continuum de services.....	22
4.2.1 Contexte passé	23
4.2.2 Contexte présent.....	23
4.2.3 Contexte futur : Enjeux.....	24
4.3 Positionnement de l'Institut et conséquences.....	25

4.3.1 Position statutaire	25
4.4. État de son budget et impacts de l'optimisation	29
4.4.1 Budget et optimisation.....	29
4.4.2 Comparaison budgétaire avec d'autres CHSLD	31
4.4.3 Application de la « cible de non remplacement 1 cadre sur 2 qui part à la retraite ».....	34
4.4.4 Application de la « cible de 25% (de réduction) de la formation, de la publicité et de déplacement ».....	35
4.5. Nos performances : parmi les meilleures.....	36
4.5.1 Caractéristiques des CHSLD regroupés et non regroupés.....	37
4.5.2. Performances de l'Institut, selon l'AQESSS	40
4.5.3. Performances de l'Institut, selon l'Agence.....	41
4.5.4. Performances de l'Institut, selon le MSSSQ.	41
4.5.5. Performance budgétaire de l'Institut	42
4.5.6. Autres éléments de performance	42
5. Mode de gestion LEAN adapté au milieu de vie substitut en CHSLD public	43
6. Qualité, satisfaction de la clientèle et agrément.....	43
7. Milieu de vie substitut.....	44
Conclusion	44
Annexe I - Extrait Journal <i>des débats</i> Commission des affaires sociales Version finale, Le lundi 10 mai 2004.....	46
Annexe II- La communauté polonaise et immigration polonaise au Canada et au Québec	47
Annexe III - Géographie des langues slaves	50

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres de la *Commission de la santé et des services sociaux* de l'invitation à participer à vos travaux.

Nous remercions les membres du Comité de gouvernance et d'éthique pour avoir étudié avec attention le présent mémoire et les membres de notre Conseil d'administration pour l'expression de leur accord.

Nous remercions les membres de la *Fondation de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* pour son appui dans cette démarche.

Nous remercions les médecins, tous les employés et les bénévoles qui par leur assiduité, leur constance et leur dévouement recréent chaque jour un climat culturel propice à la qualité du milieu de vie, à l'amélioration continue de la qualité des soins et services prodigués à nos résidents.

Nous remercions *l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux* pour les conseils et les services qui nous sont offerts en tant que membre.

Nous remercions nos partenaires du réseau de la santé qui nous conseillent, nous appuient dans la réalisation de la mission et de la vision de notre établissement.

Nous remercions les résidents et les membres des familles qui nous font confiance et qui par leur présence, par le soutien et par leur participation, nous permettent de préserver les liens qui nous unissent aux communautés que nous desservons.

Nous remercions notamment les associations polonaises et ukrainiennes, ainsi que l'Ambassadeur, les Consuls généraux de la République de Pologne à Ottawa et à Montréal et les autres dignitaires du corps diplomatique qui nous ont exprimé leur soutien par leur présence et leur participation à la vie sociale et culturelle de nos résidents.

En abrégiation

MSSSQ	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux.
CA	Conseil d'administration de l'Institut
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS L-T	CSSS Lucille-Teasdale
ICPBEI	Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
Institut	Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
ISO-RESSOURCES	Les sujets évalués sont ensuite regroupés en groupes d'individus qui possèdent des caractéristiques communes, qui requièrent à peu près le même mélange et niveau de services et qui imposent des ressources ou des coûts similaires à l'établissement concerné, d'où, le terme iso-ressource
(Profil) ¹ ISO-SMAF ²	ISO voir ISO-RESSOURCES; pour SMAF, il s'agit de : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.
RSIPA ³	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SRA	Service régional d'admission de l'Agence

¹ Un résident ayant un profil ISO-SMAF signifie que le résident ayant un profil défini est identifié par l'intervenant comme possédant généralement des caractéristiques similaires et requérant approximativement le même type de soins et de ressources qu'un autre individu présentant le même profil. Cf : Nicole Dubuc, inf., Ph.D. et Réjean Hébert, MD, M. Phil *Les profils ISO-SMAF : un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée d'un système de soins intégrés*. Sans date, trouvé sur Internet.

² Les profils Iso-SMAF regroupent des individus avec des incapacités semblables générant des services et coûts similaires. Suite à une évaluation SMAF®, les usagers sont classés parmi les 14 profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie. Les usagers peuvent ensuite être adéquatement répartis selon le profil d'accueil des établissements ou services. Cet outil facilite l'identification du niveau d'expertise, le nombre d'heures de soins et la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle.

Les profils Iso-SMAF ont été développés à la fin des années 90 par une équipe du Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) du CSSS-IUGS (Dubuc, Hébert, Buteau et Desrosiers). Cf. : <http://www.expertise-sante.com/rsipa-profils-isosmaf.htm>

³ Réseau de services intégrés pour les personnes âgées – RSIPA : La solution RSIPA consiste à offrir des outils aux intervenants du réseau afin de les soutenir dans leurs prestations de soins et de services, et ce, dans le cadre d'un réseau de services intégrés en général, et particulièrement celui destiné à la clientèle des personnes âgées. Cf. : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=aAmQb5sTsA=>

Sommaire exécutif de la 1^{ère} partie du Mémoire

Établissement	Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
Qui sommes-nous? Qu'est-ce que l'Institut Canadien-Polonais du Bien-être Inc.?	Ces questions ne sont pas anodines L'Institut est plus qu'un CHSLD public, c'est une institution, c'est aussi un foyer-rassembleur des forces communautaires; c'est aussi potentiellement un lieu de rayonnement et de lien avec la République de Pologne dans une démarche de collaboration. C'est un exemple de mode de gestion LEAN adapté à l'approche milieu de vie substitut pour une qualité de temps auprès de résidents et d'approche où l'attention, l'écoute et la présence d'une autre personne sont fondateurs et déterminants.
Passé, présent et avenir de l'Institut	se présente sous le signe de l'initiative de la communauté polonaise se présente sous le signe de sa détermination à préserver son caractère identitaire Son futur se présente sous le signe de la reconnaissance de sa contribution et de son rayonnement; son future est un devenir qui se fonde sur : 1. les besoins présents et futurs du bassin populationnel desservi; 2. la consolidation de sa mission spécifique; 3. son approche communautaire; 4. son inscription dans un continuum de service qui va au-delà du territoire du CSSS Lucille Teasdale, et, 5. sa détermination, à travers son aspiration et sa vision, de faire de l'Institut une institution rayonnante, reconnue pour son caractère unique au Québec, sa différence et son exemplarité.
Plus qu'un CHSLD, un phare	En cela, l'Institut est plus qu'un CHSLD public, c'est une institution ethnolinguistique et socioculturelle qui sert de phare à l'ensemble des communautés slaves.
Nos obligations	L'Institut rencontre ses obligations ce qui justifie sa raison d'être un CHSLD public non regroupé à vocation unique : 1. Avoir un bassin populationnel suffisamment important pour justifier, rentabiliser économiquement et socialement ses installations, et, les concepts qui y sont associés : desservir un territoire desservi, recevoir les types de clientèle admissible, rencontrer les besoins de la clientèle, mettre en place les programmes requis et s'assurer d'une pleine occupation de ses lits au permis; 2. Disposer d'un budget qui soit nécessaire et suffisant et le gérer de façon responsable de manière à assurer l'exploitation adéquate des installations, et, atteindre l'équilibre budgétaire; 3. Démontrer la productivité et la performance sous toutes ses formes des ressources allouées; 4. Obtenir la reconnaissance de la qualité des soins et des services offerts et s'assurer de la satisfaction de la clientèle, dans le respect

	des normes et des pratiques organisationnelles requises afin d'atteindre un niveau de satisfaction qui traduise les aspirations sociales en matière de soins de santé et d'assistance; 5. Faire preuve de gouvernance durable et d'une gestion responsable.
Une catégorie de CHSLD à part	Le statut particulier de l'Institut conditionne donc tout le reste, c'est-à-dire la compréhension de son contexte d'évolution, ses liens avec la communauté, ses liens avec ses partenaires et les implications budgétaires sur ses modalités de réalisation de sa mission, et, conséquemment, sur le milieu de vie et sur les conditions de vie comme telles de ses résidents.
Milieu de vie substitut	L'Institut a réussi tout au long des 48 années d'existence à créer un milieu de vie substitut pour ses résidents : son approche fortement communautaire du début, l'importance des valeurs, des traditions, des mœurs, des habitudes de vie, les activités sociales, culturelles et récréatives directement en présence des communautés ont été de puissants déterminants des conditions de vie de ses résidents; dans ce contexte, l'approche « milieu de vie substitut » pour les personnes âgées en provenance des communautés polonaises, ukrainiennes et slaves avait et a toujours un terrain privilégié pour inspirer au quotidien les attitudes, les paroles et les comportements de tous et chacun.
Globalement : Un apport méconnu et pourtant de grande valeur.	EN RÉSUMÉ, de ce profil il faut retenir que l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. : 1. Est issu de la volonté caritative de la communauté et des associations polonaises d'apporter hébergement, aide, assistance et soins aux personnes âgées, citoyens canadiens d'origine polonaise et ainsi fournir une contribution significative au besoin de la population du Québec; 2. A été et continue d'être un citoyen corporatif modèle par son souci de l'environnement et de respect de son voisinage; 3. A reproduit les conditions culturelles d'un milieu de vie respectueux des valeurs, croyances, mœurs et traditions du pays d'origine de ces résidents, tout en rencontrant l'ensemble de leurs besoins fondamentaux; 4. A rencontré et continue de rencontrer, au fil du temps et selon les modalités en usage, les normes de pratiques, de qualité tant des instances québécoises que canadiennes d'appréciation de la qualité; 5. Poursuit sa démarche d'amélioration continue de la qualité et de la satisfaction de la clientèle; 6. Souhaite la reconnaissance de sa contribution en tant que CHSLD public non-intégré à un CSSS dont la mission consiste à répondre aux besoins de la communauté polonaise et, au besoin, de la communauté ukrainienne et les autres communautés slaves et ce, dans la continuité de soins ; 7. Possède un caractère unique et authentique; 8. Est un établissement public, donc financé par l'État, qui a été

	exclu, compte tenu de sa vocation spécifique, de faire partie obligée d'un CSSS; 9. A son propre conseil d'administration et sa propre direction; 10. Assume les coûts de son autonomie et celui du caractère culturel et ethnolinguistique distinct; 11. A le plus bas budget par lit et, 12. A une productivité et des performances enviables ; 13. Travaille à se rapprocher de ses partenaires tant du territoire des CSSS ainsi que des autres instances et à se développer en réseau tout en préservant son autonomie; 14. Est sous-financé : ce qui met en péril son statut particulier et sa mission et demande une révision de sa base budgétaire et un caractère de pondération dans sa contribution aux opérations d'optimisation et de l'application des mesures d'application de la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire</i>. 15. Constitue une des exceptions qui confirment la règle par sa détermination et par la complémentarité de sa différence.
--	---

« Les Polonais (...) sont passés champions du monde dans l'art de la survie. »

Norman Davies, in « *Le cœur de la Pologne* »
Cité par Olgierd Budrewicz in *Pologne*, Éditions Bosz, 2011

Introduction

Qui sommes-nous? Qu'est-ce que *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-être Inc.*? Ces questions ne sont pas anodines.

En effet, que *l'Institut* s'appelle « Institut » et que nous soyons un CHSLD public non regroupé à vocation unique, voilà qui interpelle.

Ses fondateurs ont sans doute voulu mettre l'accent sur le caractère permanent de leur œuvre : cette organisation caritative a été fondée pour venir en aide, procurer un bien-être aux personnes âgées en provenance de la communauté canadienne-polonaise.

Depuis sa fondation, *l'Institut* a poursuivi sa mission et a reçu au cours des années, de la part des autorités gouvernementales, la reconnaissance sociale et politique que les besoins de santé des personnes âgées hébergées à *l'Institut* justifiaient sa raison d'être et la poursuite de ses activités.

C'est pour cette raison que ses fondateurs ont choisi comme signe distinctif l'aigle à la couronne dorée dont la signification réside dans l'explication suivante :

Selon la légende, l'aigle blanc serait né quand Lech, le mythique fondateur de la Pologne, vit un nid d'aigle blanc et, le considérant de bon augure, fonda la ville de Gniezno (gniazdo qui veut dire nid en polonais). Au moment où l'aigle déploya ses ailes pour s'envoler dans le ciel, un rayon de soleil couchant rouge illumina ses ailes, de telle manière qu'elles paraissaient dorées; mais le reste de son corps était blanc.⁴

⁴ Voir http://fr.wikipedia.org/wiki/Armoiries_de_la_Pologne pour plus amples explications sur les armoiries de la Pologne.

Ainsi, le passé de l'*Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* se présente sous le signe de l'initiative de la communauté polonaise de fonder un établissement pour aider, assister, soigner et héberger les immigrants polonais âgés, et, celui de la reconnaissance par la société québécoise de la contribution de ses initiateurs et ses administrateurs au bien-être de la population.

Son présent se présente sous le signe de sa détermination à préserver son caractère identitaire, car la menace de perdre son autonomie est réelle, à cause de l'incompréhension certes (!) dont elle est victime et, conséquemment, 1- des contraintes inadéquates qui lui sont faites dans le contexte actuel de réduction de son budget et 2- des forces qui s'exercent ainsi en vue de sa 'fusion volontaire' (!) et de la perte de son autonomie et de son identité propre.

Son futur se présente sous le signe de la reconnaissance de sa contribution et de son rayonnement; son future est un devenir qui se fonde sur :

1. les besoins présents et futurs du bassin populationnel desservi;
2. la consolidation de sa mission spécifique;
3. son approche communautaire;
4. son inscription dans un continuum de service qui va au-delà du territoire du *CSSS Lucille Teasdale*, et,
5. sa détermination, à travers son aspiration et sa vision, de faire de l'*Institut* une institution rayonnante, reconnue pour son caractère unique au Québec, sa différence et son exemplarité.

En cela, l'*Institut* est plus qu'un CHSLD public, c'est une institution ethnolinguistique et socioculturelle qui sert de phare à l'ensemble des communautés slaves.

1. Bref historique

La communauté polonaise, par l'entremise de six associations canadiennes-polonaises, crée le 10 décembre 1943, *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*

Le 5 février 1966 a lieu l'inauguration officielle du nouveau centre, d'une capacité de 92 lits, par l'honorable René Lévesque, Ministre de la Famille et du Bien-Être social.

C'est en 1971 que *l'Institut* intègre le réseau de santé public.

En 1983, en réponse à la demande croissante des soins de longue durée, une nouvelle aile est ajoutée à *l'Institut*, ce qui porte le nombre de lits au permis à 126 lits.

C'est le 10 août 1984 qu'a lieu l'inauguration de la nouvelle construction par Dr Camille Laurin, Ministre de la Santé.

Le 27 mars 1990, ses représentants ont été entendus en *Commission parlementaire* en ce qui concerne la préservation du caractère ethnolinguistique de sa mission et de l'autonomie de son conseil d'administration⁵.

Le 10 mai 2004, dans le cadre des Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3): volet Santé et aînés⁶ à la *Commission des Affaires sociales*, *l'Institut* est à nouveau mentionné par le ministre Dr Couillard; *l'Assemblée nationale* confirmant ainsi son statut et sa mission spécifique de centre d'hébergement et de soins de longue durée public non regroupé à vocation unique⁷ desservant la communauté polonaise et, si besoin est, la communauté ukrainienne et aussi les autres communautés slaves.

Pour bien comprendre sa base populationnelle et les besoins des communautés que nous hébergeons, il y a lieu, en y mettant une plus grande insistance, de brosser un portrait de la communauté polonaise pour les fins de notre propos.

⁵ Lire Extrait journal de la Commission permanente du 27 mars 1990 Cas 1913 Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

⁶ Journal des débats de la Commission des affaires sociales *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS)* 37e législature, 1re session (4 juin 2003 au 10 mars 2006) Le lundi 10 mai 2004 - Vol. 38 N° 54 Réaction du ministre aux recommandations de l'Agence de développement de RLSSSS de Montréal.

⁷ Voir Annexe I Annexe I Extrait Journal des débats de la Commission des affaires sociales Version finale, Le lundi 10 mai 2004

Nous ferons référence tout au long de cette présentation aux obligations que tout établissement de santé public dont *l'Institut* lui-même doit rencontrer; il s'agit des obligations suivantes :

1. Avoir un bassin populationnel suffisamment important pour justifier, rentabiliser économiquement et socialement ses installations, et, les concepts qui y sont associés : desservir un territoire desservi, recevoir les types de clientèle admissible, rencontrer les besoins de la clientèle, mettre en place les programmes requis et s'assurer d'une pleine occupation de ses lits au permis;
2. Disposer d'un budget qui soit nécessaire et suffisant et le gérer de façon responsable de manière à assurer l'exploitation adéquate des installations, et, atteindre l'équilibre budgétaire;
3. Démontrer la productivité et la performance sous toutes ses formes des ressources allouées;
4. Obtenir la reconnaissance de la qualité des soins et des services offerts et s'assurer de la satisfaction de la clientèle, dans le respect des normes et des pratiques organisationnelles requises afin d'atteindre un niveau de satisfaction qui traduise les aspirations sociales en matière de soins de santé et d'assistance;
5. Faire preuve de gouvernance durable et d'une gestion responsable.

2. Portrait de la communauté polonaise⁸

La première de ces obligations est aussi le fondement à sa raison d'être : desservir un bassin de population suffisamment important (en termes de nombre) pour justifier ses installations et donc la clientèle qui lui est référée, composée de personnes âgées en grande perte d'autonomie ayant une spécificité ethnolinguistique.

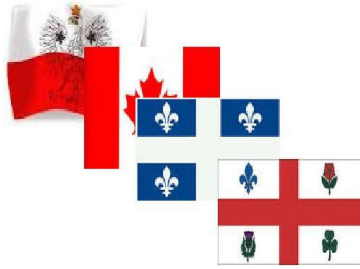
L'Institut rencontre cette première obligation comme le montre le portrait de la communauté polonaise, la présence de la communauté ukrainienne et des autres communautés slaves et comme le montre aussi les données sur nos résidents hébergés.

Rappelons que le 1^{er} Polonais à immigré au Canada serait arrivé à Québec en 1686; par la suite, il y a eu plusieurs vagues successives de Polonais, entre autres, en relations avec les conflits armés mondiaux et la désintégration de l'URSS; la dernière vague ayant eu lieu en 1990.

⁸ Voir aussi l'Annexe II - La communauté polonaise Immigration polonaise au Canada

Pour en savoir plus, l'Annexe II brosse un portrait de la présence des Polonais au Canada et au Québec.

2.1 Faits saillants et pertinents des recensements de 2001, 2006 et 2011 de Statistique Canada



Les recensements nous donnent une idée précise de l'importance de la présence de la communauté polonaise (pour nous concentrer que sur elle; mais cet exercice pourrait aussi être fait pour la communauté ukrainienne et les autres communautés slaves pour qui les portes de *l'Institut* sont aussi ouvertes); ce qui pour effet d'augmenter le nombre de résidents potentiels issus de ce bassin populationnel élargi.

En fait, nous croyons compte tenu de l'importance de la communauté ukrainienne que le bassin populationnel élargi doublerait la demande d'hébergement.

2.1.1 Caractéristiques générales de la population d'origine ethnique polonaise au Québec

Le portrait de 2001 mettait en évidence les données suivantes :

Taille de la communauté : 46 995 personnes

Faits saillants :

Lors du recensement de 2001, 46 995 personnes se sont déclarées d'origine ethnique polonaise.

- *Plus de la moitié (57,5 %) d'entre elles ont déclaré une origine polonaise avec au moins une autre origine ethnique.*
- *La majeure partie (62,2 %) des membres de cette communauté sont nés ici et 37,8 %, en incluant les résidents non permanents, nés à l'étranger. Parmi la population immigrée, 28,1 % des personnes se sont installées ici avant 1961 et 30,5 % entre 1981 et 1990, alors que seulement 6,7 % sont de la cohorte la plus récente (1996-2001).*
- *Plus de la moitié (54,9 %) des membres de cette communauté, âgés de 15 ans et plus, sont de la deuxième et de la troisième génération et plus, donc nés ici de parents, de grands-parents, voire d'arrière-grands-parents nés à l'étranger.*
- *La quasi-totalité (98,7 %) des personnes de la communauté polonaise n'appartiennent pas à un groupe de minorités visibles. Pour ce qui est de la religion, les membres de cette*

communauté sont surtout de religion catholique (67,1 %), 14,5 % sont de religion juive et 9,5 % ne déclarent aucune appartenance religieuse.⁹

2.1.2 Caractéristiques démographiques¹⁰

Faits saillants :

- *La structure d'âge de la communauté polonaise se rapproche de celle de l'ensemble de la population québécoise. En effet, 33,4 % des personnes ont moins de 25 ans, 27,6 % sont âgées de 25 à 44 ans, 24,8 % ont de 45 à 64 ans et 14,3 % ont 65 ans et plus. La communauté polonaise compte un peu plus de femmes (52,0 %) que d'hommes (48,0 %).*
- *Près des deux cinquièmes (37,2 %) des membres de cette communauté sont célibataires et 44,6 % sont légalement mariés et non séparés; ces proportions s'établissent à 40,8 % dans l'ensemble de la population québécoise.*
- *Au sein des familles, on dénombre 16 965 personnes mariées, 3 835 partenaires en union libre et 2 135 parents seuls. L'union libre est moins répandue dans cette communauté (8,2 %) que dans l'ensemble de la population québécoise (14,3 %). Par contre, la proportion représentée par les enfants est comparable (33,3 % et 30,9 % respectivement).*

2.1.3 Caractéristiques de la localisation¹¹

Faits saillants :

- *La communauté polonaise se concentre (82,2 %) dans la région métropolitaine de recensement de Montréal. On trouve également 4,2 % de cette population dans la région métropolitaine de recensement de Gatineau et 2,0 % dans celle de Québec.*
- *Un peu plus de trois membres sur cinq (63,7 %) de cette communauté habitent la région administrative de Montréal et 13,1 % résident dans celle de la Montérégie. On trouve aussi 5,6 % des personnes d'origine polonaise dans la région de l'Outaouais, 4,6 % dans celle de Laval et 4,0 % dans les Laurentides. Dans la ville de Montréal, 13,9 % des*

⁹ À la page 3, in Direction de la recherche et de l'analyse prospective Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles *Portrait statistique de la population d'origine ethnique polonaise, recensée au Québec en 2001. Québec, 2005, 10 pages.*

¹⁰ Ibid. page 5.

¹¹ Idem.

personnes de la communauté polonaise résident dans l'arrondissement de Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, 8,8 % dans celui de Côte-Saint-Luc– Hampstead–Montréal-Ouest, 7,8 % dans celui de Dollard-des-Ormeaux–Roxboro et 6,3 % dans celui de LaSalle.

2.1.4 Caractère ethnolinguistique

Ce portrait constitue une indication certaine de la présence des Polonais au Québec et particulièrement dans la région de Montréal et de sa fréquentation éventuelle des ressources de santé, et, en situation de besoin d'hébergement en CHSLD, *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*

Il est connu qu'il existe des « îlots », dit-on, de Polonais qui sont hébergés dans d'autres établissements attendant, espérant, d'être hébergés chez nous aussitôt un lit disponible.

La communauté polonaise à travers tout le pays et le Québec se porte bien, les données démographiques linguistiques du **Recensement 2006** de *Statistique Canada* indiquent que les Canadiens, dont la langue maternelle non officielle parlée est la langue polonaise, occupaient le 9^{ème} rang avec 211 175 et ceux de langue ukrainienne occupaient le 11^{ème} rang avec 134 500.

Soulignons que selon les statistiques de 2006 :

« Les origines ethniques (autres que française, britannique, canadienne et autochtone) les plus fréquemment déclarées par la population québécoise sont les suivantes : italienne, allemande, juive, haïtienne, chinoise, grecque, libanaise, portugaise et polonaise. (Nous soulignons- GT Rédacteur)

Toutes les personnes d'origines autres que française, britannique, canadienne et autochtone sont concentrées dans la grande région de Montréal à plus de 50 % et très souvent à plus de 80 ou 90 %, alors que cette région ne compte que 47 % de l'ensemble de la population du Québec (Nous soulignons GT). »¹²

Enfin, le **Recensement 2011** montre que les Polonais ont franchi au Canada le 1 million d'individus. Or, le Québec et notamment Montréal recueillent, une grande partie de cette immigration¹³.

¹² Extrait des Faits saillants des statistiques présentées, page 8, in *Pour la pleine participation des Québécoises et des Québécois des communautés culturelles Vers une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination Caractéristiques de la population des communautés culturelles* Statistiques. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Québec, 2006.

EN BREF, la communauté polonaise est nombreuse au Québec, elle est active et apporte sa contribution à la richesse du pays et, tout en étant canadienne et québécoise, elle a conservé vivante ses traditions; traditions qui sont l'apanage de sa communauté et qu'elle retrouve particulièrement au CHSLD *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*

Ce qui veut dire que le bassin populationnel que *l'Institut* dessert est suffisant pour assurer la pleine utilisation de ses lits au permis (actuellement de 126, mais qui pourrait être supérieur, 130 à 136 selon un estimé interne).

Il ne faut pas oublier que sa desserte inclut la communauté ukrainienne et les autres communautés slaves : ce qui est une garantie additionnelle que *l'Institut* a sa raison d'être, compte tenu de l'importance de son bassin de population, ce qui confirme l'actualité de sa mission et justifie sa vision pour les prochaines décennies.

Nous savons de plus que des Polonais, à défaut de lits disponibles à *l'Institut*, sont regroupés en « îlots » dans d'autres établissements, comme le *Centre de soins prolongés Grace Dart* (CHSLD) et le *Centre d'hébergement Jeanne-Leber* qui sont soit en attente d'être éventuellement admis chez nous, soit en transition.

Puisque les besoins sont là, l'intérêt de *l'Institut* d'offrir davantage de lits pourrait faire l'objet d'une analyse et d'une planification avec *l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* et du MSSSQ; *l'Institut* qui dessert au-delà du territoire du CSSS Lucille-Teasdale pourrait desservir le bassin de population slave, toutes nationalités confondues, sur le territoire incluant l'île de Montréal (06), Laval (13), Lanaudière (14), Laurentides (15), Montérégie (16) et Estrie (05).

Il est possible de structurer la demande de services offerts par *l'Institut* : comme les besoins sont réels et quantifiables, il suffirait d'une intention politique pour mobiliser les responsables de la planification et de la programmation des Agences concernées.

Les associations communautaires seraient en mesure de mobiliser les membres des communautés concernées.

2.1.5 Caractéristiques additionnelles de nos résidents actuels

La plupart de nos résidents actuels sont issus de l'immigration des années 1945-1950 à 1960. Ils appartiennent à toutes les classes de la société.

¹³ Voir Direction de la recherche et de l'analyse prospective *Immigration et des Communautés culturelles Présence en 2013 des immigrants admis au Québec de 2002 à 2011*. Juillet 2013. 36 pages. Voir aussi : in Statistique Canada *Document d'analyse Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada Enquête nationale auprès des ménages*, 2011, Canada. 24 pages.

Un grand nombre avait déjà quitté la Pologne pour s'installer dans les pays de l'Europe de l'Ouest, tels que l'Angleterre, la Belgique.

Arrivés au Canada, certains se sont installés au Québec, mais d'autres se sont installés en dehors du Québec; parmi eux un grand nombre sont venus s'installer définitivement au Québec.

3. Portrait des résidents polonais hébergés à L'Institut

3.1 Conditions d'admission

Tout d'abord, l'Institut héberge 126 résidents et résidentes.

Le Service régional d'admission (SRA) de l'Agence de la santé de Montréal nous réfère des membres de la communauté qui correspondent au profil ethnolinguistique de notre clientèle polonaise et des autres communautés slaves.

Cette collaboration et l'efficacité qui en résulte, nous permet de satisfaire, dans les limites du nombre de lits au permis, les attentes des membres de la communauté.

Cependant, en fonction de l'état de santé de la personne âgée référée et de la disponibilité des lits par programme, l'Institut peut être amené à admettre cette personne si elle provient de la communauté ukrainienne ou encore de l'une ou l'autre des communautés slaves.

La répartition de nos résidents en fonction de l'origine ethnique est la suivante, données internes en date du 17 janvier 2014:

Nationalité	Nombre	Pourcentage
Polonais	80	63,5%
Ukrainiens	37	29,4%
Slaves ¹⁴	9	7,1%

En CHSLD, dans la région de Montréal, l'évaluation actuelle se fait en termes d'heures-soins en vue de déterminer le programme de soins le plus propice à rencontrer les besoins du futur résident.

La très grande majorité, soit 92,1%, de nos résidents ont plus de 80 ans¹⁵. Voici leur répartition par catégories d'âges, au 17 janvier 2014 :

¹⁴ Biélorusse=1; Bulgare=1; Croate=2; et aussi des non-slaves comme : Hongrois=2; Lithuanien=1; Russe=2.

¹⁵ Dans le document Nouveau visage de l'hébergement de l'AQESSS il est fait état que : »En 2011-2012, 41% de la clientèle résidant en centre d'hébergement public était âgée de 85 ans et plus... » page 06.

Catégories d'âges	Nombre	%	% cumulé
55-64	2		
65-69	1		
70-74	2		
75-79	5		
80-84	16	12,7%	
85-89	32	25,4%	79,4%
90-120	68	54,0%	
	126		

Au 17 janvier 2014, il y avait à l'Institut 8 résidents ayant 100 ans et plus; en octobre 2014, 2 autres résidents auront atteint l'âge de 100 ans.

3.2 Nombre de lits au permis et programmes

Période	Nombre de lits au permis
Du 29 janvier 1996 au 10 août 1984	92 lits
Du 11 août 1984 à ce jour	126 lits

Nous pourrions en ajouter davantage comme il a été dit plus haut, si l'Agence de Montréal nous demandait d'augmenter notre capacité d'hébergement des membres des communautés que nous desservons, compte tenu que nous avons une liste d'attente; voir tableau plus loin.

À l'heure actuelle, nos 126 lits sont composés de :

Type de chambres	Nombre de chambres	Nombre de résidents
Chambre simple (à 1 lit)	68	68
Chambre double (à 2 lits)	29	58
Total	97	126

Ces 126 lits sont réservés à l'un ou l'autre des deux programmes suivants:

- Soit le programme 21 : lits réservés aux résidents dont l'état de santé demande moins de 3.0 heures-soins; cependant, le programme est décrit comme suit : Le programme 21 accueille des bénéficiaires ayant besoin de moins de 2.5 heures/soins par jour. Cette

clientèle présente des problèmes spécifiques qui demandent des soins médicaux et infirmiers, avec surveillance; par exemple, un client porteur de plusieurs maladies chroniques avec un début de perte d'autonomie.

- Soit le programme 31 : lits réservés aux résidents dont l'état de santé demande plus de 3.0 (3.5) heures-soins; alors que le programme est décrit comme suit : Le programme 31 accueille des bénéficiaires de 2.5 heures/soins et plus. Par exemple, un client avec grande perte cognitive et/ou grande limitation en matière de mobilité fonctionnelle.

3.3 Nouvelles catégorisations des résidents

En guise d'explication générale, pour être admis les besoins du résident doivent faire l'objet d'une évaluation et doivent aussi correspondre à un certain profil en termes d'heures-soins.

L'orientation ministérielle d'admettre en CHSLD public des résidents avec des profils élevés en heures-soins a amené des changements importants en termes de :

- non seulement d'admission, mais aussi en termes d'alourdissement de la clientèle, d'adaptation des installations des CHSLD, incluant les équipements, mais aussi,
- d'augmentation importante de la charge de travail des employés et,
- de besoins nouveaux de formation additionnelle requise pour rencontrer les besoins nombreux, les types de soins et de services requis par l'état de santé des résidents, et,
- de révision de l'organisation du travail dans le but de faire d'un CHSLD non seulement un tout harmonieux et intégré comprenant un milieu de travail, un milieu (institutionnel) d'hébergement et de soins et un milieu de vie substitut aux dimensions philosophiques, éthiques, sociales et organisationnelles.

En octobre 2013, *l'Agence de la santé de Montréal*, a entrepris les formations en vue d'implanter RSIPA et de permettre à tous les CHSLD du territoire de Montréal d'utiliser les profils ISO-SMAF pour évaluer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sévère.

Comme on peut le constater, à l'aide du tableau suivant, il y a eu un alourdissement important de la clientèle de *l'Institut* au cours des trois dernières années.

La répartition des lits en programme a évolué à *l'Institut*, tel que présenté dans le tableau :

<i>Nombre de lits /Programme</i>	<i>Avant 2010</i>	<i>Au 16 décembre 2013</i>
<i>Programme 21</i>	94	19
<i>Programme 31</i>	32	107
<i>Total de lits au permis</i>	126	126

En décembre 2013, il y avait en plus 5 dossiers de résidents en évaluation pour un rehaussement vers le programme 31, leur état de santé s'étant détérioré.

En 2014, *l'Institut* admettra ses nouveaux résidents à partir des profils ISO-SMAF et continuera avec le Service régional d'Admission de *l'Agence de Montréal* à gérer les admissions dans une optique qui va bien au-delà du territoire qui s'étend à tous les CSSS environnants.

3.4 Achalandage, taux d'occupation et liste d'attente

Il y a donc eu deux périodes à *l'Institut* dont l'année charnière a été 1984 :

Période		Nombre de lits au permis	Nombre total de résidents hébergés
Début	Fin		
29 janvier 1966	10 août 1984	92	411
11 août 1984	9 janvier 2014	126	780
			1191

C'est 1 191 résidents qui ont été hébergés pendant 17 520 jours de calendrier.

En termes de taux d'occupation, il est à prévoir que *l'Institut* est et sera en mesure d'utiliser à pleine capacité le nombre de lits au permis pour les prochaines décennies, surtout que *l'Institut* est le point de référence pour toutes les communautés slaves par la position occupée au sein de ces communautés.

La liste d'attente fait état de :

Programme	Nombre de personnes en attente d'hébergement
Programme 21	24
Programme 30	1
Programme 31	24
Total de :	49

4. Statut, contexte, positionnement et performances de l'Institut

Ces assises bien comprises et assumées dans l'explication de la spécificité de notre mission, nous sommes en mesure de faire état de notre statut particulier, du contexte d'évolution dans lequel *l'Institut* exerce son statut.

4.1 Statut : une réalité de droit et de fait

L'Institut s'appuie sur les assises légales qui ont confirmé sa raison d'être.

En 2004, comme il a été mentionné, *l'Assemblée nationale* a tenu compte, à nouveau, de la présence des communautés ethnolinguistiques et a reconnu l'apport respectif de chacune de ces communautés à l'édification du Québec d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

L'Assemblée a reconnu aussi leurs besoins spécifiques justifiant ainsi l'application d'une règle d'exception et la création d'un statut particulier, dont celui de *l'Institut*.

Il est très important de comprendre que le statut particulier de *l'Institut* est d'être un CHSLD/ public / non intégré à un CSSS /à vocation unique, i.e. ethnolinguistique spécifique afin d'accueillir, d'héberger et de soigner les membres des communautés polonaises, mais aussi ukrainiennes et les autres communautés slaves.

Ce statut particulier garantit son autonomie et valide sa démarche. Même si *l'Institut* comme tous les autres établissements de santé publics a à s'adapter au contexte évolutif du réseau de la santé, cette adaptation ne doit pas être une menace à son statut particulier.

4.2. Contexte d'évolution de l'Institut dans le continuum de services

La deuxième obligation de *l'Institut* peut être illustrée dans le contexte d'évolution; il s'agit de la détermination de ses administrateurs et de ses dirigeants à assurer à l'établissement une gouvernance durable et une gestion responsable, toutes les deux imputables auprès desdites communautés, du Gouvernement et de la population du Québec.

Les contextes passés et présents et notre projet d'avenir démontrent notre constance dans la poursuite de notre mission.

Comme le bassin de population justifie amplement le maintien et le développement de ses activités, *l'Institut* est résolu d'être vigilant et de défendre ses idéaux, et même, renforce sa détermination d'étendre ses activités.

4.2.1 Contexte passé

Né d'une initiative de la communauté polonaise et ses associations et endossé et reconnu par le Gouvernement, *l'Institut* au cours des 48 dernières années s'est acquitté de sa mission de façon constante, responsable, efficace et utile.

En 2004, entendu de nouveau en *Commissaire parlementaire, l'Assemblée nationale du Québec* reconfirme *l'Institut* dans son statut d'exception en regard à la nouvelle loi.

4.2.2 Contexte présent

Au cours des 10 dernières années, toujours fort de l'appui de sa communauté, *l'Institut* a répondu aux attentes du MSSSQ et s'est adapté à la nouvelle réalité environnante, a été agréé de fois en fois par les instances officielles en matière d'appréciation de la qualité des soins et des services.

L'Institut sait aussi que, en dehors de ces murs, il fait partie d'un vaste tout où les balises de bassin populationnel, de découpe territoriale, de continuité de soins, d'intensité des besoins, d'optimisation, d'amélioration continue de la qualité et de satisfaction de la clientèle viennent fixer les limites de ce qui est possible, souhaitable, acceptable, nécessaire, réalisable et imputable.

L'Institut en tant que CHSLD public s'inscrit, même s'il ne fait pas partie du CSSS Lucille-Teasdale, d'un continuum de soins et de services qui dépasse les limites géographiques du CSSS L-T et couvre un plus vaste territoire, un plus vaste bassin de population, mais il n'en demeure pas moins un des établissements de santé du territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (région 6) et est affecté par les orientations en matière de planification, d'organisation et de budgétisation des soins et des services.

L'Institut entretient des relations avec le *CSSS Lucille-Teasdale* afin de développer une collaboration dans les domaines communs.

L'Institut évolue aussi en tant que membre de l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux, car il est important de faire partie du concert des voix qui expriment l'importance de communiquer aux autres établissements ce que nous sommes et ce que nous faisons, assumant que notre différence bien expliquée et comprise sera tenue compte dans la détermination de sa contribution à l'effort collectif et permettra un meilleur partage,

une meilleure collaboration et une complémentarité en termes de continuum de services offerts aux membres des communautés desservies.

Enfin, précisons que L'Institut est en relation avec d'autres organismes du réseau de la santé et d'autres CHSLD afin de partager son expérience et son expertise dans le domaine.

4.2.3 Contexte futur : Enjeux

Même avec un statut autonome, l'Institut est affecté par les difficultés et les changements qui concernent les CHSLD publics ou plus largement l'ensemble des établissements de santé.

La réalité structurelle et organisationnelle du réseau a changé avec la création des Agences locales, des CSSS et de l'intégration et /ou de la fusion d'établissements et, aujourd'hui encore, elle continue de se transformer sous la double poussée : celle du financement et celle de la démographie du vieillissement de la population.

En termes de répercussions, au niveau de l'Agence de la santé, au niveau des CSSS, et, aussi des établissements autonomes comme le nôtre, tous sont mis à contribution, car il nous est demandé de déployer des efforts d'une part pour réduire les coûts de fonctionnement et d'autre part pour optimiser les modes de prestations de soins et de services dans un souci de qualité et de satisfaction de la clientèle.

Nous croyons que l'Institut a été sollicité au-delà des ressources qui lui sont nécessaires pour opérer l'établissement sans mettre en péril son statut et sa mission, puisqu'il ne semble pas avoir été tenu en compte qu'en tant que CHSLD non regroupé à un CSSS, l'Institut doit recevoir les ressources nécessaires et suffisantes pour s'acquitter de sa mission de façon autonome.

Parmi les moyens déployés, il y a les ententes de gestion et d'imputabilité, les mesures d'optimisation obligatoires tous azimuts qui sont une façon de faire, l'autre étant les fusions volontaires proposées aux établissements qui ne réussiraient pas à rencontrer les attentes notamment en matière d'équilibre budgétaire, et, les ententes de services si elles sont économiquement rentables pour les partenaires. Les spéculations vont bon train concernant la fusion de CSSS entre eux, aussi la fusion d'établissements, dont les établissements non-regroupés comme le nôtre et le démantèlement du Service régional d'admission de l'Agence de la santé de Montréal.

L'Institut dans ce contexte a fait des choix quant à sa façon de réaliser sa mission et conséquemment d'offrir des conditions de vie à ses résidents qui soient à la hauteur des attentes de :

- la communauté qui est desservie et de la population en général,

- des instances gouvernementales et
- des organismes d'appréciation de la qualité des soins et de services et de la satisfaction de la clientèle, et, de la qualité de son milieu de vie. Nous y reviendrons un peu plus tard dans ce document.

Dans le contexte présent aux enjeux déterminants pour son avenir, *L'Institut* est aussi interpellé par les réflexions, les débats, les actions et les enjeux qui concernent le sort des personnes âgées, souhaitant pour eux, dans le présent, des conditions de vie qui soient socialement conformes aux attentes de vivre en société une citoyenneté pleinement assumée, au cours du passage qui mène de la vieillesse à la fin de vie.

L'Institut est conscient et agit de façon conséquente, car par-delà le contexte évolutif des choix de société, des politiques, des structures et des modes, une réalité subsiste, la réalité de vie de tous les jours, en milieu de vie substitut en CHSLD, des résidents hébergés.

L'Institut se trouve donc en devoir d'affronter les épreuves avec ses propres moyens et l'appui de sa communauté, entre autres, et demander d'être traité en considération de son statut particulier.

Les épreuves auxquelles *L'Institut* fait face concernent la mise en péril de la qualité des soins et de son milieu de vie substitut¹⁶ avec l'impact de toute diminution budgétaire au-delà des ressources nécessaires et suffisante pour assurer son autonomie et sa propre existence.¹⁷

Ce qui est important de comprendre, c'est aussi la place que *L'Institut* occupe comme tel et par rapport aux autres CHSLD publics.

4.3 Positionnement de *L'Institut* et conséquences

Le positionnement, c'est-à-dire la place qu'occupe *L'Institut* découle de son statut particulier; c'est ce que nous verrons dans la prochaine section, et, aussi la position que nous occupons lorsque les performances sont comparées entre établissements de santé; cet aspect sera traité dans la seconde section.

4.3.1 Position statutaire

1. Puisque son statut est celui d'une des exceptions légitimes à la situation créée par la Loi et que

¹⁶ Voir sa réponse aux attaques dont elle a été l'une des victimes les 23 et 24 juillet 2013.

¹⁷ Voir l'état de son budget et les impacts de l'optimisation.

2. En tant que CHSLD géographiquement situé sur le territoire de l'Agence, l'*Institut* fait donc partie des établissements sous sa juridiction et ce, en fonction du rôle que l'Agence joue auprès des CSSS et des autres établissements de santé, sans oublier les établissements de santé non-regroupés qui constituent une catégorie à part;
3. L'*Institut* devrait être en position, par sa situation de droit et de fait, de réaliser la mission qui lui a été confiée, et, devrait recevoir l'aide et le budget nécessaire et suffisant du MSSSQ et de l'Agence pour s'en acquitter.

Le statut particulier de l'*Institut* conditionne donc tout le reste, c'est-à-dire la compréhension de son contexte d'évolution, ses liens avec la communauté, ses liens avec ses partenaires et les implications budgétaires sur ses modalités de réalisation de sa mission, et, conséquemment, sur le milieu de vie et sur les conditions de vie comme telles de ses résidents.

Si l'on reprend chacun des éléments de son statut particulier et de sa position unique, nous obtenons les caractéristiques suivantes :

1. Ce que le CHSLD¹⁸ *Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* N'EST PAS

- l'*Institut* N'EST PAS un CHSLD PRIVÉ
- l'*Institut* N'EST PAS un CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ
- l'*Institut* N'EST PAS un CHSLD PUBLIC INTÉGRÉ À UN CSSS
- l'*Institut* N'EST PAS un CHSLD PUBLIC FUSIONNÉ À UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

¹⁸ Selon le *Guide de dénomination d'établissements de santé*, du Gouvernement du Québec, 1999, 23 pages :

« CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

Cette expression est soumise à l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et pour l'utiliser, il faut détenir un permis délivré par le ministre de la Santé. (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 438.)

Sens de l'expression centre d'hébergement et de soins de longue durée :

Établissement qui offre, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

(*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 83.)

Dans certains cas, lors de fusions, un CHSLD peut devenir un centre de santé.

Sens de l'expression centre de santé

Établissement qui exploite un centre local de services communautaires (CLSC) et qui, en raison de la faible densité de population et de l'étendue du territoire, exploite également un centre hospitalier (CH) ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 92.)

2. Ce que l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. EST

Selon la dénomination de l'AQESSS qui décrit bien son statut,

- l'Institut est un CHSLD PUBLIC NON REGROUPE À VOCATION UNIQUE

3. Par NON REGROUPE, il est fait référence à la situation de droit et à la situation de fait que, comme d'autres établissements de santé¹⁹, L'INSTITUT A ÉTÉ EXCLU DE L'APPLICATION DE LA LOI sur la création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, sanctionnée le 18 décembre 2003.

4. Par voie de conséquence, sa vocation ethnolinguistique est unique

Sa vocation unique est d'héberger des personnes âgées en provenance de la communauté polonaise; son bassin de population s'étend aussi à la communauté ukrainienne et aux autres communautés slaves.

Du même coup l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. fait partie de la liste des établissements du secteur de la santé et des services sociaux qui fournissent leurs services à des personnes en majorité d'une langue autre que le français et ce, en vertu de l'article 29.1 de la Charte.²⁰

5. D'où la vitalité de ses liens avec la communauté polonaise

Ses liens avec la communauté s'étendent jusque dans ses relations avec les Associations polonaises locales et dans ses fréquentations avec l'Ambassadeur, les Consuls généraux et autres dignitaires de la République de Pologne qui participent aux nombreuses activités culturelles en relation directe avec les résidents et familles; la plupart des activités ont lieu à l'Institut même. Nous insistons sur cet aspect que nous considérons important pour la création du milieu de vie substitut.

¹⁹ Sur son site internet : http://www.agesss.qc.ca/934/Profi_des_etablissements.agesss ; dans la section Le CHSLD indique que « quelque 300 installations CHSLD sont intégrées aux 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. De plus, 10 CHSLD non regroupés sont également membres de l'AQESSS. Chaque année, 40 000 personnes en perte d'autonomie sont hébergées dans les CHSLD membres de l'Association. Sur son site : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php>, le MSSSQ indique que « Le nombre de CSSS est passé à 94 en 2011 et à 93 en 2013 en raison de fusions ». Le nombre de CHSLD non intégrés a aussi diminué suite à des fusions.

²⁰ http://www.oqlf.gouv.qc.ca/francisation/admin_publ/etablissementsante_291.html.

Nous entretenons aussi des liens avec les représentants des associations de la communauté ukrainienne et des autres communautés slaves; des activités y sont aussi réalisées.

6. Alors que sa desserte territoriale est étendue

La provenance des personnes âgées s'étend au-delà du territoire du CSSS L-T et peut provenir de la grande région de Montréal, compte tenu de son caractère ethnolinguistique unique au Québec. C'est le Service régional d'admission de l'Agence qui nous réfère la clientèle.

7. C'est dire son interdépendance avec l'Agence de Montréal et son indépendance vis-à-vis du CSSS Lucille-Teasdale

Puisque l'Institut ne dépend pas du CSSS, c'est avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal que nous faisons affaire en matière de gestion des ressources.

L'Institut participe donc aux activités organisées par l'Agence de Montréal; nous sommes aussi interpellés en matière de gestion et d'imputabilité. C'est l'Agence qui détermine notre budget et les montants d'optimisation à nous récupérer.

C'est le Service Régional d'Admission de l'Agence qui nous réfère les personnes âgées issues de la communauté polonaise, de la communauté ukrainienne et des autres communautés slaves qui correspondent au profil d'hébergement en CHSLD.

C'est aussi l'Agence qui s'assure avec l'Institut que nos actifs immobiliers et informationnels sont gérés en fonction des besoins identifiés et approuvés.

C'est enfin l'Agence qui s'assure du suivi d'application des recommandations de la visite ministérielle d'appréciation du milieu de vie.

8. D'où les implications suivantes de son statut particulier

- L'Institut est gouverné par son propre conseil d'administration.
- L'Institut est dirigé par sa propre équipe de direction.

- L'*Institut* est dans une situation où il DOIT se suffire à lui-même dans sa gestion et dans son mode de fonctionnement.
- L'*Institut* DOIT recevoir un budget adéquat, c'est-à-dire nécessaire et suffisant pour mener à bien sa mission.
- L'*Institut* héberge en premier lieu des membres de la communauté polonaise, puis ceux de la communauté ukrainienne, et plus généralement ceux des différentes communautés slaves.
- À l'*Institut*, au cœur des activités quotidiennes et des soins et des services aux personnes hébergées, la langue des communications internes, les valeurs, et les traditions sont polonaises (slaves); la langue administrative étant le Français.

Or, compte tenu de la situation critique que vit en ce moment l'*Institut*, nous croyons que ces implications n'ont pas été adéquatement comprises par l'*Agence* et que notre statut est mis en péril, c'est pour cela que l'*Institut* a résolu de clarifier sa contribution en tant que CHSLD non regroupé à vocation unique et à prendre sa place dans le contexte du continuum de services qui tend à se déployer autrement sous la poussée du *Projet de loi sur l'assurance autonomie*.

Il est clair qu'il n'est pas de l'intention de la communauté, ni des administrateurs et des gestionnaires de l'*Institut* de considérer comme solution la « fusion volontaire », l'intégration, ou une diminution de son statut identitaire et de sa mission spécifique.

Tout au contraire, même s'il est petit, l'*Institut* constitue un diamant dans le cou des communautés pas seulement polonaises, ukrainiennes et slaves, mais aussi de la communauté québécoise dans son ensemble, par sa contribution aux conditions de vie de ses résidents.

4.4. État de son budget et impacts de l'optimisation

4.4.1 Budget et optimisation

Les diminutions budgétaires dans le cadre des opérations d'optimisation calculées par l'*Agence* et appliquées à l'*Institut* au cours des 3 dernières années nous ont amené à nous questionner sur le montant de budget qui nous était consenti.

Les cibles d'optimisation correspondent à des montants à réduire des budgets d'opération pour *l'Institut* étaient les suivantes :

Année	Cible 25% Formation Publicité Déplacement (A)	Cible non remplacement ½ retraite (B)	Mesures d'optimisation (C)	Rehaussement Lits (D)	Écart =(A)+(B)+(C)+(D)	Budget après optimisation
2014-2015	À venir	À venir	À venir	Nil		
2013-2014	(41 665)	(21 828)	(370 086)	130 884	(302695)	7 742 922\$
2012-2013	(41 009)	(21 246)	(173 460)	29 889	(205826)	7 653 908\$
2011-2012	(40 126)	(20 772)	(35 586)	330 764	234280	7 844 708\$
2010-2011	(39 262)	(5 366)	0	203 994	159366	7 495 289\$
Montant total	(162062)	(69212)	(579132)	695531	(114875)	

Ce qu'il faut expliquer c'est que, de 2010-2011 à 2013-2014, plusieurs phénomènes se sont conjugués pour créer l'état de situation budgétaire critique actuel :

- 1) Un sous-financement du budget de *l'Institut*; voir le tableau de comparaison des budgets 2012-2013 de plusieurs CHSLD.
- 2) En même temps, un alourdissement de la clientèle du programme 31 qui est passé de 32 lits à 107 lits (au 16 décembre 2013) et qui ont fait l'objet d'un rehaussement budgétaire.
- 3) Des cibles d'optimisation dont les effets ont été d'annuler une très grande partie des rehaussements budgétaires et de ramener les ressources disponibles à un niveau antérieur, malgré l'alourdissement de la clientèle qui requiert des ressources en quantité nécessaire et suffisante.
- 4) Le budget d'exploitation, sans le recours aux montants de la Mutuelle, des revenus additionnels non récurrents et à l'offre propre, pour l'année en cours sera déficitaire non à cause de dépenses excédentaires mais à cause d'un manque de revenus ou autrement dit, d'un sous-financement et de mesures d'optimisation qui ne tiennent pas compte de la réalité de *l'Institut* en tant que CHSLD non regroupé avec vocation unique.
- 5) De plus, en 2013-2014, le montant de la récupération dans le cadre des optimisations pour le territoire de Montréal était de \$100 millions; or, *l'Agence* nous fait savoir qu'il y aurait probablement une autre année d'optimisation de \$80 millions; avec une semblable mesure, *l'Institut* se trouvera en situation de déficit chronique.

6) On sait de plus que les établissements publics doivent être en équilibre budgétaire²¹.

Toute cette situation budgétaire critique demande un travail de compréhension et de collaboration entre *l'Institut* et *l'Agence* afin de résoudre le dilemme aux bénéfices des résidents que nous hébergeons.

4.4.2 Comparaison budgétaire avec d'autres CHSLD

Le tableau suivant ne laisse pas beaucoup de doute que, toutes choses étant égales par ailleurs, nous occupons (c'est le moins que l'on puisse dire!) une dernière place en ce qui concerne les montants alloués par lit si nous nous comparons à d'autres CHSLD similaires. Les données présentées dans le tableau qui suit proviennent des états financiers AS-471 vérifiés et rendus publics.

Nous savons qu'il s'agit là d'une méthode qui n'a pas la précision des calculs élaborés qui sont utilisés pour déterminer le budget alloué et qui tiennent compte de l'aspect historique et des aspects offres de services et organisationnels, mais cette méthode simple de notre part met suffisamment en évidence les écarts qui différencient le budget d'un établissement par rapport aux autres.

Nous nous sommes donnés de plus une balise additionnelle : après s'être comparé avec 4 autres CHSLD publics, nous avons fait le même exercice avec 9 CHSLD privés conventionnés, sachant très bien que d'autres facteurs sont tenus en compte dans la détermination du budget des 'privés conventionnés'.

La comparaison avec d'autres CHSLD publics met en évidence qu'en termes de budget net alloué par lit, *l'Institut* reçoit pour chaque lit 46 245\$; soit 19 149\$ par lit de moins que le CHSLD public immédiatement supérieur à celui de *l'Institut*.

Nous rappelons que nous avons 126 lits! Donc, si nous multiplions 126 lits par 19 149\$/lit, nous obtenons un montant 2 412 774\$!!! L'écart est considérable. Même dans ce contexte, il est demandé à *l'Institut* des efforts d'optimisation, comme nous le verrons tantôt, qui ont des conséquences critiques pour notre avenir.

²¹ Chapitre E-12.0001 *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*. À jour au 1er décembre 2013.

		P300, L19	P233, L16 + L17				
			Lits	Budget net/	Cadres	Lits/Cadres	
	Établissements Publics	Budget Net	dressés	Lits			
1)	Le Centre Gériatrique Maimonides (375 lits longue durée) (4 lits programme 32) (8 lits programme 68)	\$ 31 251 316	387	\$ 80 753	35	11	
2)	Centre de soins prolongés Grace Dart (342 lits longue durée) (15 lits temporaires) Permis - 366 lits + 15 temporaires	\$ 25 761 166	357	\$ 72 160	21	17	
3)	CHSLD Juif de Montréal (312 lits longue durée) (8 lits programme 68)	\$ 21 825 538	320	\$ 68 205	20	16	
4)	Hôpital Chinois de Montréal	\$ 8 370 470	128	\$ 65 394	5	26	
5)	CHSLD ICPBE	\$ 5 826 869	126	\$ 46 245	3	42	
	Établissements Privés Conventionnés						
1)	CHSLD Bourget (Permis 112 lits)	\$ 6 869 678	80	\$ 85 871	8	10	
2)	CHSLD Bussey (Permis 42 lits)	\$ 2 726 852	35	\$ 77 910	5	7	
3)	CHSLD Providence des Lourdes	\$ 12 433 469	162	\$ 76 750	10	16	
4)	Centre Hébergement Maison Saint Joseph (Permis 93 lits)	\$ 5 664 667	80	\$ 70 808	9	9	
5)	CHSLD Bayview	\$ 9 037 670	128	\$ 70 607	8	16	
6)	Résidence Berthiaume du Tremblay (Permis 246 lits)	\$ 15 448 769	223	\$ 69 277	27	8	
7)	Centre Le Cardinal (Permis 204 lits)	\$ 11 390 569	174	\$ 65 463	12	15	
8)	Résidence Angelica	\$ 22 541 953	347	\$ 64 962	21	17	
9)	Les Cèdres (Centre d'accueil pour personnes âgées)	\$ 1 892 659	32	\$ 59 146	3	11	
	CHSLD ICPBE	\$ 5 826 869	126	\$ 46 245	3	42	

Nous n'avons pas trouvé d'explications et nous n'en avons pas encore reçues qui justifieraient la grandeur des écarts entre nous et tous les autres établissements qui reçoivent beaucoup plus que nous.

La présente *Commission*, dans son *Document de consultation* à la page 8, fait état des données suivantes:

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coût annuel moyen d'une place en CHSLD, en 2011-2012, était de 74 973 (C'est nous qui soulignons Rédacteur GT). Toutefois, en 2012, le Vérificateur général du Québec a effectué des travaux sur les services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans son rapport, il conclut que ce montant est une estimation pour l'ensemble des établissements.

Il précise que les coûts engagés ne sont pas tous pris en compte. Suivant son analyse, les sommes déboursées par les agences de la santé et des services sociaux et les établissements varient d'un centre à l'autre. À titre d'exemple, le Vérificateur général explique que dans les 23 CHSLD publics sondés, les montants déboursés varient de 61 551 \$ à 90 820 \$. Une variation similaire est observable dans les centres privés conventionnés (C'est nous qui soulignons Rédacteur GT).

Coûts d'une place (ou lit) en CHSLD public:

Au 31 mars 2012, une place en centre d'hébergement public coûtait en moyenne 93 256\$ par année au système de santé québécois (MSSS/AS-471, 2012).²²

En faisant l'hypothèse que le MSSSQ ne financerait chaque lit qu'à 70% des coûts, le budget par lit serait de 65 279\$. Or, on constate dans le tableau que nous vous avons présenté que le budget immédiatement supérieur à *l'Institut* parmi les CHSLD publics reçoit 65 394\$. L'*Institut* reçoit 46 245\$ par lit !

Avec 46 245\$, nous sommes en dessous du minimum de 61 551\$ et forcément en-dessous du 65 279\$.

Nous sommes encore plus perplexes.

Maintenant regardons de plus près la « cible de non remplacement 1 cadre sur 2 qui part à la retraite²³ » et la « cible de 25% (de réduction) de la formation, de la publicité et de déplacement »; ces cibles s'appuient sur le *projet de loi no 100* dont voici l'extrait pertinent :

²² Page 15, *Le nouveau visage de l'hébergement public...* AQESSS, Automne 2013.

²³ *Projet de loi n No 100 (2010, chapitre 20) Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette* Présenté le 12 mai 2010 Principe adopté le 20 mai 2010 Adopté le 11 juin 2010 Sanctionné le 12 juin 2010.

« SECTION III
CONTRÔLE DE CERTAINES DÉPENSES ET LIMITES RELATIVES
À L'EMBAUCHE

11. Les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes du réseau de l'éducation et les universités doivent, au terme de l'exercice débutant en 2013, avoir réduit leurs dépenses de fonctionnement de nature administrative d'au moins 10 % par rapport aux dépenses de fonctionnement de même nature engagées pendant l'exercice débutant en 2009.

À cette fin, les organismes du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes du réseau de l'éducation doivent notamment prendre les mesures nécessaires afin que, au terme de leur exercice débutant en 2010, la somme de leurs dépenses de publicité, de formation et de déplacement ait été réduite de 25 % par rapport à la somme de ces dépenses de l'exercice précédent.

12. Afin de contribuer à la réduction des dépenses de fonctionnement, la taille des effectifs du personnel d'encadrement et du personnel administratif des organismes du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation et des universités doit être réduite en privilégiant l'attrition.

Cette réduction se poursuit jusqu'au terme de l'exercice débutant en 2013 même si les dépenses de fonctionnement ont été réduites conformément à l'article 11. »

L'atteinte de ces cibles par la réduction du budget n'a pas pour objectif de réduire les services et les soins directs aux résidents, ni de réduire les dépenses de fonctionnement au point de mettre en péril la mission et l'autonomie de l'établissement.

Voyons comment s'applique l'atteinte de ces cibles.

4.4.3 Application de la « cible de non remplacement 1 cadre sur 2 qui part à la retraite »

La somme prélevée au cours des 3 dernières années totalise 69 212\$; nous faisons référence au tableau de la section 4.4.1.

À l'Institut, le nombre de hors-cadre et de cadres (supérieur et intermédiaire) était, en 2010-2013, de 3;

De 2010 à 2013, tous les titulaires de postes ci-haut ont pris la retraite;

Si l'on applique la logique de non remplacement de 1 cadre sur 2, cela veut dire que nous aurions dû conserver que 1.5 postes des 3 postes existants;

Ce qui est un non-sens compte tenu du nombre déjà très réduit de cadres en fonction à l'Institut comparativement à d'autres CHSLD publics;

Dans ces circonstances nous avons reconduit les 3 postes soient celui de la directrice générale (hors-cadre), celui de la directrice des soins infirmiers (cadres supérieur) et celui du chef des installations matérielles (cadre intermédiaire);

Ce qui veut dire que les 3 cadres assument l'ensemble des fonctions d'encadrement et les responsabilités administratives des unités de vie pour la directrice des soins infirmiers, de tous les services auxiliaires pour le chef des installations matérielles, et de tous les autres services pour la directrice générale (services des ressources humaines, service de santé, pastorale, loisirs, réadaptation, paie, finances, comptes à recevoir, comptes à payer, approvisionnement, pharmacie, etc.).

Donc, 3 cadres assistés de 7 employés pour assurer l'exécution des tâches au quotidien relatives à 1. l'admission/réception, 2. aux comptes à recevoir, 3. aux comptes à payer & approvisionnements, 4. à la comptabilité, 5. aux ressources humaines & au bureau de santé, 6. à la paye et informatique, et 7. aux cédules & à la liste de rappel. Notons que ce personnel est polyvalent et qu'il y a des contacts journaliers avec les résidents, membres de famille, proches, fournisseurs, etc.

4.4.4 Application de la « cible de 25% (de réduction) de la formation, de la publicité et de déplacement »

La somme prélevée au cours des 3 dernières années totalise 162 062\$. Cette somme représente en très grande partie de la formation donnée à notre personnel.

Cette réduction dans nos dépenses de formation a été faite au cours de la même période où il y a rehaussement de 75 lits au programme 31, pour porter le total à 107 lits au programme 31 et 19 au programme 21.

Cet alourdissement de la clientèle représente une surcharge de travail, demanderait un ajout de personnel, voire une réorganisation du travail et devrait justifier l'adaptation du personnel, compte tenu de la nécessité de modifier le travail afin de rencontrer les besoins complexes de la clientèle du programme 31.

Les réductions du budget dans le cadre de l'optimisation et du *projet de loi 100* ont eu pour effets contraires suivants :

- D'une part, les montants d'argent alloués pour le rehaussement ont été en quelque sorte « récupérés » si on les compare au montant des coupures et,
- d'autre part, le budget de formation continue offerte aux employés (qui est une nécessité dans un contexte d'adaptation aux besoins complexes de la clientèle) a été réduit , alors que la formation donnée avait pour but d'adapter les connaissances de nos

employés auprès des résidents, de trouver des moyens pour mettre en place une organisation du travail adaptée et plus efficace, et ainsi d'éviter une dégradation du climat de travail, l'occurrence de l'épuisement, des absences maladies et des accidents du travail et des impacts négatifs sur le rendu des soins et des services.

- En ce qui concerne la formation, nous avons été contraint de réduire de ½ le budget de formation PDSB; ce qui constitue pour nous une démarche qui expose les employés et les résidents à de plus grands risques, surtout dans un contexte de rehaussement au programme 31 qui a eu lieu au courant des 3 dernières années, alors qu'il aurait fallu davantage de formation pour préparer les employés à cette réalité : formation dans l'approche relationnelle, formation du Programme de Déplacement Sécuritaires des Bénéficiaires (PDSB), formation AGIR, entre autres.

EN CONCLUSION à cette section, nous sommes d'avis que les effets combinés d'un budget sous-financé sur lequel est appliqué, sans autre considérations, des mesures de réduction budgétaire compromettent le respect des obligations qui sont que :

- L'*Institut* est dans une situation où il DOIT se suffire à lui-même dans sa gestion et dans son mode de fonctionnement.
- L'*Institut* DOIT recevoir un budget adéquat, c'est-à-dire nécessaire et suffisant pour préserver son statut particulier et pour mener à bien sa mission.

Cette obligation du respect du budget alloué et conséquemment de l'atteinte de l'équilibre budgétaire met en cause les ratios d'utilisation des ressources allouées que traduisent les concepts de performance et de productivité.

4.5. Nos performances : parmi les meilleures

Malgré le fait évident que nous avons un budget par lit le plus bas des CHSLD publics auxquels nous nous sommes comparés, nous réussissons à atteindre des niveaux respectables de productivité et d'efficacité qui démontrent que nous sommes performants, mais il y a un prix à payer et des limites à ne pas franchir.

Ces limites nous croyons les avoir atteintes en 2013-2014, puisque nous nous retrouverons en déficit brut de plusieurs dizaines de milliers de dollars, en excluant les ajustements de la Mutuelle, les revenus additionnels non récurrents et notre avoir-propre).

Si l'hypothèse d'une autre année d'optimisation s'applique en 2014-2015, à 80% de l'année précédente, donc de 80 millions de dollars pour les établissements sur le territoire de *l'Agence de santé*, alors nous nous retrouverions avec une diminution additionnelle d'environ 150 000\$ dont la conséquence est de créer une situation de déficit annuel récurrent pour *l'Institut*.

Ce déficit chronique qu'appréhende *l'Institut* serait dû non pas à un excédent ou surplus de dépenses, mais suite à un sous-financement de notre budget auquel s'ajoute une diminution de revenus par l'application de mesures qui ne tiennent pas compte de notre statut particulier qui requiert des ressources nécessaires et suffisantes pour réaliser notre mission.

Dans le réseau, cela ne date pas d'hier, toute une démarche de comparaison a été entreprise pour évaluer les performances des établissements dans divers domaines; on parle de benchmark ou benchmarking et d'identification des meilleures pratiques dans différents domaines.

Il s'agit donc de nous comparer avec les autres CHSLD afin de connaître notre positionnement, le rang que nous occupons en comparaison des autres.

Alors, la question est de savoir où se place, où se positionne *l'Institut* : quelles sont ses performances ?

4.5.1 Caractéristiques des CHSLD regroupés et non regroupés

Mais avant de se poser la question, nous avons un doute qu'il faut résoudre. Ce doute se formule ainsi : Puisque *l'Institut* a un statut de CHSLD public non regroupé à vocation unique, peut-il se comparer à un CHSLD public regroupé à vocation unique ou non; ce dernier n'ayant pas les mêmes contraintes?

Le tableau qui suit met en évidence les principales caractéristiques du statut de NON REGROUPE par rapport à REGROUPE et les implications pour *l'Institut* (ICPBEI).

Dans le tableau qui suit, nous comparons les principales caractéristiques entre ICPBEI - CHSLD public NON REGROUPE à vocation unique et un CHSLD public REGROUPE à vocation unique ou non²⁴ :

²⁴ Les informations que nous avons recueillies ne font pas état des particularités de chaque CSSS, mais ont été recueillies sur une base aléatoire et informelle.

<i>ICPBEI - CHSLD public NON REGROUPE à vocation unique</i>	<i>Un établissement CHSLD public REGROUPE à vocation unique ou non</i>	<i>Implications pour l'ICPBEI</i>
A un conseil d'administration propre	N'A PAS de conseil d'administration propre, mais relève du CA du CSSS	Chaque réunion du CA et des comités demandent un investissement important en termes de préparation pour la directrice générale.
A une équipe de direction dont une directrice générale	N'A pas de directeur général qui dirige le CHSLD	Le maintien d'un minimum requis de personnel d'encadrement constitue des coûts nécessaires à la gestion de l'établissement. Le plan d'organisation prévoit : 1 hors-cadre : la directrice générale; 1 cadre supérieur : la directrice des soins infirmiers; 1 cadre intermédiaire : le chef des activités techniques À trois, ils assurent la gestion complète de l'ICPBEI.
A une équipe de non-cadres pour effectuer l'ensemble des tâches administratives	N'A pas d'équipe complète comme tel, car il partage les ressources du CSSS.	Les tâches relatives à l'admission des résidents, à l'accueil, à l'application de la convention collective, à la préparation de la paie, au budget et aux comptes à recevoir, aux comptes à payer et aux approvisionnements, et, aux cédules et liste de rappel sont effectuées par notre équipe à l'ICPBEI.
A un plan d'organisation incluant tous les comités requis par la Loi et, conséquemment, doit assumer tous les coûts de participation et de remplacement du personnel sur ces comités	A sans doute les mêmes obligations et des coûts identiques, mais au niveau du CSSS.	Ce qui représente une difficulté de remplacement des personnes qui y participent et des coûts de remplacement.
A un agent de relations humaines (équivalent à un travailleur social) qui parle polonais et qui	A sans doute une équipe d'intervenants psychosociaux ²⁵ pour effectuer l'activité au niveau du	Chez nous, ce professionnel doit obligatoirement parler le Polonais, le Français et l'Anglais afin d'assurer des communications complètes entre le

²⁵ Cf. : Maltais, D., Lachapelle, R., Tremblay, M., Bourque, D., Savard, S. *La création des CSSS et ses impacts sur les pratiques des intervenants psychosociaux*. Séminaire du LAREPPS Montréal 18 mars 201.

<i>ICPBEI - CHSLD public NON REGROUPE à vocation unique</i>	<i>Un établissement CHSLD public REGROUPE à vocation unique ou non</i>	<i>Implications pour l'ICPBEI</i>
travaille à temps partiel pour procéder à l'étude et l'ouverture des dossiers, à l'évaluation régulière de leur profil et aux interventions au cours du séjour du résident auprès des familles, Curateur et toutes autres instances.	CSSS.	futur résident-les membres de sa famille-les instances, organismes et autres établissements de santé, entre autres. Par insuffisance de budget, ce professionnel est à temps partiel, alors que nous aurions besoin de plus d'heures.
N'A PAS un volume d'achats suffisant pour générer des économies d'échelle	A un volume d'achats suffisant s'il est associé aux autres CHSLD et autres établissements du même CSSS d'appartenance	Avec 126 lits, la négociation est constante avec les fournisseurs pour obtenir les meilleurs prix sur le marché et compte tenu des volumes d'achat. L'ICPBEI participe à Sigma-Santé le plus possible.
A à développer sa propre configuration réseau informatique interne en fonction des besoins	A des liens de réseautage avec le CSSS et les autres établissements du CSSS	S'assure de minimiser les coûts de développement et d'acquisition de logiciel Tout est fait à l'interne, dans le respect des normes en vigueur
N'A PAS d'autres ressources à sa disposition, sauf par ententes de services et conséquemment déboursés additionnels	A la possibilité de recourir aux ressources du CSSS pour obtenir des services payants, si disponibles au sein du CSSS	Évite toutes dépenses qui ne sont pas directement en relation avec les résidents.
A une équipe de 3 médecins pour un maximum de 18 heures de consultation / intervention par semaine	A sans doute une équipe de médecins disponibles.	Nos médecins sont d'origine slave.

Donc, il ressort de ce tableau que :

- l'*Institut* étant un CHSLD non regroupé n'est donc pas dans la même situation qu'un CHSLD public intégré dans un CSSS;

- *l'Institut doit compter sur ses propres ressources pour son fonctionnement.*
- *À tous points considérés, sa gestion est responsable en préservant sa capacité à agir de façon autonome.*

EN CONSÉQUENCE, *l'Institut* doit prendre l'initiative de son autosuffisance et s'assurer qu'il reçoive du MSSSQ et de l'Agence de Montréal, les budgets nécessaires et suffisants pour le maintien et le développement de ses activités, de sa mission, dans des conditions qui lui assurent l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Comme nous sommes donc en situation de devoir assumer l'ensemble des coûts, puisque notre fonctionnement est autonome et ne peut générer des économies d'échelle, nous devons répondre à une autre question : quelle est la valeur d'une comparaison de performance entre un CHSLD non intégré comme l'ICPBE et des CHSLD intégrés?

La comparaison de performance peut servir d'indication sur ce qui peut être fait pour améliorer les ratios, les coûts unitaires, par exemple; cependant, nous ne croyons pas que cette comparaison devrait être de nature à faire des reproches à l'ICPBEI pour non-performance ou encore pour inefficacité des ressources mises à sa disposition sans tenir compte de son statut de non-regroupé ou non-intégré à un CSSS. L'autonomie requiert des ressources en quantité nécessaire et suffisante.

Maintenant, voyons comment se place, se positionne *l'Institut* en termes de performance.

4.5.2. Performances de l'Institut, selon l'AQESSS

D'ailleurs, c'est ce que l'AQESSS a fait en comparant dans son rapport les performances de *l'Institut* par rapport à d'autres établissements ayant un statut de non-regroupé et par rapport aux autres établissements membres de l'AQESSS.

Fions-nous d'abord aux données analysées par l'AQESSS²⁶ et attardons-nous aux résultats pour *l'Institut*²⁷. Il ressort que *l'Institut* soutient à plus d'un titre la comparaison avec des CHSLD et que malgré que *l'Institut* soit un établissement de petite taille, qu'il doit se suffire à lui-même, nous réussissons à obtenir des résultats plus qu'appréciables en termes de performance et d'efficience.

²⁶ Pour mieux comprendre la performance à travers les indicateurs retenus, l'AQESSS a produit un formidable outil à ce sujet : *PERFORMANCE EN LIGNE Formation sur le rapport méthodologique du rapport performance*.2013 de 49 pages.

²⁷ In *Rapport d'évaluation globale et intégré Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. Données de 2010-2011* Février 2013.

En fait, dans un contexte de sous-financement, *l'Institut* réussit à maintenir des niveaux remarquables dans l'atteinte des objectifs définis dans les autres grandes dimensions de la performance organisationnelle : 1- l'adaptation : atteinte de l'objectif à 100%; 2- le maintien des valeurs : 98% 3- la production : en ce qui concerne la productivité, atteinte de l'objectif à 100%; 4- l'atteinte des buts.

Si on entre dans le détail des indicateurs, on constate que *l'Institut* a des performances non seulement en le comparant au groupe d'appartenance, mais aussi pour l'ensemble des membres de l'AQESSS auxquels nous avons été comparés.

Cependant, cette situation risque de changer : aujourd'hui notre clientèle s'étant alourdie considérablement au cours des 3 dernières années (rappel : nous sommes passés de 32 lits-résidents programme 31 à 107 lits-résidents sur 126 lits au permis), notre budget ayant rétréci, il lui faudra disposer du budget nécessaire et suffisant pour augmenter les ressources des soins et des services.

4.5.3. Performances de l'Institut, selon l'Agence

- 4^{ème} rang pour le service alimentaire : 5,24\$/jours-repas;
- 68% des achats faits dans le cadre de Sigma-Santé;
- Ratio cadres : le plus bas des CHSLD auxquels nous sommes comparés;
- Entente de gestion et d'imputabilité : nous n'utilisons pas de main-d'œuvre indépendante, l'utilisation du temps supplémentaire est minime même si au niveau des invalidités en assurance-salaire, nous assumons notre part de difficulté à rencontrer la cible qui nous est fixée par l'Agence.
- Les mesures d'équilibre budgétaire : nous avons maintenu l'encadrement au niveau critique : soit 1 hors-cadre, 1 cadre supérieur et 1 cadre intermédiaire, même s'il y a eu 3 départs pour la retraite depuis 3 ans; malgré les coupures budgétaires à ce poste, nous avons maintenu les dépenses pour les 3 postes. Notre situation particulière aurait dû être signalée au MSSQ afin d'éviter la situation paradoxale dont l'Institut est victime.

4.5.4. Performances de l'Institut, selon le MSSSQ.

Nous sommes d'avis que *l'Institut* a donc réussi à satisfaire aux attentes en matière de performance et ce, dans un contexte de fonctionnement autonome avec tout ce que cela comporte en termes de coûts associés aux activités de gestion et de fonctionnement, malgré que nous manquons d'indicateurs en provenance du MSSSQ à ce sujet.

4.5.5. Performance budgétaire de l'Institut

L'Institut a réussi à le faire jusqu'à maintenant et particulièrement au cours des trois dernières années d'optimisation (2010 à 2013), avec le budget déterminé que nous avons comparé précédemment avec d'autres CHSLD publics et, même si la comparaison est déficiente, avec des CHSLD privés conventionnés, par curiosité dans ce dernier cas.

Or, depuis trois ans, avec l'optimisation, la situation s'est aggravée mettant en évidence certaines contradictions dans l'attribution des ressources financières à l'Institut.

Si nous avons terminé l'année financière 2012-2013 en équilibre budgétaire, nous sommes en mesure de prévoir que dès 2013-2014 (l'année en cours) et encore plus l'année prochaine 2014-2015 dans l'hypothèse d'une autre année d'optimisation, nous serons en déficit d'opération, c'est-à-dire avant l'application de toutes ressources additionnelles non-récurrentes (remboursement de la Mutuelle, revenus non-récurrents, avoir-propre).

Nous avons pris le temps d'expliquer en détails notre situation financière de manière à faire réaliser que dans tous les changements qui affectent les établissements publics du réseau de santé, il y a des « oublis » qui nécessitent d'être corrigés afin de rendre justice à la contribution qu'apporte l'Institut en matière d'hébergement de personnes âgées.

Nous sommes d'avis qu'il nous faut nous aussi contribuer à l'effort de réduction des coûts; nous voulons le faire par une augmentation de la productivité, par la stabilité du milieu de travail, par le recours aux appels d'offres publiques en matière d'octroi de contrats de services, par un mode collaboration médecins/pharmacienne/personnels des soins/autres professionnels de la santé et thérapeutes qui soit plus efficace.

4.5.6. Autres éléments de performance

Parmi d'autres ratios qui démontrent notre situation Lean en matière d'utilisation des ressources, nous pouvons mentionner :

Source	Ratio d'infirmière/ résidents en CHSLD	Nombre		
		Jour	Soir	Nuit
OIIQ	1 infirmière pour 20 résidents	n.d.	n.d.	n.d.
ICPBEI		1 pour 38 1 pour 44	1 pour 126	1 pour 126

Selon les recommandations de l'OIIQ, il y aurait nécessité d'une (1) infirmière par 10 résidents pour assurer la qualité des soins et des services²⁸.

5. Mode de gestion LEAN adapté au milieu de vie substitut en CHSLD public

Compte tenu de son statut de CHSLD non regroupé à un CSSS, donc autonome, *l'Institut* doit s'autosuffire. En conséquence, avec son sens de l'économie et les années d'expérience, nous avons réussi à réduire nos dépenses et l'exercice se poursuit, avec la révision des contrats de service.

En ce qui concerne l'utilisation des ressources, nous travaillons à améliorer la productivité des services techniques.

Dans les services administratifs, il existe une polyvalence qui s'avère d'une grande efficacité, puisque le travail réalisé de cette façon nous permet d'éviter le recours à des ressources extérieures.

Avec 3 cadres qui assument la totalité de la gestion, *l'Institut* est plus que « Lean ».

6. Qualité, satisfaction de la clientèle et agrément

L'Institut a une autre obligation majeure qui concerne la qualité des soins et des services, la satisfaction de la clientèle et l'obtention de la reconnaissance par des organismes indépendants d'évaluation de la qualité, tels que *Agrément Canada* et *Conseil québécois d'agrément*.

Depuis de nombreuses années, *l'Institut* a fait partie de cette démarche et les résultats des évaluations lui ont permis de mettre en place des mesures d'amélioration continue de la qualité.

L'Institut est à l'écoute des résidents, les membres de leurs familles et les proches et déploie les efforts requis pour trouver des solutions satisfaisantes.

Dans les conditions décrites tout au long de cette présentation *l'Institut* a réussi grâce à l'appui des membres de sa communauté, de la *Fondation*, du Conseil d'administration, de sa direction

²⁸ Chouinard, Tommy CHSLD : infirmières réclamées, in La Presse Montréal, mardi 29 octobre 2013, page A5.

et de son personnel à poursuivre sa mission dans la satisfaction des instances d'évaluation de la qualité des soins et des services et de la satisfaction de la clientèle.

Nous entendons, dans le futur, créer les opportunités pour que *l'Institut* aille jusqu'au bout de tout son potentiel de réalisation.

7. Milieu de vie substitut

L'Institut a réussi tout au long des 48 années d'existence à créer un milieu de vie substitut pour ses résidents : son approche fortement communautaire du début, l'importance des valeurs, des traditions, des mœurs, des habitudes de vie, les activités sociales, culturelles et récréatives directement en présence des communautés ont été de puissants déterminants des conditions de vie de ses résidents; dans ce contexte, l'approche « milieu de vie substitut » pour les personnes âgées en provenance des communautés polonaises, ukrainiennes et slaves avait et a toujours un terrain privilégié pour inspirer au quotidien les attitudes, les paroles et les comportements de tous et chacun.

Conclusion

L'Institut est plus qu'un CHSLD public, c'est une institution, c'est aussi un foyer-rassembleur des forces communautaires; c'est aussi potentiellement un lieu de rayonnement et de lien avec la République de Pologne dans une démarche de collaboration. C'est un exemple de mode de gestion LEAN adapté à l'approche milieu de vie substitut pour une qualité de temps auprès de résidents et d'approche où l'attention, l'écoute et la présence d'une autre personne sont fondateurs et déterminants.

EN RÉSUMÉ, de ce profil il faut retenir que *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* :

1. Est issu de la volonté caritative de la communauté et des associations polonaises d'apporter hébergement, aide, assistance et soins aux personnes âgées, citoyens canadiens d'origine polonaise et ainsi fournir une contribution significative au besoin de la population du Québec;
2. A été et continue d'être un citoyen corporatif modèle par son souci de l'environnement et de respect de son voisinage;
3. A reproduit les conditions culturelles d'un milieu de vie respectueux des valeurs, croyances, mœurs et traditions du pays d'origine de ces résidents, tout en rencontrant l'ensemble de leurs besoins fondamentaux;

4. A rencontré et continue de rencontrer, au fil du temps et selon les modalités en usage, les normes de pratiques, de qualité tant des instances québécoises que canadiennes d'appréciation de la qualité;
5. Poursuit sa démarche d'amélioration continue de la qualité et de la satisfaction de la clientèle;
6. Souhaite la reconnaissance de sa contribution en tant que CHSLD public non-intégré à un CSSS dont la mission consiste à répondre aux besoins de la communauté polonaise et, au besoin, de la communauté ukrainienne et les autres communautés slaves et ce, dans la continuité de soins ;
7. Possède un caractère unique et authentique;
8. Est un établissement public, donc financé par l'État, qui a été exclu, compte tenu de sa vocation spécifique, de faire partie obligée d'un CSSS;
9. A son propre conseil d'administration et sa propre direction;
10. Assume les coûts de son autonomie et celui du caractère culturel et ethnolinguistique distinct;
11. A le plus bas budget par lit et,
12. A une productivité et des performances enviables ;
13. Travaille à se rapprocher de ses partenaires tant du territoire des CSSS ainsi que des autres instances et à se développer en réseau tout en préservant son autonomie;
14. Est sous-financé : ce qui met en péril son statut particulier et sa mission et demande une révision de sa base budgétaire et un caractère de pondération dans sa contribution aux opérations d'optimisation et de l'application des mesures d'application de la *Loi sur l'équilibre budgétaire*.
15. Constitue une des exceptions qui confirment la règle par sa détermination et par la complémentarité de sa différence.

Fin de la 1^{ère} partie de 3 du Mémoire de *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*

Annexe I - Extrait Journal *des débats* Commission des affaires sociales Version finale, Le lundi 10 mai 2004

« Alors, de quoi s'agit-il, à Montréal? Quand on regarde rapidement, d'une part, on comprend que le ministre a reçu des recommandations de l'agence, que j'ai ici, là, qui, systématiquement, ont écarté de la fusion... (C'est qui soulignons - Rédacteur : GT) en fait des regroupements les établissements à vocation ethnoculturelle: je pense à l'Hôpital chinois, l'Institut canadien-polonais (C'est qui soulignons - Rédacteur : GT); je pense également au Centre Mont-Sinaï, le Centre gériatrique Maimonides, le CHSLD Juif de Montréal; également l'Hôpital Santa Cabrini, le centre hospitalier St. Mary's, et, en fait, l'ensemble de ces établissements » Extrait de

Journal des débats de la Commission des affaires sociales Version finale, Le lundi 10 mai 2004 - Vol. 38 N° 54 au point : *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) Réaction du ministre aux recommandations de l'Agence de développement de RLSSSS de Montréal.*

Annexe II- La communauté polonaise et immigration polonaise au Canada²⁹ et au Québec

Des vagues d'immigrants avant la deuxième guerre mondiale dont la caractéristique démographique était que ces Polonais étaient en majorité des paysans, pieux catholiques, à la recherche de travail qui se sont installés dans les provinces centrales, ou encore ont travaillé pour les compagnies de chemins de fer ou dans les mines de charbon.

Après la deuxième guerre mondiale, une nouvelle vague d'immigrants polonais pour le Canada était composé d'anciens combattants de l'armée, des insatisfaits des orientations communistes du pays et d'anciens prisonniers des camps de concentration.

Ces nouveaux immigrants polonais sont bien accueillis, s'installèrent dans les grandes villes où du travail les attendait.

Aujourd'hui, ils sont plus d'un million d'individus ayant le Canada comme pays d'adoption.

Communauté polonaise au Québec

Située en Europe de l'Est, la Pologne est entourée de la Lituanie, la Biélorussie, l'Ukraine, la République tchèque, la Slovaquie, et l'Allemagne à l'ouest. La Pologne est aussi bordée par la mer Baltique et par une enclave appartenant à la Fédération russe. Varsovie, la capitale du pays, est située dans le centre de la Pologne, région de plaines agricoles qu'irriguent des fleuves comme la Vistule, l'Oder, la Warta et le Bug.

La communauté polonaise a depuis longtemps pris racine au Québec. On est d'avis que le premier immigrant polonais s'installe au Canada en 1752, mais on ignore son nom.

En 1776, deux Polonais, August F. Globenski, chirurgien militaire du régiment Hesse-Haynau, et Leveright Pinze, chirurgien des forces auxiliaires du Brunswick, se trouvent parmi les militaires de la Grande Bretagne au Canada. Ces premiers immigrants sont suivis par d'autres militaires, ingénieurs, médecins et financiers.

En 1795, la Russie, la Prusse et l'Autriche procèdent au partage de la Pologne. Cette assimilation des territoires polonais, la persécution religieuse et une faible économie ont provoqué l'émigration des Polonais. Plusieurs ressortissants polonais choisissent le Canada.

²⁹ Inspiré de l'article in <http://www.histoiresoubliees.ca/article/polonaises-a-saintgeorgesdebeauce#par578>

(Ajoutons- Rédacteur GT que : 1830 : *Des Polonais fuyant l'oppression russe se réfugient au Canada. L'année 1858 marque la première migration massive de Polonais qui veulent échapper à l'occupation prussienne du Nord de la Pologne.*³⁰)

Par exemple, Sir Casimir Gzowski, constructeur de chemins de fer et activiste social, arrive au Canada des États-Unis en 1842.

En général, on divise l'immigration polonaise au Canada en six vagues importantes: de 1854 à 1901, de 1902 à 1915, de 1916 à 1939, de 1944 à 1956, de 1957 à 1979 et de 1980 à 1993. Cependant, la plupart des Polonais sont venus au Canada lors du grand mouvement d'immigration du début du XXe siècle. Un grand nombre de familles en provenance de villages et de petites villes du territoire occupé par l'Autriche font partie des deux premières vagues.

De 1916 à 1939, la plupart d'immigrants polonais arrivent d'une Pologne indépendante, mais ils s'établissent surtout dans les Prairies. Après la Seconde guerre mondiale, arrivent plusieurs anciens soldats des forces armées polonaises qui ont combattu contre le nazisme, des anciens détenus de camps de concentration ou de camps de travail nazis, ainsi que des réfugiés de la Pologne communiste.

La dernière vague de 1981 à 1993, est causée par la grave crise économique et politique en Pologne, mais la plupart de ces nouveaux arrivants s'établissent en Ontario.

Au Canada, selon le recensement de 2006, le polonais est la langue maternelle de plus de 217 mille Canadiens. Le Congrès polonais regroupe environ 160 organismes indépendants dont le nombre de membres varie de dizaines à des milliers de personnes.

Au Québec, en 2001, environ 47 mille résidents se sont déclarés d'origine ethnique polonaise, dont plus de 60% nés au Canada. De tous les Québécois d'origine ethnique polonaise, environ 28% se sont installés ici avant 1961 et plus de 30 % entre 1981 et 1990, alors que moins de 7% sont de l'immigration récente. De cette façon, plus de la moitié des membres de la communauté polonaise âgés de 15 ans et plus, sont de la deuxième et de la troisième génération.

À Montréal tout en se faisant discrets, les gens d'origine polonaise sont disséminés aux quatre coins de la ville.

Pour ce qui est de la religion, deux-tiers de membres de la communauté polonaise sont de religion catholique, environ 15% sont de religion juive et environ 10% ne déclarent aucune appartenance religieuse. À Montréal, on retrouve l'[église Notre-Dame-de-Czestochowa](#), dont les paroissiens sont d'origine polonaise. Il s'agit d'une église dans le style néogothique flamboyant,

³⁰ Cf. <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/historique.asp>

érigée selon les plans de Henri S. Labelle et Zygmund Kowalczuk. Cette église appartient à la communauté polonaise de Montréal fondée par Bernard Kazmiercyk, franciscain conventuel.

Au fait l'Église catholique a joué un rôle très important dans la vie du peuple polonais et pour plusieurs immigrants, l'Église constituait, dans le passé, le seul contact avec leur mère patrie et sa culture. Les prêtres se font conseillers, défenseurs, porte-parole, chefs religieux et communautaires. Les catholiques des communautés polonaises observent encore les coutumes de Noël, du Carême, de la semaine sainte et de Pâques.³¹

Sur les Polono-Canadiens, le site Wikipedia.org nous donne des repères historiques³²

³¹ Source : <http://grandquebec.com/multiculturalisme/communaute-polonaise/>

³² Référence : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Polono-Canadiens>

Annexe III - Géographie des langues slaves



Le groupe des langues slaves se décompose en trois familles de langues : orientale, occidentale et méridionale.

- Famille orientale
 - russe
 - biélorusse (ou biélorussien ou biélarussien ou russe blanc)
 - ruthène ou russine (langue ausbau, plusieurs variantes en Pologne, Ukraine, Slovaquie, Bosnie, Croatie, Serbe)
 - ukrainien

- Famille occidentale
 - polonais
 - tchèque
 - slovaque
 - sorabe
 - haut-sorabe
 - bas-sorabe ou lusacien
 - cachoube ou kachoube
 - polabe
 - slovince ou vieux-poméranien
 - silésien

- Famille méridionale
 - famille de langues serbo-croates:
 - croate
 - bosnien ou (bosniaque, inadéquat)
 - monténégrin (souvent considéré comme une autre dénomination du serbe)
 - serbe
 - famille de langues bulgare-macédoniennes:
 - bulgare
 - macédonien (considéré comme un dialecte du bulgare)
 - slovène
 - slovène
 - prekmure

Référence : http://fr.wikipedia.org/wiki/Langues_slaves

Mémoire

2^{ème} partie de 3



INSTITUT CANADIEN-POLONAIS DU BIEN-ÊTRE INC.
POLSKO-KANADYJSKI INSTYTUT DOBROCZYNNOSCI INC.

5655 est, rue Bélanger, Montréal, Québec H1T 1G2 Téléphone: 259-2551

Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
public non regroupé à vocation unique

LA CULTURE AU SERVICE DU MILIEU DE VIE SUBSTITUT

Conditions de vie des personnes âgées
des communautés polonaises, ukrainiennes
et des autres communautés slaves
du Grand Montréal

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
Préparé par Georges Tormen, directeur général par intérim,
George Pajuk, président du Conseil d'administration,
Frances Sztuka, présidente de la Fondation de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.,
Monika Szpotowicz, directrice générale et Violetta Sikora, directrice des soins infirmiers.
Le 19 février 2014



Établissement agréé
avec mention d'honneur
2012 - 2016

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

Direction générale
5655, rue Bélanger Est,
Montréal (Québec) H1T 1G2
Téléphone : 514 259-2551
Site Web: <http://instpol.org>

Dépôt légal – Février 2014
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-9814420-2-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-9814420-3-1 (PDF)

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'Institut.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte original.



Table des matières

Remerciements	5
En abrégé	6
Note préliminaire importante	7
Profil de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. - Rappel	8
Sommaire exécutif 2 ^{ème} partie du Mémoire.....	10
INTRODUCTION	15
1. CADRE D' ACTIONS POUR RÉALISER SA MISSION.....	16
2. Assises légales, principes, politique de la santé et orientations ministérielles, au jour le jour	17
2.1 Assises légales, au jour le jour.....	17
2.2 Continuum d'hébergement en redéploiement avec l'Assurance autonomie.....	18
2.3 Orientations ministérielles sur le milieu en CHSLD : 10 ans après.....	19
2.3.1 Notre compréhension du chez soi et du mode de vie	20
3. MILIEU DE VIE, MILIEU FAMILIAL, MILIEU D'HÉBERGEMENT ET MILIEU DE VIE SUBSTITUT EN CHSLD	21
3.1 Définition et énumération des milieux de vie	22
3.2 Compréhension des réalités qui sous-tendent la notion de « milieu de vie substitut ».....	24
3.2.1 Ce que les <i>Orientations</i> nous disent du milieu de vie substitut	25
3.2.2 Les distinguer pour mieux les unir	26
3.2.3 On est si bien chez-soi, mais.....	31
3.2.4 Portraits de vie, sensibilité culturelle et valeurs patrimoniales	34
3.2.5 La réalité institutionnelle du CHSLD et du milieu de vie substitut.....	40
3.2.6 Caractéristiques du milieu de vie substitut à l' <i>Institut</i>	41
3.2.7 Milieu de vie substitut en tant qu'approche d'action et d'intervention	42
3.3 Conditions de vie en CHSLD et ses principaux déterminants	44
3.3.1 Impacts de l' <i>Assurance autonomie</i> et impacts d'une clientèle plus lourde en CHSLD	59
3.3.2 L'accessibilité.....	60
3.3.3 Le financement.....	60
3.3.4 L'organisation physique.....	61
3.3.5 Les clientèles particulières	62
3.3.6 Les proches aidants	64



3.3.7 Le suivi de la qualité des services et des soins	65
3.3.8 L'organisation du travail au-delà des pratiques actuelles.....	66
3.3.9 La formation du personnel	66
3.3.10 Collaboration médecins/pharmaciennes/personnel des soins infirmiers/autres professionnels et thérapeutes de la santé	66
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	67



Remerciements

Nous tenons à remercier les membres de la *Commission de la santé et des services sociaux* de l'invitation à participer à vos travaux.

Nous remercions les membres du Comité de gouvernance et d'éthique pour avoir étudié avec attention le présent mémoire et les membres de notre Conseil d'administration pour l'expression de leur accord.

Nous remercions les membres de la *Fondation de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* pour son appui dans cette démarche.

Nous remercions les médecins, tous les employés et les bénévoles qui par leur assiduité, leur constance et leur dévouement recréent au quotidien un climat culturel propice à la qualité du milieu de vie, à l'amélioration continue de la qualité des soins et services prodigués à nos résidents.

Nous remercions l'*Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux* pour les conseils et les services qui nous sont offerts en tant que membre.

Nous remercions nos partenaires du réseau de la santé qui nous conseillent, nous appuient dans la réalisation de la mission et de la vision de notre établissement.

Nous remercions les résidents et les membres des familles qui nous font confiance et qui par leur présence, par le soutien et par leur participation, nous permettent de préserver les liens qui nous unissent aux communautés que nous desservons.

Nous remercions notamment les associations polonaises et ukrainiennes, ainsi que l'Ambassadeur, les Consuls généraux de la République de Pologne à Ottawa et à Montréal et les autres dignitaires du corps diplomatique qui nous ont exprimé leur soutien par leur présence et leur participation à la vie sociale et culturelle de nos résidents.



En abrégé

MSSSQ	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux.
CA	Conseil d'administration de l'Institut
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS L-T	CSSS Lucille-Teasdale
ICPBEI	Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
Institut	Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
ISO-RESSOURCES	Les sujets évalués sont ensuite regroupés en groupes d'individus qui possèdent des caractéristiques communes, qui requièrent à peu près le même mélange et niveau de services et qui imposent des ressources ou des coûts similaires à l'établissement concerné, delà, le terme iso-ressources
(Profil) ¹ ISO-SMAF ²	ISO voir ISO-RESSOURCES; pour SMAF, il s'agit de: Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
RSIPA ³	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SRA	Service régional d'admission de l'Agence
ASSTSAS	Association en santé et sécurité du travail des Affaires sociales

¹ Un résident ayant un profil ISO-SMAF signifie que le résident ayant un profil défini est identifiée par l'intervenant comme possédant généralement des caractéristiques similaires et requérant approximativement le même type de soins et de ressources qu'un autre individu présentant le même profil. Cf. Nicole Dubuc, inf., Ph.D. et Réjean Hébert, MD, M. Phil

Les profils ISO-SMAF : un système de gestion clinico-administratif Pour la planification des services de longue durée Dans un système de soins intégrés. Sans date, trouvé sur Internet.

² Les profils ISO-SMAF regroupent des individus avec des incapacités semblables générant des services et coûts similaires. Suite à une évaluation SMAF®, les usagers sont classés parmi les 14 profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie. Les usagers peuvent ensuite être adéquatement répartis selon le profil d'accueil des établissements ou services. Cet outil facilite l'identification du niveau d'expertise, le nombre d'heures de soins et la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle.

Les profils Iso-SMAF ont été développés à la fin des années 90 par une équipe du Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) du CSSS-IUGS (Dubuc, Hébert, Buteau et Desrosiers). Cf.: <http://www.expertise-sante.com/rsipa-profil-isosmaf.htm>.

³ Réseau de services intégrés pour les personnes âgées – RSIPA : La solution RSIPA consiste à offrir des outils aux intervenants du réseau afin de les soutenir dans leurs prestations de soins et de services, et ce, dans le cadre d'un réseau de services intégrés en général, et particulièrement celui destiné à la clientèle des personnes âgées. Cf. : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=alAmQb5sTsA=>



Note préliminaire importante

Le présent Mémoire 2^{ème} partie s'appuie sur la 1^{ère} partie de notre Mémoire intitulé « Une initiative communautaire devenue plus qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée Une histoire, une présence, un devenir » qui explique le statut particulier, la situation et l'apport de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. ; la première partie étant capitale pour comprendre le contexte de notre réflexion sur les conditions de vie de personnes âgées hébergées en CHSLD. La 2^{ème} partie est au cœur des préoccupations de la Commission : elle s'intitule « La culture au service du milieu de vie substitut ».

Nous invitons donc les membres de la Commission à en prendre connaissance.

De plus, comme dans le document faisant état du mandat d'initiative de la Commission, des questions ont été formulées en vue de recevoir une réponse, nous avons produit une 3^{ème} partie à notre Mémoire intitulé « Réponses aux 38 Questions de la Commission de la santé et des services sociaux Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée ».

Nous espérons que ce tout aidera les membres de la Commission à découvrir la réalité des établissements de santé publics, dont les CHSLD, non regroupés à vocation unique et à apprécier la contribution de l'Institut à la mise en place de conditions de vie des personnes âgées en CHSLD qui soient à la hauteur des aspirations de la société québécoise.



Profil de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. - Rappel

Caractéristiques

STATUT : NON INTÉGRÉ ou NON REGROUPE ou HORS CSSS À VOCATION UNIQUE

DÉNOMINATION : *Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*

TYPE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : CHSLD PUBLIC

MISSION SPÉCIFIQUE : ethnolinguiste

CLIENTÈLE : très grande majorité d'origine polonaise; aussi ukrainienne et autres slaves.

NOMBRE DE LITS : 126;

LOCALISATION :

Adresse : 5655, rue Bélanger Est Montréal (QC) H1T 1G2

Téléphone : 514-259-2551 Site internet: www.instpol.org

Historique

Le 10 décembre 1943, l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. est fondé par six associations canadiennes-polonaises.

Le 5 février 1966 a lieu l'inauguration officielle du nouveau centre, d'une capacité de 92 lits, par l'honorable René Lévesque, Ministre de la Famille et du Bien-Être social.

Une entente a également été signée avec le Gouvernement du Québec provincial garantissant à l'Institut des fonds annuels pour permettre l'entretien et l'hébergement des personnes âgées.

Le 31 août 1969, le Cardinal Karol Wojtyla, qui deviendra Sa Sainteté le Pape Jean-Paul II, visite notre centre. Parmi les invités spéciaux figuraient le Cardinal Jozef Glemp, Mila Mulroney, la femme de notre ancien Premier Ministre du Canada et Zbigniew Brzezinski, ancien Conseiller de la Sécurité Nationale des États-Unis sous l'Administration de Carter.

De 1983 à 1984, en réponse à la demande croissante des soins de longue durée, une nouvelle aile est ajoutée à l'Institut, ce qui a augmenté la capacité à 126 lits.

10 août 1984 a lieu l'inauguration de la nouvelle construction par Dr Camille Laurin, Ministre de la Santé.

Le 27 mars 1990, les représentants de l'*Institut* ont été entendus en *Commission parlementaire* en ce qui concerne la préservation du caractère ethnolinguistique de sa mission et l'autonomie de son conseil d'administration⁴.

Le 10 mai 2004, dans le cadre des Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3): volet Santé et aînés à la *Commission des Affaires sociales*, l'*Institut* est à nouveau mentionné par le ministère Dr Couillard; l'Assemblée nationale confirmant ainsi son statut et sa mission spécifique de centre d'hébergement et de soins de longue durée public non regroupé à vocation unique desservant la

⁴ Lire Extrait journal de la Commission permanente du 27 mars 1990 Cas 1913 Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.



communauté polonaise et, si besoin est, la communauté ukrainienne et aussi les autres communautés slaves.

Ce qui a pour effet de préserver son autonomie; l'établissement n'est pas intégré à un CSSS; il possède son propre conseil d'administration.

La même année, l'Institut est autorisé à faire des rénovations majeures afin d'améliorer le confort et la sécurité de ses résidents.

En 2012 a lieu la rénovation du service alimentaire au coût de plus de 1 million de dollars.

Reconnaissance au fils des années

L'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. a été et est encore aujourd'hui reconnu, par des organismes indépendants d'évaluation de la qualité, pour être un établissement de qualité. L'Institut a obtenu :

- 1986 : Attestation de la Ville de Montréal à l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. pour son remarquable apport à l'amélioration de la qualité de la vie du milieu.
- 2 février 1988 : Témoignage de reconnaissance de la part de la Ville de Montréal « pour l'effort exceptionnel manifesté dans l'embellissement de son quartier ».
- Pour 1997 à 1999 : Le Certificat de reconnaissance Mouvement Qualité Vie et Soins de la Fédération québécoise des CHSLD qui atteste de la volonté et de la capacité ...à répondre aux attentions des résidences et des familles ;
- Pour 2007 à 2010 : Reconnaissance de la qualité de service du Conseil québécois d'Agrément;
- Pour 2010 à 2012 : Certificat d'agrément de base d'Agrément Canada;
- Pour 2012 à 2016 : Certificat d'agrément avec mention d'honneur d'Agrément Canada pour une durée exceptionnelle de 4ans.



Sommaire exécutif 2^{ème} partie du Mémoire

Établissement	<i>Institut Canadien- Polonais du Bien-Être Inc.</i>
Objet :	La culture au service du milieu de vie substitut en CHSLD : les conditions de vie des personnes hébergées en CHSLD
Cas particulier et intérêt général	Nous croyons aussi que notre propos est d'intérêt général et applicable aux autres CHSLD et pour tous ceux qui, comme nous, cherchent des éclaircissements sur ce qu'il y a à comprendre et à faire pour s'acquitter de nos fonctions avec science, conscience et altruisme.
La culture au cœur de notre milieu de vie substitut	Parce que la culture polonaise (slave) est au cœur du milieu de vie de nos résidents : les conditions de vie de nos résidents sont le reflet d'un mode de vie où les traditions, les coutumes, les mœurs, les habitudes de vie des résidents sont omniprésents et amalgamés aux réalités d'un milieu de vie substitut en CHSLD public non regroupé à vocation unique. C'est dire qu'à l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc., c'est tout un peuple avec son histoire, sa culture, ses croyances, ses valeurs, ses traditions et ses mœurs qui s'exprime et se réalise tous les jours dans ce qui est convenu d'appeler un milieu de vie substitut en CHSLD. Ce qui est vrai pour l'Institut est aussi vrai pour tous les CHSLD : ce qui peut être une caractéristique distinctive, c'est notre grande sensibilité culturelle et notre valorisation du patrimoine, dans un contexte ethnolinguistique facilitant.
Milieu de vie substitut	Le milieu de vie substitut est donc un habitat centré sur le client, l'individu, la personne vivant auprès d'autres personnes, partageant avec elles des activités communes, conversant sur des sujets qui ne sont pas toujours des demandes, mais qui en tant que communications dynamisent, orientent, intéressent et valorisent les personnes qui entrent en dialogue; c'est un lieu dans lequel le milieu de travail et le milieu de services, de soins et de traitements sont parties intégrantes. Le milieu de vie substitut devrait et devra puiser ses qualités dans ce qu'il y a de plus profondément ancré (internalisé) chez le résident et les membres de sa famille et proches et de tout l'entourage social et culturel. Les activités du résident ne se résument pas à des loisirs : il y a tout un univers culturel ludique et utilitaire à lui faire redécouvrir, en commençant par le temps d'une simple conversation qui ne soit pas commandée par le rythme du travail.
Le chez soi de la personne âgée	Si l'on veut créer au sein de nos CHSLD un milieu de vie substitut qui donne un sens à la vie et où il faut bon vivre, alors il nous faut mettre en évidence les caractéristiques du «chez-soi » des personnes âgées, en faisant la supposition bien sûr que dans la très grande majorité des cas, le chez-soi



	est un lieu valorisant et sain. Le chez-soi qui correspond, la plupart des cas, au domicile ou à la résidence personnelle est un lieu physique, mais aussi une entité sociale et un espace vital (ou cadre) de vie personnel dont l'état d'organisation et de fonctionnement traduit l'importance, la signification ou le sens, ainsi que le rôle de ce lieu en regard au sentiment identitaire et d'appartenance communautaire et sociale de son habitant et traduit les composantes de son mode de vie. Lieu de vie privée, lieu d'intimité, lieu de relations affectives, lieu d'expression de sa sexualité, lieu de souvenirs, lieu de retrouvailles familiales, mais aussi lieu de sécurité et de contrôle et lieu de liberté, de relâchement, de repos, de veille et, aussi, quelque fois, lieu de fin de vie. Lieu circonscrit dans une structure physique, dans un lieu géographique, au sein d'un quartier, d'une communauté, d'une ville, mais aussi lieu d'ancrage, de repérage, de recentrage.
	Les intervenants des CHSLD, pour développer un milieu de vie substitut qui a tout son sens, toute sa raison d'être, doivent s'appuyer sur : • les comportements des intervenants et • l'aménagement physique, • la participation communautaire à la programmation des événements sociaux, culturels, religieux et historiques du Québec qui sont autant de repères identitaires pour les personnes âgées; ces autres repères viennent aussi rythmer, animer, signifier et valoriser le passage du temps et de la vie, et, • l'accompagnement des proches dans le cadre des histoires de vie de chaque résident sur lesquelles devraient être bâtis des interventions, des activités et des événements pour rappeler et raviver les liens de continuité personnelle, familiale et communautaire, mais surtout donner un sens actuel à sa vie.
L'approche milieu de vie substitut	L'approche «milieu de vie», c'est tout ce qui va au-delà de l'exécution physique et technique d'une fonction, d'une tâche, de ce qui est demandé aux intervenants de toutes natures et qui consiste à adopter un comportement possédant des qualités et des aptitudes personnelles spécifiques, des habiletés, des habilités et des compétences précises qui prennent leur source et leur sens, non pas dans les livres de droit et les textes de la législature, non pas dans des manuels scientifiques et techniques, mais de l'être humain dans son essence, dans la philosophie et la moralité des comportements, des conduites adoptées, dans ses contacts et dans ses paroles avec les résidents, dans sa culture, dans son histoire personnelle, dans son respect de l'autre.



	Cette approche morale, cette approche relationnelle qui commande l'attitude, le comportement, la parole et le geste doit être reconnue comme étant la plus-value d'un travail qui a du sens au-delà de son caractère utilitaire et productif et qui ici consiste à prendre soin de l'autre. En fait, l'approche exigée et dont la principale exigence va au-delà de la tâche exécutée, demande un véritable investissement personnel, un dépassement de soi, qui vient nous chercher comme intervenant dans ce qui nous est le plus intime, c'est-à-dire notre propre humanité qui consiste à combler l'autre par notre façon d'être et de faire et d'en faire un métier!
Déterminants des conditions de vie	Les déterminants des conditions de vie sont nombreux, leurs impacts sont limitants et complexes et pour réussir un milieu de vie substitut en CHSLD, il faut plus qu'une approche relationnelle de la part des employés, il faut un cadre de compréhension de l'importance de la culture et un guide d'actions pour adapter la réalité du CHSLD, la réalité du travail et la réalité du milieu de services et de soins et de traitements, à la réalité d'un milieu de vie substitut qui fait partie intégrante de la communauté et de la société toute entière : les résidents jusqu'en fin de vie sont des êtres humains, des membres de la communauté et des citoyens à part entière.
Conclusion et recommandations	Aujourd'hui, nous n'avons pas épuisé la réalité des conditions de vie des personnes âgées en CHSLD et il y aura continuellement de la place à amélioration, mais nous espérons que notre réflexion alimentera la réflexion de tous ceux qui se préoccupent de nos aînés. Sur la base de nos 48 années d'expérience, nous vous avons exposé ce que nous avons réussi à faire toutes ces années et nous continuons à améliorer le savoir, les façons d'être et de faire de tous les intervenants qui œuvrent à l'Institut. Il y aura toujours place à l'amélioration continue de la qualité. C'est dans ce sens que nous proposons les recommandations suivantes : 1. Mette sur pied un centre d'études et d'actions prospectives sur les modalités de création d'un milieu de vie substitut en CHSLD, permettant entre autres la révision des Orientations ministérielles ... de 2003, à la lumière des rapports d'agrément, des visites ministérielle d'évaluation du milieu de vie substitut, des plaintes colligées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des rapports de coroner dans le but de mettre en place un nouveau cadre d'intervention compte tenu de la spécialisation de plus en plus poussée des CHSLD publics où le milieu de vie substitut des résidents est aussi un lieu de fin de vie.



	2. Entreprendre une démarche de consultation élargie afin d'étudier les impacts de l'implantation des dispositions du projet de loi sur l'assurance autonomie en ce qui concerne la localisation sur le territoire, la construction, la rénovation et le réaménagement des habitats qui favorisent, et le maintien à domicile et une meilleure intégration présente et future des CHSLD-Milieu de vie substitut, et une plus grande participation communautaire dans les conditions de vie des personnes âgées. 3. Créer des enveloppes monétaires pour garantir la transformation des CHSLD qui en font maintenant un lieu public de dernier recours et de fin de vie. 4. Intégrer le bénévolat dans le programme d'éducation civique des écoles afin de conscientiser et faire participer les élèves à des activités de bénévolat auprès de nos personnes âgées en CHSLD, compte tenu de l'importance de leur contribution à leurs conditions de vie. 5. Subventionner des projets de bénévolat en CHSLD issus de la communauté et des écoles; 6. S'assurer que les CHSLD publics non regroupés à vocation unique reçoivent le financement nécessaire et suffisant pour maintenir leur statut particulier et réaliser leur mission. 7. Maintenir la centralisation de l'hébergement via le Service régional d'admission de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, afin d'assurer une démarche régionale et non territoire par territoire de CSSS. 8. Subventionner les projets de révision de l'organisation de travail dans les CHSLD en relation avec les nouvelles catégories de résidents admissibles. 9. Préserver de toutes diminutions les budgets de formation des CHSLD, voire les augmenter (y inclure les coûts de remplacement), si l'on veut habilitier les employés à s'investir davantage dans le milieu de vie substitut. 10. Rendre complémentaire les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada et du Conseil québécois de l'agrément, et, celles demandées dans le cadre des visites ministérielles d'évaluation du milieu de vie substitut en CHSLD. 11. Informer et insister auprès des proches de l'importance du rôle d'accompagnement, de la présence aux réunions et aux activités. 12. Développer des actions concertées tant au niveau national qu'au niveau local pour augmenter la responsabilisation et la participation à l'accompagnement des résidents par les proches. 13. Penser autrement le concept physique et l'architecture du CHSLD, ce faisant l'accessibilité et l'intégration à la communauté en seraient facilitées et améliorées. 14. Mettre en place un mode de gestion de la communication
--	---



	d'informations du MSSSQ qui assure non seulement la transparence et la fiabilité des informations rendues publiques, mais la mise en séquences des interventions, la démonstration publique de la démarche concertée, responsable, professionnelle et imputable des porteurs de dossiers de qualité, la responsabilisation de l'image médiatisée, ce qui éviterait la récupération à d'autres fins.
--	--



INTRODUCTION

« La Commission souhaite que son travail serve à envisager des mesures pour améliorer les conditions de vie des résidents des CHSLD ⁵ ».

C'est aussi notre souhait et notre intention en participant aux travaux de la Commission. C'est aussi ce sur quoi nous travaillons avec constance.

Nous voulons avec vous partager notre réalité et nos réflexions sur les conditions de vie des membres de la communauté polonaise, et aussi ukrainienne, et plus largement des autres communautés slaves, que nous hébergeons et dont nous prenons soin à *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*

Nous croyons aussi que notre propos est d'intérêt général et applicable aux autres CHSLD et pour tous ceux qui, comme nous, cherchent des éclaircissements sur ce qu'il y a à comprendre et à faire pour s'acquitter de nos fonctions avec science, conscience et altruisme.

Comme il a été dit dans le Profil sommaire, *L'Institut* est un CHSLD public, « non regroupé à vocation unique ».

Ce qui est clair, c'est qu'il est non intégré à un CSSS, et, qu'il héberge uniquement des membres de la communauté polonaise et aussi de la communauté ukrainienne, et plus généralement des différentes communautés de langues slaves⁶, voire russe.

Ce qui est moins clair, c'est le fait que ce statut n'est pas considéré dans toutes ses implications et que *l'Institut* en subit les contrecoups au point où son statut et son existence sont en péril.

Par voie de conséquences et comme il a été dit, *l'Institut* a son propre conseil d'administration, sa propre équipe de direction et d'encadrement, son propre budget, et, au cœur des activités quotidiennes, la langue des communications internes, les valeurs, et les traditions sont polonaises (slaves).

Parce que la culture polonaise (slave) est au cœur du milieu de vie de nos résidents : les conditions de vie de nos résidents sont le reflet d'un mode de vie où les traditions, les coutumes, les mœurs, les habitudes de vie des résidents sont omniprésents et amalgamés aux réalités d'un milieu de vie substitut en CHSLD public non regroupé à vocation unique.

En tant que tel, on peut affirmer que *l'Institut Canadien-Polonais* est unique en son genre au Québec et est l'une des exceptions qui confirment la règle. Il est un bel exemple de l'approche centrée sur la (les)

⁵ Commission de la santé et des services sociaux. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée Mandat d'initiative Document de consultation. Septembre 2013, Introduction, page 2.

⁶ Langues slaves: russe, polonais, bulgare, serbo-croate, tchèque, slovaque, ukrainien, croate, slovène, serbe, macédonien, bosniaque. Voir Annexe Pays et langues slaves



communauté(s) desservie(s), du respect des besoins fondamentaux du citoyen âgé vivant en CHSLD, du respect de ce qu'il est, de ce qu'il a fait, de ses problèmes de santé et de ses besoins fondamentaux, dont celui de son bien-être dans le cadre d'un vivre qui culturellement lui ressemble et qui est au cœur de la personne dans son univers intérieur, riche de ses racines, de ses souvenirs, de ses plaisirs de vivre, et, de son univers extérieur en partage avec les autres résidents, les membres du personnel, les membres de la famille, les bénévoles, tous en provenance de la communauté d'origine.

Ces caractéristiques font en sorte que la culture polonaise dans toutes ses manifestations fait partie intégrante de la culture de l'établissement dans son ensemble, dans son mode d'être et de faire, des conditions de vie de nos résidents dans ce qui est leur milieu de vie substitut à l'*Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* qui, nous le réitérons, est un CHSLD public non regroupé dans un CSSS à vocation ethno linguistique unique.

La réflexion contenue dans le présent *Mémoire* fait état de la réalité vécue dans le cadre de la gouvernance durable et de la gestion responsable de notre établissement.

Le mémoire que nous vous présentons fait état des déterminants légaux et sociaux qui conditionnent la façon d'un CHSLD public de réaliser sa mission et de créer une culture et un milieu de vie substitut.

Mais auparavant, nous aborderons le cadre d'actions pour réaliser la mission d'un CHSLD; puis, nous entreprendrons l'analyse de ce qui constitue les divers milieux relatifs à la famille, au travail et à l'hébergement.

Ce qui nous permettra d'aborder les conditions de vie et ses principaux déterminants en CHSLD.

Nous concluons en faisant ressortir nos propositions principales de recommandations.

1. CADRE D' ACTIONS POUR RÉALISER SA MISSION

L'*Institut* comme tout établissement de santé doit rencontrer un certain nombre d'obligations majeures s'il veut réaliser sa mission :

- La première est de desservir un bassin de population suffisant pour justifier ses installations et donc sa raison d'être;
- La deuxième est d'assurer une gouvernance durable et une gestion responsable auprès desdites communautés, du Gouvernement et de la population du Québec;
- La troisième est de respecter le budget et conséquemment d'atteindre l'équilibre budgétaire et



- La quatrième est d'assurer la rentabilité budgétaire exprimée dans les mesures de performance et de productivité des ressources utilisées dans les soins et les services fournis;
- La cinquième est de recevoir la reconnaissance de sa conformité aux normes et pratiques organisationnelles requises relatives à la qualité des soins et des services, à la qualité du milieu de vie substitut et à la satisfaction de la clientèle, de la part des organismes d'appréciation de la qualité, tels qu'Agrément Canada, le Conseil québécois d'agrément et la direction de l'évaluation du milieu de vie substitut du MSSSQ.

Ces obligations définissent le cadre d'actions dans lequel s'inscrivent toutes démarches ainsi que leurs répercussions sur les conditions de vie des personnes âgées hébergées en CHSLD public; ces obligations proviennent des assises légales, des principes, de la politique de la santé et des orientations ministérielles qui traduisent les aspirations et les attentes de la société québécoise.

2. Assises légales, principes, politique de la santé et orientations ministérielles, au jour le jour

Un cadre de référence, éprouvé depuis déjà plusieurs décennies, --que nous sommes enclin à qualifier de – exemplaire; aujourd'hui la poursuite des efforts par l'implantation d'une approche nouvelle d'hébergement en-dehors du milieu institutionnel constitue une mise à jour nécessaire sous la pression des conséquences des choix de société, des exigences de qualité de vie, du vieillissement de la population et de l'augmentation des coûts en santé.

C'est dans ce contexte qu'il nous faut faire avancer la réflexion et réviser les évaluations de départ concernant les orientations en matière de milieu de vie substitut.

2.1 Assises légales, au jour le jour

Tous les jours, à chaque occasion d'une prise de décision par le Conseil d'administration ou d'un suivi de gestion dans le cadre de l'un ou l'autre des comités du CA en matière d'orientations et de suivi ou encore, lors de l'implantation de mesures demandées par l'Agence, d'une demande de rapports sur l'évolution d'un dossier, sur l'équilibre budgétaire, nous avons à nous référer aux textes de base afin de nous assurer de la conformité de notre démarche, et, à évaluer leurs impacts sur l'utilisation des ressources, l'organisation, le fonctionnement et les conditions de vie de nos résidents, sur l'organisation du travail d'une part et sur celles des services, soins et traitements requis d'autre part.

Ainsi, dans l'état actuel des choses, en ce qui concerne Les *Chartes*, le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, la *Politique de la santé et du bien-être* de 1998, nous sommes d'avis que ces documents constitutifs continuent de tracer la voix et d'encadrer adéquatement les développements présents et futurs et servent de cadre de référence pour qualifier et quantifier les écarts qui nous séparent des objectifs identifiés. Politiquement, le Québec est une société conséquente



dans son projet de vivre ensemble à tous âges et en tout respect de la personne et de son milieu de vie quel qu'il soit. D'où sans doute, ce retour au chez soi au sein de la communauté.

Ainsi, dans ces textes, les structures sont décrites, les responsabilités sont partagées, les clientèles sont réparties, les ressources sont distribuées et les résultats attendus sont identifiés.

2.2 Continuum d'hébergement en redéploiement avec l'Assurance autonomie

Mais à ce corpus légal s'est ajouté récemment le *Projet de loi sur l'assurance autonomie* : un autre volet essentiel du redéploiement des soins et des services du réseau québécois de la santé; changement de paradigme, s'il en est, qui substitue la préservation de l'autonomie à domicile à la prise en charge institutionnelle.

L'application de cette loi va conditionner la révision des structures organisationnelles de prise en charge des personnes âgées en lourde perte d'autonomie.

Les résidents en CHSLD seront désormais de plus en plus des personnes âgées aux besoins complexes, aux pathologies multiples et lourdement « incapacitées » par une sévère perte d'autonomie, et qui plus est, se retrouveront tout au bout du continuum d'hébergement et en situation de fin de vie.

De plus, le CHSLD-Milieu de vie substitut héberge, donne des soins de longue durée, mais sera aussi, comme nous venons de le signaler, un milieu de fin de vie où les orientations qui sont adoptées influencent la dynamique de la démarche palliative et de fin de vie.

Ce n'est pas uniquement le réseau de la santé qui sera affecté par la *Loi sur l'assurance autonomie*, mais aussi les projets immobiliers à venir que ce soit en matière de rénovation-adaptation ou que ce soit en matière de construction nouvelle; les villes seront plus que jamais interpellées aussi par l'aménagement et la localisation sur leurs territoire des habitations pour une clientèle de personnes âgées en situation de bénéficier de cette nouvelle orientation socio-sanitaire en matière d'hébergement.

Le rapport du *Comité sénatorial spécial sur le vieillissement* nous permet d'élargir notre vision sur le maintien à domicile, de réaliser l'état de la réflexion dans ce domaine et de mesurer le travail à faire dans l'application de l'*Assurance autonomie*.

Les démarches entreprises par le Réseau de la santé en ce qui concerne « vieillir chez soi » se répercutent déjà sur l'autre volet qui est « Héberger autrement »⁷

Pour bien comprendre notre propre contribution en tant que CHSLD public non regroupé à vocation unique et membre corporatif des communautés que nous desservons, nous avons consulté notamment ce qu'en pense la *Société Canadienne d'hypothèques et de logement* afin d'avoir une compréhension

⁷ Nous faisons implicitement référence au document de l'AQESSS intitulé « 6 cibles pour faire face au vieillissement de la population », 2011, 51 pages.



élargie de ce qui attend les personnes âgées d'aujourd'hui et de demain en matière de logement, d'hébergement et de soins.⁸

Plus proche de notre composante ethnolinguistique, l'article de la SCHL intitulé « Quel effet l'ethnicité a-t-elle sur les choix de logement des aînés? » permet de mieux comprendre notre souci d'hébergement de nos résidents en provenance de la communauté polonaise, de la communauté ukrainienne et des autres communautés slaves.

Ce que le *Projet sur l'assurance autonomie* propose, c'est un projet de société où nos aînés peuvent continuer à être un citoyen à part entière tout en restant le plus possible dans son chez-soi, retardant ainsi son admission en CHSLD; CHSLD dont l'état de la clientèle exigera davantage en matière de conditions de vie adaptées à leur état de santé.

Avec la *Loi sur l'assurance autonomie* (Projet de loi no 67) adopté le 6 décembre 2013, c'est une autre contribution à l'édifice des soins de santé qui viendra consolider certains acquis et introduire par voie de répercussions des changements qui altéreront la dynamique de changements au sein des CHSLD.

2.3 Orientations ministérielles sur le milieu en CHSLD : 10 ans après

Nous croyons que le document , *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD Orientations ministérielles*, Octobre 2003, après avoir inspiré les CHSLD au cours des dix (10) dernières années et même s'il a « bien vieilli » au point où tout en ayant gardé sa pertinence au niveau des principes , des lignes directrices, (ce document) mériterait tout de même d'être révisé à la lumière des nouveaux enjeux, des orientations nouvelles en matière d'hébergement (Assurance autonomie), des impacts des opérations d'optimisation des ressources et des nouveaux modes de gestion préconisés (LEAN – SIX SIGMA) et de l'introduction dans les CHSLD publics de nouvelles formes de réseautage et d'évaluation des besoins des résidents avec RSIPA et ISO-SMAF.

Il serait, à notre avis, d'une grande importance de faire cet exercice de révision des *Orientations ministérielles* sachant que ce document sert de cadre d'analyse et d'appréciation de ce qui se fait en matière de milieu de vie substitut en CHSLD.

Nous pourrions ainsi clarifier les concepts de « milieu de vie substitut », de « conditions de vie » tant la réalité sous-tendue⁹ par ces concepts est complexe et incorpore le « milieu de services, et, de soins et

⁸ Nous avons été intéressés par deux articles de la SCHL : « Quels sont les désirs et les besoins des aînés en matière de modalités de vie? » et « Quelles sont les options pour vieillir chez soi ».

⁹ Aux pages 23 et 24, du document *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*

Orientations ministérielles, 2003, quand il est écrit : « Le programme fonctionnel et technique, que ce soit pour



de traitements » et le « milieu de travail » dans un cadre restrictif, conditionnant, qui est celui-ci d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dont la clientèle hébergée sera la plus lourde du continuum de soins et de services.¹⁰

En admettant les cas les plus sévères, les plus 'demandant' en matière de soins et services, il y aura lieu de nous donner les moyens appropriés pour repenser le milieu de vie substitut, son organisation et ses pratiques et conséquemment, les conditions de vie des résidents.

Si nous devons constamment avoir à l'esprit et tenir compte de l'ensemble des éléments qui constituent les assises légales en matière de santé, nous devons aussi intégrer à notre modèle conceptuel et notre cadre d'actions tous les autres éléments qui interagissent et qui entrent dans la prestation de services : qu'il s'agisse de la tenue de l'environnement, de la condition du travail ou encore de la spécificité du soin et de la modalité du traitement.

Mais auparavant, il importe de comprendre de quoi est fait le milieu de vie substitut de *l'Institut*, compte tenu de son statut particulier mais surtout du fait qu'il accueille des résidents ayant des caractéristiques ethniques, culturelles et linguistiques spécifiques, et des histoires de vie particulières.

Ce qui est vrai pour *l'Institut* est aussi vrai pour tous les CHSLD : ce qui peut être une caractéristique distinctive, c'est notre grande sensibilité culturelle et notre valorisation du patrimoine, dans un contexte ethno-linguistique facilitant.

Mais nous y reviendrons un peu plus tard sur ce que nous voulons dire et comment cela se vit à *l'Institut*.

Donc, nos résidents ont quitté dans des circonstances plus souvent qu'autrement pénibles leur chez-soi d'origine et maintenant ils quittent leur chez-soi d'adoption, de cette seconde vie de citoyens canadiens d'origine polonaise, devenus à part entière résidents québécois pour se retrouver dans un univers (le CHSLD) obligé.

2.3.1 Notre compréhension du chez soi et du mode de vie

Que ce chez-soi ait été une maison ou un appartement, un logis, un milieu familial, un domicile ou une résidence personnelle, on comprend que tous ces milieux de vie désignent, même si la personne peut ne pas être totalement consciente, le lieu de choix 'habituel' ou 'naturel' de la personne : là où elle vit privément, là où elle peut avoir une vie en toute intimité dans un lieu qu'elle a personnalisé et ce, dans des conditions où elle peut exercer sa pleine humanité comme aussi sa pleine citoyenneté et ce, même si quelques fois des contraintes de toutes natures rendent plus difficiles, avec ou sans aide, l'exécution des

une construction neuve ou une rénovation, doit prendre en considération que le CHSLD est un milieu de vie, de soins et d'assistance pour certaines personnes et un milieu de travail pour d'autres. »

¹⁰ Nous faisons référence l'hébergement en CHSLD de personnes âgées présentant un des profils ISO-SMAF 10 à 14, et, dans quelques le profil 9 que « depuis peu, une orientation ministérielle est venue confirmer cette tendance » AQESS. Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec, Automne 2013, page 06, troisième paragraphe.



tâches de la vie quotidienne et les capacités de prendre soin de soi et, le cas échéant, de son conjoint, et, aussi sinon de son animal favori ou tous autres plaisirs anodins.

Ce milieu d'habitat privilégié qui l'entoure le rassure, le relie, l'identifie, le place dans le temps, le situe dans l'espace et donne un sens à sa vie présente et forme son mode de vie qui rencontre ses besoins et lui procure ses plaisirs de vivre.

C'est à ce milieu-là que le CHSLD-Milieu-de-vie-substitut doit se substituer, d'en reconstituer les composantes essentielles.

Mais quelles sont ses composantes essentielles? Mais en quoi consiste ce milieu de vie que l'on veut, pour l'essence, reproduire?

3. MILIEU DE VIE, MILIEU FAMILIAL¹¹, MILIEU D'HÉBERGEMENT ET MILIEU DE VIE SUBSTITUT EN CHSLD ¹²

Comme un pays, ma maison, mon chez-moi,...

Anonyme

*J'ai un pays, patrie de ma pensée,
Mon cœur y trouve grand nombre de frères et sœurs,
Pays plus beau que les yeux ne s'en souviennent,
Famille plus proche que tout parent ailleurs.*

Adam Mickiewicz (1798-1855)

Dans tous les documents que nous avons consultés, il est tenu pour acquis que nous avons tous la même compréhension implicite de ce que l'on entend par 'milieu de vie' et, pour suppléer à cette absence de définition, nous avons tous tendance à nous référer à nos propres expériences autobiographiques qui font état plus souvent de notre niveau de vie que de notre qualité de vie.

Compte tenu de l'importance fondamentale de la notion de 'milieu de vie', il nous est apparu important de nous arrêter (passage obligé mais combien révélateur!) sur ces notions relatives aux différents milieux de vie pour en comprendre la nature, quand il s'agit d'identifier les déterminants des conditions de vie, du mode de vie et du milieu de vie, surtout quand il s'agit de créer un milieu-de-vie-substitut-en-centre-d'hébergement-institutionnel (note : les traits d'union mettent en évidence le caractère d'interdépendance de chacun des éléments du groupe nominal).

¹¹ Certaines autres notions recoupent celle-ci; pour en nommer quelques-unes : milieu de vie naturel; résidence ou domicile, logis, chez-soi.

¹² Santé et services sociaux Québec. *Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants Résultat d'une réflexion commune* Version mars 2010 Édition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



3.1 Définition et énumération des milieux de vie

« Un milieu (de vie; c'est nous qui ajoutons Rédacteur GT) est l'endroit où les gens vivent, apprennent et travaillent, qui comprend un lieu et son contexte social dans lequel les gens interagissent quotidiennement. La maison, l'école, le milieu de travail, le village, le quartier sont des endroits où les gens vivent et travaillent. »¹³

« Les individus sont ainsi intégrés à plusieurs milieux au cours de leur vie. Ils vivent dans un milieu familial plus ou moins étendu, ils s'intègrent à un milieu scolaire ou à un milieu de travail, tout en participant à des loisirs ou à des activités sociales dans la communauté. Certains sous-groupes nécessitent par ailleurs des milieux d'hébergement à une étape ou une autre de leur vie.

Dans tous les cas, les personnes vivent et interagissent dans ces milieux avec les individus qui les entourent et y sont exposées à des conditions particulières à la fois sur le plan matériel que sur le plan social.

« Ces milieux de vie agissent directement sur les individus : ils favorisent ou entravent leur développement et leur capacité d'agir et d'exercer les rôles qu'ils entendent assumer »¹⁴.

¹³ Définition de l'OMS tirée de *The Setting Approach* voir le site www.afro.who.int/eph/setting_approach.html

¹⁴ Il est à noter que dans le texte cité ci-haut les soulignés ont été ajoutés pour faciliter le repérage des passages qui nous concernent le plus; nous avons de plus présenté le texte en créant plusieurs paragraphes pour préserver la lisibilité du tout.

On peut découper les milieux de vie en cinq grandes catégories : le milieu familial (souligné par le Rédacteur GT), le milieu scolaire et le milieu de garde à l'enfance, le milieu de travail, le milieu d'hébergement, et enfin, la communauté locale et le voisinage.

Le milieu familial doit être considéré tant dans ses aspects sociaux (c'est-à-dire la composition de la famille et ses transformations, les pratiques éducatives des parents et la qualité des rapports entre les membres de la famille) que dans ses aspects matériels et économiques, telles que les caractéristiques du logement et les ressources matérielles dont disposent les individus qui en font partie. Le milieu familial joue un rôle déterminant dans le développement physique, cognitif, social et affectif des enfants, et il continue d'agir sur les comportements des individus et sur leur santé à tous les âges de la vie.

*.....
La catégorie des milieux d'hébergement regroupe les divers milieux qui accueillent pour des périodes plus ou moins longues des personnes de tout âge vivant une perte d'autonomie, une déficience physique ou intellectuelle importante, ou encore des personnes vivant des difficultés (ex. : centres jeunesse, centres de désintoxication).*

Ces milieux viennent se substituer au milieu familial ou au ménage privé et constituent pour ces personnes un milieu de vie. Les conditions matérielles et sociales qu'elles y trouvent, la nature et la qualité des services et des ressources qui leur sont offerts et même le type de gouvernance qui s'observe dans ces milieux contribueront, selon les cas, à leur rétablissement et à leur intégration, ou tout au moins favoriseront un plus haut niveau de bien-être.



En ayant en tête les caractéristiques des différents milieux de vie et les relations de dépendances entre eux, nous sommes en situation de mieux comprendre ce qu'il faut faire pour reproduire certaines conditions de vie significantes qui favorisent les liens avec les autres milieux de vie.

Comme nous avons à concevoir et à réaliser dans nos CHSLD des projets qui concernent le (ré) aménagement physique et fonctionnel des lieux, il est important d'avoir en tête la description qu'en fait la *Corporation d'hébergement du Québec* dans le *Répertoire des guides de planification immobilière*:

«L'unité de vie est le milieu de vie du résident (souligné par le Rédacteur GT) et constitue le principal lieu de travail des intervenants en soins et services auprès de celui-ci. Elle est habitée par une clientèle présentant des déficits cognitifs et/ou physiques variés. L'organisation du cadre physique de l'unité de vie et les équipements dont elle est dotée permettent d'y effectuer toutes les activités de la vie quotidienne. C'est un environnement sécuritaire et adapté aux besoins des différents types de résidents et à ceux du personnel.¹⁵»

Donc, dans cette dernière définition les éléments mis en évidence sont :

- l'unité de vie, mode de déploiement et d'organisation du milieu de vie, est aussi,
- un milieu de travail des intervenants en soins et services, dans lequel en font partie de façon permanente ou temporaire des équipements d'aide d'appoint et aussi à la tenue d'activités de la vie quotidienne, et
- qui (ces intervenants) apportent le soutien technique, entre autres, aux actes de la vie quotidienne, dont l'hygiène de base et l'alimentation, les déplacements, les loisirs, les soins et les traitements, les appels aux chambres et la sécurité.

La communauté locale et le voisinage peuvent englober les autres milieux de vie décrits plus haut, mais recouvrent un ensemble encore plus large de conditions matérielles et sociales auxquelles les individus sont exposés. On peut diviser ce milieu de proximité en deux sous-ensembles.

Il y a d'abord le pôle de maisons, milieu le plus près du citoyen, qui est la zone la plus souvent fréquentée autour du lieu de résidence, plus petite que le quartier et plus propice à l'instauration de liens affectifs et sociaux. Elle peut être plus ou moins sécuritaire, salubre ou propice à la pratique de l'activité physique.

À ce milieu s'ajoute ensuite une zone un peu plus étendue, comprenant les endroits que l'individu fréquente pour se rendre par exemple à l'école, au travail, ou pour utiliser des services commerciaux (banque, épicerie, pharmacie), de loisirs et communautaires.

La communauté peut être vue au sens plus large comme un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique donné (ville, village, quartier, arrondissement). C'est dans le milieu de proximité d'une communauté que la cohésion sociale et les réseaux communautaires se créent. La gouvernance locale et la place qu'occupent les citoyens constituent des facteurs importants dans la capacité d'une communauté à résoudre ses problèmes et à favoriser la santé de ses membres. »*

¹⁵ Corporation d'hébergement du Québec, CENTRES D'HÉBERGEMENT – CHSLD Répertoire des guides de planification immobilière UNITÉ DE VIE VERSION 1.4 – 02 FÉVRIER 2009, 25 pages.



C'est mettre en évidence la complexité du milieu de vie substitut autant dans son organisation et dans son fonctionnement que dans sa capacité à en faire tout à la fois un lieu convivial, intime et ouvert sur la communauté.

Le milieu de vie substitut est donc un habitat centré sur le client¹⁶, l'individu, la personne vivant auprès d'autres personnes, partageant avec elles des activités communes, conversant sur des sujets qui ne sont pas toujours des demandes¹⁷, mais qui en tant que communications dynamisent, orientent, intéressent et valorisent les personnes qui entrent en dialogue; c'est un lieu dans lequel le milieu de travail et le milieu de services, de soins et de traitements sont parties intégrantes.

3.2 Compréhension des réalités qui sous-tendent la notion de « milieu de vie substitut »

La prudence est de mise quand il s'agit de parler du « milieu de vie substitut ».

S'agit-il du lieu physique et de son aménagement ou s'agit-il de la 'philosophie', de l'approche, des conduites, que les intervenants doivent adopter à l'égard des résidents?

En fait, bien souvent on parle indistinctement de l'un et de l'autre, voire on parle de l'un et en fait il s'agit de l'autre. Il y a mélange des genres.

Aussi, est-il nécessaire de les distinguer pour les (ré)unir, si le milieu de vie substitut est le lieu de rencontre des deux *humanitudes*? De ceux qui y vivent et de ceux qui apportent le soutien à ce vivre.

Donc, ceux qui en parlent le décrivent (ce milieu de vie substitut) comme :

Un idéal à atteindre qui se présente sous de nombreux attributs; attributs qui sont autant de buts à réaliser pour le rendre conforme la réalité à l'idée qu'on s'en fait; voir les *Orientations* de 2003 et dont l'élément principal concerne l'attitude, les comportements attendus, les façons de parler, d'agir, de travailler, de donner des traitements aux résidents. Une formation AGIR a été conçue à cet effet et qui s'adresse aux intervenants.

Au-delà du discours, comment la réalité se présent-t-elle?

¹⁶ Robin Stadnyk, Jill Phillips, Slavko Sapeta, Alison MacAulay, Margaret Champion, Linna Tam et Janet Craik. *Le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client* in Activités ergothérapeutiques Volume 11.3 Canadian Association of Occupational Therapists; site internet : www.caot.ca/otnow/may09/chccr.pdf.

Réflexions de divers praticiens en ergothérapie

¹⁷ Ce temps-là n'est pas un temps productif, selon les mesures économiques de productivité et de rentabilité, mais des temps de socialisation, de valorisation, de compatibilité et d'humanisation des conditions de vie dans un « chez-soi autre ».



3.2.1 Ce que les *Orientations* nous disent du milieu de vie substitut

Notre recherche d'une définition ou description de la notion de « milieu de vie », nous a conduit à relire pour une ixième fois les *Orientations ministérielles* de 2003 et de faire ressortir les éléments suivants :

- Le milieu de vie substitut est présenté comme le « nouveau domicile au sein duquel elles (en parlant des personnes résidant en hébergement de longue durée) poursuivent leur cheminement de vie »¹⁸;
- plus loin « un milieu de vie dans lequel des services et des soins de qualité seront dispensés, en partant des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et de leur famille »¹⁹;
- « l'hébergement en milieu substitut institutionnel est de plus en plus réservé aux personnes qui présentent des pathologies complexes, des incapacités motrices et sensorielles importantes souvent associées à des problèmes d'ordre cognitif majeurs, mais cet hébergement institutionnel demeure malgré tout le lieu de résidence au sein duquel il fait bon vivre »²⁰;
- « ...son nouveau domicile et, généralement, son dernier chez-soi...un milieu de vie stable, significatif et aidant, où il fait bon vivre. Elle(le)(la) résident(e) doit se sentir intégré(e) à la vie de la communauté, ...continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure. »²¹;
- « pour ce qui est des services cliniques, les milieux d'hébergement doivent être en mesure d'assurer le bien-être des résidents... »²²;
- « le centre d'hébergement et de soins de longue durée est partie intégrante de sa communauté...maintien des liens sociaux, d'abord par la famille, qui demeure le lien privilégié avec le monde extérieur, mais aussi par l'implication des bénévoles et de différents représentants de la communauté. »²³
- « L'environnement physique doit tendre à reproduire, dans la mesure du possible, un lieu résidentiel qui soit le plus normalisant possible, qui facilite l'appropriation par le résident de son milieu de vie et la personnalisation de son espace. Par « normalisant », nous entendons ici « qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés »²⁴;
- un environnement physique qui doit favoriser les besoins fondamentaux, le soutien aux interventions, un milieu de travail efficace, un environnement physique aux composantes architecturales flexibles et adaptables²⁵.
- « le CHSLD est un milieu de vie, de soins et d'assistance pour certaines personnes et un milieu de travail pour d'autres. »²⁶

Il est clair que la notion de milieu de vie substitut met en évidence que ce n'est pas un lieu simple qu'il suffit d'aménager et de décorer pour lui donner des allures non institutionnelles, mais c'est un milieu

¹⁸ Orientations ministérielles, 2003, page ii.

¹⁹ Idem.

²⁰ Ibid. *Orientations* 2003, page 1.

²¹ Ibid. page 5.

²² Ibid. page 16.

²³ Ibid. page 22.

²⁴ Ibid. page 22.

²⁵ Idem. Page 22.

²⁶ Ibid. page 23.



complexe qui n'est pas, à proprement dit, un «second chez-soi », pour les raisons que nous verrons un peu plus loin.

En fait, cette notion recoupe plusieurs composantes :

- des intentions exprimées sous forme de textes légaux et réglementaires, des orientations, des guides et des directives;
- une approche philosophique et éthique des relations avec les résidents, principalement, et les membres de la famille qui est jugée impérative à bien des égards, et,
- des réalités interdépendantes, voire en symbiose :
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée qui est un milieu institutionnel qui intègre;
- un milieu de services, et, de soins et de traitements aux champs d'intervention variés;
- un milieu de travail;
- un milieu de soins et de services et milieu de travail eux-mêmes incorporés dans ce qui devient un milieu de vie substitut pour les résidents en hébergement permanent; conçu, organisé, déployé, afin d'y insuffler l'approche dite milieu de vie substitut.

3.2.2 Les distinguer pour mieux les unir

En regroupant ces éléments par affinité, nous obtenons un portrait précis des caractéristiques du milieu de vie substitut et donc des conditions de vie des personnes en CHSLD que nous avons reproduit sous la forme d'un tableau de correspondance suivant :

Tableau : La réalité « Le CHSLD est un milieu de vie, de soins et d'assistance pour certaines personnes et un milieu de travail pour d'autres. »
citation tirée des *Orientations ministérielles* de 2003

CHSLD Un milieu institutionnel	Milieu de travail	Milieu de soins et de services	Milieu de vie substitut en CHSLD	Référence au milieu de vie à domicile ou chez-soi
- Le CHSLD est partie intégrante de sa communauté. - un environnement physique aux composantes architecturales flexibles et adaptables.	Un milieu de travail efficace	...dans lequel des services et des soins seront dispensés. ...des services cliniques ...en mesure d'assurer le bien-être des résidents. - Un environnement physique qui doit favoriser le soutien des interventions.	- Nouveau domicile. - Hébergement en milieu de vie substitut institutionnel.... ...demeure malgré tout le lieu de résidence au sein duquel il fait bon vivre. - Son nouveau domicile et, généralement, son dernier chez-soi. - Un milieu stable, significatif, aidant où il fait bon vivre, - Se sentir intégré à la vie de la communauté, ...continuer d'évoluer, - Le plus possible en lien avec sa vie antérieure, - Maintien des liens sociaux : - La famille - L'implication des bénévoles et - Des différents représentants de la communauté. - L'environnement physique doit tendre à reproduire, dans la mesure du	...en partant des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et de leur famille - Par « normalisant » : qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile.



			possible, un lieu résidentiel qui soit ... • Le plus normalisant possible; • Facilite l'appropriation par le résident de son milieu de vie... • et la normalisation de son espace. •les lieux sont accueillants, chaleureux familiers et personnalisés. • Un environnement physique qui doit favoriser les besoins fondamentaux, le soutien des interventions...	
--	--	--	--	--

On voit dans ce tableau que l'on parle moins du milieu de travail et du milieu de services, de soins et de traitements, alors que c'est à partir de ceux-ci que, inspiré d'une approche ou d'une philosophie, d'une morale de l'action et de l'intervention, le « milieu de vie substitut » prend son sens et qu'il s'anime.

Nous devrions faire la somme et l'intégration de toutes les interventions qui ont été produites par l'ASSTSAS et aussi de tous les projets subventionnés dans le cadre des projets de révision de l'organisation du travail en CHSLD, si nous voulons dégager des lignes de force dans la conception physique et fonctionnelle de ces lieux et la réalisation d'aménagement ergonomique et sécuritaire, fonctionnel et adapté.

Nous devrions analyser dans une optique similaire les rapports des visites ministérielles et des organismes d'agrément, les divers comités de surveillance et des interventions des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services.

Nous devrions aussi analyser les habiletés de base requise, les compétences requises pour embaucher à partir de profils rigoureux et donner en continu les formations nécessaires pour développer et s'assurer que les comportements attendus respectent les codes de conduite en milieu de vie substitut.

Nous devrions remettre à jour la charte du milieu de vie substitut et la charte du travail en milieu de vie substitut pour guider les uns et les autres à développer une compréhension respective des réalités sous-jacentes et des attentes comportementales envers les uns et les autres.

Nous devrions être en mesure de redéfinir les conditions d'application des nouveaux paramètres en matière d'hébergement, avec :

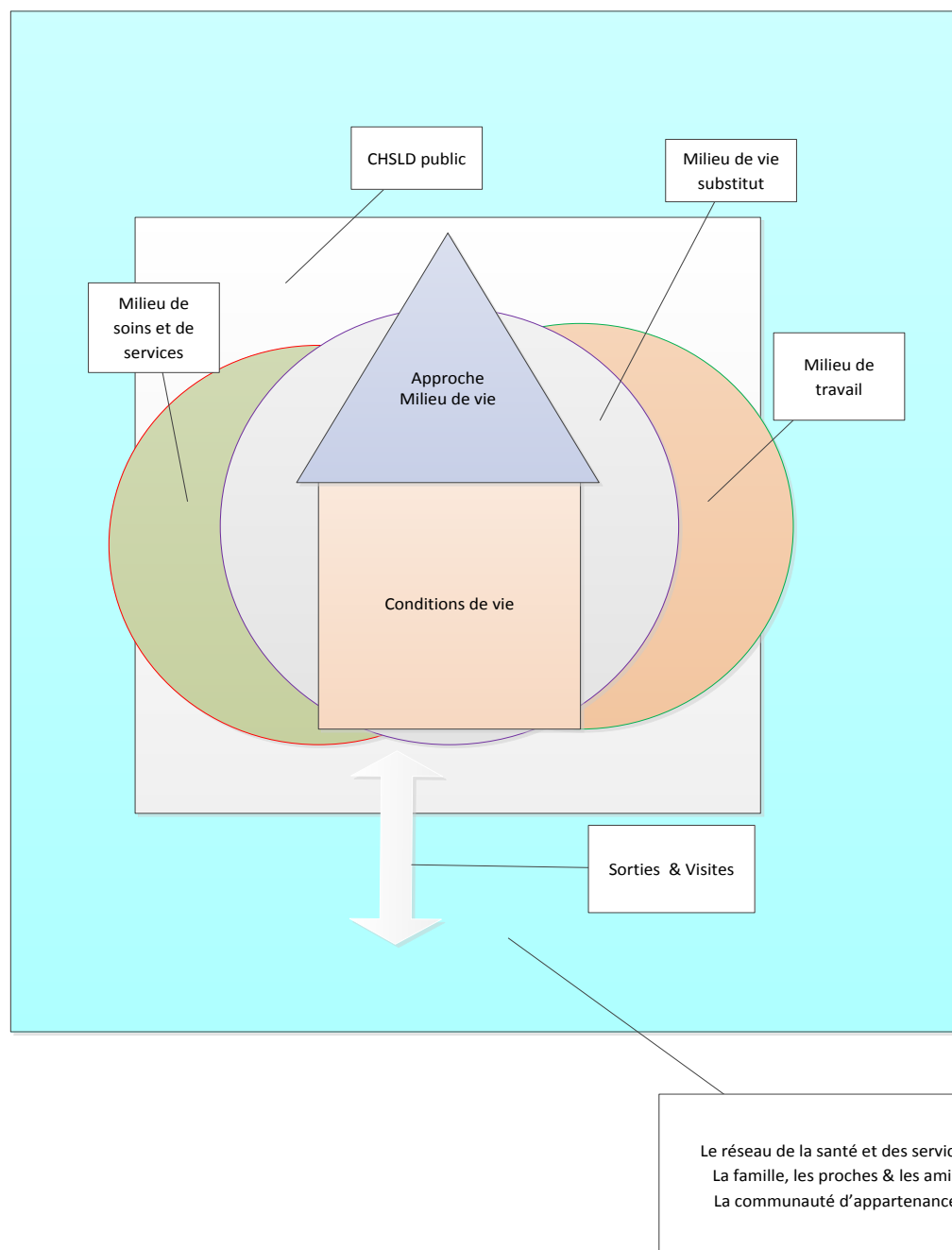
1. les changements importants qui seront introduits par *l'Assurance autonomie*,
2. l'admission des nouveaux résidents ayant des besoins complexes et des pathologies multiples,
3. l'importance accrue des membres des familles et des communautés en regard aux exigences et à la perception de la qualité,
4. l'importance donnée à l'imputabilité des intervenants dans une perspective éthique et déontologique,
5. les dispositions de fin de vie,
6. l'attention médiatique.

Pour assurer la pleine unification de ces milieux interdépendants, il faudrait mettre sur pied un groupe de travail ou un centre d'études et d'actions prospectives sur les modalités de création de milieux de vie substitut en CHSLD.

Pour en revenir à la place du milieu de vie substitut dans tous ses liens d'interdépendance, nous pourrions l'illustrer de la façon imagée suivante : le cercle qui représente le milieu de soins et de



services qui entrecoupent le cercle milieu de travail; l'intersection des deux étant le cercle milieu de vie substitut ; les 3 étant contenus par le CHSLD.



En somme, l'intersection de trois ensembles représente l'ensemble de tous les éléments qui constituent les déterminants des conditions de vie des personnes âgées; ces 3 milieux étant eux-mêmes des sous-ensembles du grand ensemble que représente le CHSLD, en interaction avec le milieu de la communauté qui contient le réseau local de soins.



Il est fait souvent référence au «chez-soi» d'origine en rapport avec le milieu de vie substitut en CHSLD qui serait en quelque sorte le «second chez soi» de la personne âgée.

Que savons-nous du «chez-soi» et de ses particularités, au-delà de celui de nos parents et de notre propre chez-soi actuel? Que représente le «chez-soi» pour les personnes âgées?

3.2.3 On est si bien chez-soi, mais...²⁷

Si l'on veut créer au sein de nos CHSLD un milieu de vie substitut qui donne un sens à la vie et où il faut bon vivre, alors il nous faut mettre en évidence les caractéristiques du «chez-soi» des personnes âgées, en faisant la supposition bien sûr que dans la très grande majorité des cas, le chez-soi est un lieu valorisant et sain.

Le chez-soi²⁸ qui correspond, la plupart des cas, au domicile ou à la résidence personnelle est un lieu physique, mais aussi une entité sociale et un espace vital (ou cadre) de vie personnel dont l'état d'organisation et de fonctionnement traduit l'importance, la signification ou le sens, ainsi que le rôle de ce lieu en regard au sentiment identitaire et d'appartenance communautaire et sociale de son habitant et traduit les composantes de son mode de vie.

Lieu de vie privée, lieu d'intimité, lieu de relations affectives, lieu d'expression de sa sexualité, lieu de souvenirs, lieu de retrouvailles familiales, mais aussi lieu de sécurité et de contrôle et lieu de liberté, de relâchement, de repos, de veille et, aussi, quelque fois, lieu de fin de vie.

Lieu circonscrit dans une structure physique, dans un lieu géographique, au sein d'un quartier, d'une communauté, d'une ville, mais aussi lieu d'ancrage, de repérage, de recentrage.

D'autres recherches mettent en évidence les 10 principales dimensions de la relation au chez-soi que nous appliquerons tout de suite à la manière dont ces dimensions sont reproductibles ou applicables en milieu de vie substitut d'un CHSLD.

²⁷ Qu'il nous soit permis d'emprunter cette expression de l'Agence de la santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/safelive-securite/chap1-fra.php>

²⁸ Nous nous inspirons largement de la recherche de Montreuil Christelle *chez-soi et handicap* Une enquête qualitative auprès de jeunes adultes ayant subi une lésion à la moelle épinière *Mémoire* présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en Sciences de l'Architecture pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) ÉCOLE D'ARCHITECTURE FACULTÉ D'AMÉNAGEMENT, D'ARCHITECTURE ET DES ARTS VISUELS UNIVERSITÉ LAVAL QUÉBEC 2012.



Dimensions du chez-soi	Faisabilité de la reproduction en milieu de vie substitut (CHSLD)
1. Symbole du moi et reflet des valeurs personnelles	Partielle; dans la décoration surtout de la chambre si simple ou partie de la chambre si double.
2. Propriété privée	Partielle; la propriété occupe un espace réduit tels que dans les espaces et meubles de rangements, le lit et les effets personnels sur les meubles ou murs (cadres, portraits, étagères de livres, par exemple)
3. Structure physique et matérielle	Oui; il s'agit d'une chambre située sur une unité de vie; d'autres aires publics et de travail se côtoient, occupant un étage au sein d'un établissement, comprenant des aires de circulation et divers lieux de rassemblement pour assister et participer à des activités. Il y a aussi les aires aménagées à l'extérieur du bâtiment.
4. Indicateur du statut social et personnel	Partielle; visible quelque fois dans la tenue vestimentaire et les photos-souvenirs et autre documents s'y référant.
5. Centre des activités quotidiennes	Oui; si l'on étend le chez-soi au-delà de la chambre occupée, i.e. aux aires de fréquentations régulières, alors que ces espaces constituent des centres d'activités quotidiennes en fonction de la température et des saisons.
6. Centre des relations familiales et amicales	Oui; la chambre si elle est à occupation simple -les salons et salles aménagées à cet effet.
7. Permanence et continuité	Oui; sauf un transfert obligé dans une autre chambre, unité de vie ou établissement.
8. Capacité d'agir et de modifier son environnement	Partielle, si le changement projeté est un aménagement mineur de la chambre.
9. Refuge des pressions du monde extérieur	Oui
10. Sécurité et contrôle	Oui

Pour compléter cette présentation des dimensions du chez-soi reconnues par de nombreux chercheurs, qu'il nous soit permis de reproduire le tableau suivant contenu dans l'étude à laquelle nous nous sommes précédemment référés.



Tableau 2.2 Dimensions de la signification du chez-soi des aînés propriétaires d'une maison de banlieue (Després et Lord, 2005: 325)

<u>1) Dimensions psychologiques</u> • Reflet de la personnalité • Lieu de personnalisation • Contrôle personnel de son environnement • Sécurité physique et psychologique • Confort physique et psychologique	<u>3) Dimensions économiques</u> • Lieu dont on est propriétaire • Investissement et épargne • Héritage • Logement abordable	<u>5) Dimensions temporelles</u> • Espace familial • Attachement et souvenirs
<u>2) Dimensions psychosociales</u> • Lieu de socialisation • Intimité et refuge • Indicateur de statut social • Composition sociale souhaitable • Accès à des ressources humaines	<u>4) Dimensions matérielles</u> • Réseau de lieux urbains • Territoire urbain • Services et installations commerciales • Nature et verdure • Type de logement • Espace autour de la maison • Sécurité et accessibilité universelle • Objets personnels	<u>6) Dimensions spatio-temporelles</u> • Lieu d'ancrage • Centre de la vie quotidienne • Espace de mobilité • Règlement d'identité • Proximité et accessibilité

Il est facile de déduire de ce tableau et des explications précédentes que :

Le milieu de vie substitut devrait et devra puiser ses qualités dans ce qu'il y a de plus profondément ancré (internalisé) chez le résident et les membres de sa famille et proches et de tout l'entourage social et culturel.

Les activités du résident ne se résument pas à des loisirs : il y a tout un univers culturel ludique et utilitaire à lui faire redécouvrir, en commençant par le temps d'une simple conversation qui ne soit pas commandée par le rythme du travail.

Nous aborderons maintenant les qualités du milieu de vie substitut de l'*Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. Le chez-soi polonais*.



Nous nous attarderons ici au chez-soi polonais, mais plusieurs de ses caractéristiques s'appliquent au chez-soi ukrainien et aux chez-soi des autres communautés slaves, et, aussi au chez-soi québécois en général.

Dans un article de la SCHL, le chez-soi est abordé à travers les habitudes de vie qui dépendent du caractère ethnique de son occupant; dans un autre article, dans le choix d'un chez-soi, il y a lieu de tenir compte des désirs et des besoins des aînés en matière de modalités de vie.

Nous pensons qu'il est important de comprendre la signification et de connaître les limites du milieu de vie substitut en CHSLD en tant que « un second chez-soi ». Certains éléments contenus dans le mémoire de maîtrise de Christelle Montreuil (2012) peuvent s'appliquer au chez-soi de la personne âgée.

3.2.4 Portraits de vie, sensibilité culturelle et valeurs patrimoniales²⁹

Il faut savoir que dans la culture polonaise (slave, en général) il y a certaines valeurs qui sont prépondérantes et qui caractérisent d'emblée une ethnie (ce qui est notre cas) par rapport à une autre, à une communauté par rapport à une autre.

Le peuple polonais possède un vécu national et une histoire sociale dont la grande majorité des ressortissants polonais encore aujourd'hui sont porteurs : 116 de nos 126 résidents sont âgés de plus de 80 ans, ils appartiennent aux vagues d'immigrants des années d'après la seconde guerre mondiale et certains de la vague des années 1990 et ont des souvenirs marquants de la Pologne en guerre et/ou sous le régime communiste.

Ils s'en rappellent comme si c'était hier : ces souvenirs sont vifs dans leurs mémoires et ils les ont partagés avec leurs enfants, les autres membres de la famille, les proches, la communauté dans son ensemble.

3.2.4 1 Portraits de vie

L'importance de ces souvenirs, la reviviscence de ces faits passés sont telles qu'elles sont très présentes; les preuves en sont que tout au long de l'année, les dignitaires de l'Ambassade et des consulats généraux d'Ottawa et de Montréal de la République de la Pologne, avec comme organisateurs les nombreuses Associations polonaises, viennent célébrer et commémorer des Fêtes en relation avec la Nation, le Jour du Soldat et autres événements marquants, et, sont autant d'occasions de remercier, en les décorant de divers honneurs, nos résidents et résidentes en tant qu'anciens combattants, opposants et résistants qui ont été des modèles de courage, de détermination et d'abnégation et de résilience.

La Nation, la Mère-Patrie, le Pays, le Peuple, son Histoire, ses Traditions, ses Mœurs, tous ces éléments et bien d'autres consolident l'amour de la langue, de la culture et des valeurs qui caractérisent le peuple polonais.

²⁹ Ce qualificatif fait référence « au bien, à l'héritage commun d'une collectivité, d'un groupe humain », selon le Petit Larousse 1998, page 756.



C'est ce que le Québec et l'Assemblée nationale ont reconnu, apprécié, respecté et certains ont admiré en octroyant à l'*Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* son statut de CHSLD public non regroupé à vocation unique.

Ce n'était pas uniquement une question de langue qui a décidé l'*Assemblée nationale* de reconnaître ce statut spécial, c'était surtout dirions-nous une question de préserver la richesse patrimoniale des Canadiens-Polonais, des Québécois d'origine polonaise et c'était aussi de reconnaître la richesse de notre approche communautaire dans la prise en charge des membres âgés de la communauté polonaise.

Ce que vit l'*Institut* s'applique sans réserve à tous les autres CHSLD dans la mesure où les efforts doivent être portés sur ce qui donne un sens à la vie de tous et chacun et qui lui donne ses repères dans le temps de sa présence au monde.

3.2.4.2 Sensibilité culturelle, valeurs patrimoniales : la programmation culturelle

La question est comment identifier les valeurs patrimoniales des personnes en attente d'hébergement et comment détecter chez elles cette sensibilité culturelle, les valeurs patrimoniales, citoyennes, familiales et personnelles dont elles sont porteuses?

Les intervenants des CHSLD, pour développer un milieu de vie substitut qui a tout son sens, toute sa raison d'être, doivent s'appuyer sur :

- les comportements des intervenants et
- l'aménagement physique,
- la participation communautaire à la programmation des événements sociaux, culturels, religieux et historiques du Québec qui sont autant de repères identitaires pour les personnes âgées; ces autres repères viennent aussi rythmer, animer, signifier et valoriser le passage du temps et de la vie, et,
- l'accompagnement des proches dans le cadre des histoires de vie³⁰ de chaque résident sur lesquelles devraient être bâtis des interventions, des activités et des événements pour rappeler et raviver les liens de continuité personnelle, familiale et communautaire, mais surtout donner un sens actuel à sa vie.

C'est ainsi que l'*Institut* depuis le tout début s'est constitué, s'est développé, a accueilli les uns comme un milieu de travail et un milieu de services et de soins et de traitements et a accueilli les autres comme un milieu de vie substitut dont la langue, la culture et les valeurs patrimoniales sont déterminantes.

³⁰ Les histoires de vie ne doivent pas rester de beaux documents que l'on épingle à la tête de lit des résidents, mais un document vivant, un guide d'actions, un document de référence et de repérage; sinon à quoi cela servirait de tout savoir et de ne rien faire pour aviver la mémoire, les émotions et le goût du partage et établir la communication avec le résident; une communication qui soit signifiante.



Nous venons de le mentionner, il y a la langue porteuse de sens et de valeurs qui représente cette capacité de communiquer, d'écouter et d'être écouté, de s'exprimer, d'échanger, de dialoguer, de comprendre, de partager et d'entreprendre : il s'agit de la langue qui dit tout de nous, ce que nous sommes, ce que nous désirons, ce que nous aimons et ce que nous voulons.

L'*Institut* a cet avantage extraordinaire de réaliser l'ensemble de ces activités dans la langue polonaise, dans la langue par excellence de nos résidents et de la très grande majorité de notre personnel.

La langue avons-nous dit est porteuse: langue des communications et du partage des valeurs propres à chaque individu, à chaque communauté; elle unit les uns et les autres dans un même idéal, un même projet de vivre ensemble.

Nous croyons que les communications verbales ne doivent pas être expéditives et superficielles mais au contraire, elles doivent être abordées et réalisées de manière sensibles, porteuses de sens et valorisantes; elles doivent faire l'objet d'une attention particulière et susciter l'intérêt et le goût de vivre. Le temps ne se mesure pas uniquement à la quantité réalisée mais à la qualité des communications à la base de toute intervention.

À l'*Institut*, nous avons développé dès le tout début une grande sensibilité culturelle concernant les conditions de vie de nos résidents, ce que faisait déjà la communauté polonaise composée des membres de la famille, parents, amis, proches, bénévoles, membres des associations ,etc. dans le souci de maintenir le lien vital avec la personne qui est hébergée et à qui l'on offre l'attention, le soin et le service.

Malgré les changements sociaux, ceux du tissu social, de la déconfessionnalisation, malgré la mondialisation, les changements de structures et des modes de gestion, à son niveau, l'*Institut* a préservé son identité culturelle et est resté fidèle à son projet initial, ce que, à plusieurs reprises, l'*Assemblée nationale* a reconnu en nous confirmant dans notre aspiration communautaire : l'utilité de préserver notre autonomie et notre statut identitaire.

Sur la base de ses valeurs patrimoniales, le milieu de vie substitut de l'*Institut* tend à rester un milieu inspirant; ces valeurs et les comportements qui s'y rapportent sont :

- Le respect de **la personne** dans tous ses états de vie;
- L'importance de l'omniprésence de **la famille**;
- La participation de **la communauté** et sa présence agissante; les associations ravivant les occasions de commémorer, d'illustrer et de remercier;
- La **filiation avec la Mère-Patrie**, la Pologne, est fortement ressentie, grâce à ses représentants diplomatiques qui sont plein d'égards à l'endroit de nos résidents qui sont d'anciens combattants, d'anciens résistants, d'anciens prisonniers de guerre et des membres de leurs familles;



- **La présence de l'Histoire du Pays** et les souvenirs qui font partie des histoires de vie de nos résidents servent toujours de balises au temps présent; le sens de l'histoire et les drames sociaux font aussi partie de la propre histoire personnelle de chacun; ce qui donne un sens à la vie;
- **La religion** est pratiquée et se manifeste à travers des activités, des fêtes et des cérémonies liturgiques; par exemple, la messe est dite tous les jours et les fêtes liturgiques font l'objet d'une attention particulière; les gens de robe fréquentent nos résidents;
- **La culture** sous ses différentes formes de manifestation : musique, chants et chansons, littérature & revues, alimentation, émissions de TV polonaise et vidéos en langue polonaise sur le pays, sur les joutes sportives, etc.

Tous ces éléments alimentent la démarche culturelle de *l'Institut*, rendent cohérentes entre elles nos interventions de toutes natures et viennent conforter les conditions de vie des résidents. Ce qui permet aussi la participation de tous : résidents, proches, employés et membres de la communauté.

Toute une culture au service du milieu de vie substitut

C'est dire qu'à l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc., c'est tout un peuple avec son histoire, sa culture, ses croyances, ses valeurs, ses traditions et ses mœurs qui s'exprime et se réalise tous les jours dans ce qui est convenu d'appeler un milieu de vie substitut en CHSLD.

Bien sûr, il y a perméabilité entre les éléments culturels canadiens et québécois et les éléments polonais, puisque nos résidents ont vécu une grande partie de leur vie adulte au sein de la communauté québécoise. Ils ont mené une vie productive. Ils se sont illustrés par leurs réalisations personnelles, familiales, professionnelles, d'affaires, artistiques, intellectuelles, etc.

Aujourd'hui, dans l'état de vie qui est le leur, amenuisé par la maladie, les résidents et les membres de la famille et les proches sont déstabilisés, dépourvus devant la maladie et la fin de vie et quand il n'y a pas résignation, il y a réaction, contestation et rébellion devant la réalité de la progression de la perte.

Mais on sait aussi que la valeur d'un passé plus lointain, celui du temps de la jeunesse et du jeune âge adulte, avec ses souvenirs, ses traditions, l'emporte davantage sur les temps passés rapprochés et le présent.

Ce retour en arrière, ce phénomène dirait-on de régression, n'empêche pas les résidents de vivre leurs émotions et leurs plaisirs dans un présent bien réel avec son poids de souffrances et ses malaises. La présence de l'autre est réconfortante, rassurante.

La présence de tous les autres

Aussi, au-delà du bien-être physique, pour dynamiser la vie au quotidien, il faut multiplier les occasions d'avoir la présence régulière des membres de la famille, des proches, des amis, des compatriotes, des membres bénévoles de la communauté, des artistes et des enfants de la famille, des enfants des écoles,



des représentants de l'Église; et aussi, il ne faudrait pas les oublier, des animaux dont la présence est très appréciée par les résidents et les familles; en tout cas c'est le cas à l'*Institut* !

Il est évident que toutes ces présences créent un continuel va-et-vient, de l'achalandage, du remous, de la distraction, mais c'est justement cela qui fait la différence, qui fait de notre milieu de vie substitut un endroit animé et plein de vie où il y du plaisir à vivre.

Les besoins spirituels

Comme pour bien des résidents des générations précédentes, à l'*Institut* les besoins spirituels passent par la religion; à l'*Institut*, la religion catholique qui, à son tour, reconforte le résident qui le demande; elle rythme leurs vies en fonction des fêtes prévues au calendrier liturgique et des célébrations qui en font d'autres occasions de recevoir, de rencontrer et de fêter, d'être reconforter, d'espérer.

La messe, comme il a déjà été dit, est célébrée tous les matins et on vient même de l'extérieur pour y assister. Nous avons 7 sœurs polonaises qui portent encore leurs vêtements religieux au sein de l'établissement et qui travaillent à titre d'infirmières ou infirmières auxiliaires.

La réalité du travail en milieu de vie substitut

Il y a aussi cet autre rythme de vie ponctué par la présence et l'absence du personnel qui effectue des tâches à être exécutées au vu et su des résidents qui sont « chez eux », (ne l'oublions pas) : vider des poubelles, nettoyer des toilettes, épousseter des meubles, laver des planchers, servir et desservir des plateaux, etc. sans oublier la présence d'équipements divers, mobiles ou fixes (chariots pharmaceutiques, leviers mobiles ou sur rail, cloches d'appel, etc.). On a beau rendre leur présence la moins évidente et la moins encombrante possible, il n'en demeure pas moins que ces équipements occupent du volume, circulent et côtoient des marchettes et des chaises roulantes en déplacement et des personnes ambulantes.

Cette hachure du temps, les résidents l'acceptent d'emblée comme faisant partie désormais de leur vie quotidienne. La très grande majorité des résidents et des membres de famille ne s'en plaignent pas, tant et aussi longtemps qu'elles se font discrètes, respectueuses de la vie privée et de l'intimité des résidents.

Cela nous rappelle que tous ceux qui travaillent en milieu de vie substitut savent qu'ils doivent incorporer de façon conciliante et accommodante la réalité du milieu de travail à celle du milieu de vie substitut, dont les conditions de travail imposent un ordre d'exécution, un respect des fonctions, la présence d'appareils, d'équipements et des aménagements ergonomiques et sécuritaires, pour l'essentiel.

À ces travailleurs, on leur demande plus que du travail, on leur demande de mettre leur sensibilité émotionnelle et affective aux services des résidents et d'adopter des approches, à l'égard des résidents, respectueuses de leur humanité et qui mettent en jeu des comportements déontologiques, moraux et éthiques.



La bonne organisation et le bon fonctionnement du milieu de travail et le respect des employés sont essentiels au milieu de vie substitut, car il assure la cohésion et la viabilité de l'ensemble.

Il y a lieu de poursuivre la démarche subventionnée de révision de l'organisation du travail dans une optique de lieux de rencontre des *humanitudes*, surtout si la complexité des soins requis a un impact majeur sur la dynamique du milieu de vie substitut.

Le bénévolat dans les CHSLD: une activité civique essentielle

Il y a aussi ceux qui, sans occuper un emploi, œuvrent auprès des résidents à titre de bénévoles et gracieusement viennent, non pas remplacer un employé, mais :

- combler un besoin qui va au-delà du régime de travail,
- soutenir une action,
- seconder une démarche,
- offrir une aide,
- converser tout en exprimant des paroles réconfortantes,
- accompagner un résident dans sa promenade,
- faire la lecture,
- commenter une image télévisée.

Ces actions petites ou grandes sont autant de bonheurs d'occasion pour le résident et de contentement pour les membres des familles qui les côtoient (bis).

Des bénévoles, il en faudrait plus, il en faudrait beaucoup plus, et encore davantage, au point où il faudrait en faire une campagne nationale annuelle pour le bénévolat et la sensibilisation au partage.

Il faudrait que nos écoles renforcent l'enseignement civique et inscrivent, comme tâche civique obligatoire au programme d'apprentissage, des activités créditées de bénévolat auprès de nos personnes âgées en CHSLD; ce devoir de bénévolat nous le devons aux générations qui nous ont vues naître, nous le devons à nous-mêmes quand nous serons nous-mêmes résident en CHSLD.

La société s'assurerait ainsi du transfert des valeurs entre les générations et de la création d'occasions de présence, de dialogue intergénérationnel et aussi de partage, et, s'assurerait de réhabiliter le vieillissement, de réintégrer le CHSLD dans la communauté.

Renforcer le parcours du sens du devoir réhabilité qui va de la maison à l'école et de l'école au travail et qui inclut le CHSLD, voilà ce qui est essentiel avec le virage de l'*Assurance autonomie* et, essentiel, pour la revitalisation des conditions de vie des résidents : il faut multiplier les occasions de procurer une présence, du plaisir de vivre et sans doute aussi du bonheur à nos aînés en CHSLD; sans oublier le passage obligé de fin de vie.



La réalité pathologique et thérapeutique du milieu de vie substitut

C'est bien la raison première de l'admission en CHSLD de la personne âgée suite à une lourde perte d'autonomie : celle-ci et son entourage n'étant plus en mesure de rencontrer les besoins fondamentaux qui demandent à être satisfaits, ni assurer la sécurité, ni réussir à lui procurer au domicile les soins et traitements que requiert son état de santé.

C'est un choix et une décision difficiles qu'il faut rigoureusement documenter et appuyer sur une évaluation multifactorielle. Les proches doivent être soutenus pour ne pas se sentir inutiles, d'où la nécessité d'un partenariat fondé sur l'accompagnement et l'établissement d'une relation de confiance mutuelle.

Il s'ensuit la prise en charge médicale, pharmacologique, nursing et thérapeutique; cette prise en charge multidisciplinaire, avec le résident et les membres de sa famille et/ou représentants légaux, doit l'être sous le signe de :

- la transparence de l'information,
- la compréhension des conditions et des impacts de l'hébergement, et
- la participation active des membres de la famille et des proches.

Il s'ensuit aussi la panoplie des profils d'évaluation (ISO-SMAF, OÉM, CTMSP, etc.) plans de soins, plans d'intervention, plans de traitements et tous les autres documents qui servent à établir les diagnostics et la prescription des médicaments, des soins et des traitements, en incluant les régimes alimentaires, les diètes et toutes les autres restrictions pertinentes. Tout étant encadré par des normes scientifiques, sociales, légales, éthiques, évaluatives de la qualité et des plans de soins, des plans d'interventions, etc.

Il y a donc, pour le milieu de soins et de traitement, un rythme de vie aussi qui s'impose et qui doit se conjuguer avec le travail et la vie du résident. Cette interdépendance des activités, des temps et des rythmes de la vie est conditionnée par la réalité englobante du CHSLD, du réseau local de la santé, du territoire local du CSSS, du réseau de santé territorial et finalement des rythmes de la société tout entière.

3.2.5 La réalité institutionnelle du CHSLD et du milieu de vie substitut

On ne peut pas passer sous silence, ignorer ou minimiser la réalité institutionnelle du CHSLD qui influe sur le milieu de vie substitut, comme les autres milieux qui interagissent, s'influencent les uns sur les autres; il s'agit d'une interdépendance dont le résultat est ce qui est réalisable sous conditions.

En omettant de reconnaître cette réalité, nous risquerions de rencontrer des limites dans notre capacité d'amélioration du milieu des uns tout en améliorant le milieu des autres.

Le milieu de vie substitut, c'est le lieu physique adapté pour assurer aux résidents d'y retrouver, même si en milieu institutionnel (en CHSLD), une résidence qui a des allures de domicile personnel, et puis, il y a aussi la présence des autres résidents qui à l'occasion peuvent être une source de dérangement, et, des



intervenants qui assistent, supportent, aident, écoutent, dialoguent, rendent des services et soignent chacun des résidents en fonction de leur profil personnel respectif.

Ce n'est pas un monde fermé sur lui-même, c'est un lieu physique et une organisation qui doivent rester ouverts sur la communauté et être conviviaux dans son mode d'être et de son mode de faire pour que le CHSLD-Milieu-de-vie-substitut, constitue en toutes circonstances le lieu de rencontres de deux *humanités*³¹.

3.2.6 Caractéristiques du milieu de vie substitut à l'*Institut*

Ce que l'*Institut* a réussi à faire depuis le début, il le doit au cours des 48 dernières années aux générations des membres de la communauté et des associations polonaises de toutes natures, des membres de conseil d'administration, des membres de la direction et de l'encadrement, des médecins, de tous les professionnels de la santé, des bénévoles, des membres des familles et des proches, et, surtout des résidents eux-mêmes qui ont demandé et ont été hébergés à l'*Institut*; toutes ces générations ont créé un milieu de vie substitut à l'*Institut* à l'image de sa communauté et de ses aspirations sociales.

Tout ce qui fait la culture de la Pologne est présent et vivant à l'*Institut* : *la culture étant au service du milieu de vie substitut.*

*Mais de quoi est-il fait ce milieu de vie substitut 'à la Polonaise' de l'*Institut*?*

- *D'abord, de communications dans la langue d'origine, chez nous, il s'agit de la langue polonaise; presque la totalité des employés parlent le Polonais, le Français et l'Anglais;*
- *De musique et de chants folkloriques et modernes qui ponctuent les temps de la journée : du réveil au coucher;*
- *D'activités relatives aux fêtes, aux anniversaires personnels et sociaux, aux cérémonies commémoratives, aux célébrations religieuses;*
- *De repas faits de mets de la cuisine polonaise traditionnelle et qui s'y rapproche le plus; des senteurs, de saveurs et de goûts typiques, reconnaissables et confectionnés autant pour les résidents que pour les employés et visiteurs;*
- *Des silences, des temps de repos et de sommeil;*
- *Des activités de nature thérapeutique et/ou ludique;*
- *Des soins et des services d'assistance dans les actions du quotidien de chacun;*
- *Des visites, d'autres visites : conjoints, enfants, parents, amis, proches, connaissances, bénévoles, d'autres visiteurs, des employés, des médecins, des aumôniers, des petits enfants, et des dignitaires à l'occasion; il ne faudrait pas oublier la présence de sœurs soignantes revêtues de la robe de la communauté religieuse d'appartenance;*

³¹ Voir notes 30 et 31.



- *De déambulations dans les couloirs pour ceux qui peuvent se déplacer avec ou sans support à la marche; seul ou accompagné et assisté d'un employé, membre de la famille, bénévoles ou autres;*
- *Une « visite d'affaires » du résident aux membres du personnel de bureau pour des questions d'argent de poche, de reçus et autres menus services ou juste pour parler à quelqu'un d'autre;*
- *De déplacement pour les repas à la grande salle à manger ou à la salle à manger de l'étage ou dans la chambre avec ou sans assistance;*
- *Des visites régulières pour la prise de médicaments, par exemple, aux endroits mêmes et aux moments venus;*
- *Les moments de l'arrivée ou du départ du personnel de jour, de soir et de nuit qui rythment par la présence/absence des membres du personnel qui travaillent dans le milieu de vie substitut de l'Institut; par chance, notre personnel est régulier et il y a peu de recours à des employés occasionnels ou de la main-d'œuvre indépendante; ce qui crée un climat plus stable;*
- *Des émissions de télévision polonaises; de la lecture à haute voix;*
- *Et que dire d'un simple sourire qui reflète le fait que le résident est compris dans sa langue!*
- *Etc., etc.*

La vie de tous les jours est faite, autant pour les uns que pour les autres, de tout cela et beaucoup plus encore.

L'idée n'est pas de tenir un journal de bord de tout ce qui se dit et de tout ce qui se fait, car ce qui est important c'est le climat général, le bien-être général, la satisfaction exprimée, le bonheur d'occasion, le sourire, le soulagement, la paix intérieure, le repos bien mérité, une fin de vie digne et accompagnée; c'est cela qui importe !

3.2.7 Milieu de vie substitut en tant qu'approche ³² d'action et d'intervention

L'approche «milieu de vie», c'est tout ce qui va au-delà de l'exécution physique et technique d'une fonction, d'une tâche, de ce qui est demandé aux intervenants de toutes natures et qui consiste à adopter un comportement possédant des qualités et des aptitudes personnelles spécifiques, des habiletés, des habilités et des compétences précises qui prennent leur source et leur sens, non pas dans les livres de droit et les textes de la législation, non pas dans des manuels scientifiques et techniques, mais de l'être humain dans son essence, dans la philosophie et la moralité des comportements, des conduites adoptées, dans ses contacts et dans ses paroles avec les résidents, dans sa culture, dans son histoire personnelle, dans son respect de l'autre.

Cette approche morale, cette approche relationnelle qui commande l'attitude, le comportement, la parole et le geste doit être reconnue comme étant la plus-value d'un travail qui a du sens au-delà de son caractère utilitaire et productif et qui ici consiste à prendre soin de l'autre.

³² Au sens de philosophie définit comme la « conception de quelque chose fondée sur un ensemble de principes », selon Le Petit Larousse 1998, page 774.



En fait, l'approche exigée et dont la principale exigence va au-delà de la tâche exécutée, demande un véritable investissement personnel, un dépassement de soi, qui vient nous chercher comme intervenant dans ce qui nous est le plus intime, c'est-à-dire notre propre *humanité*³³ qui consiste à combler l'autre par notre façon d'être et de faire et d'en faire un métier!

Depuis le début de son existence, *l'Institut* qui est le produit direct de l'initiative de la communauté polonaise pour assurer le bien-être de ses aînés avait déjà, intimement inscrit dans la culture polonaise tout le long de l'histoire de son peuple, ces capacités naturelles à créer un milieu de vie substitut aux allures de la vie de famille polonaise, de tous les jours.

Nous pourrions dire que l'approche attendue et décrite dans les *Orientations ministérielles* de 2003 venait cautionner la démarche entreprise par *l'Institut*.

L'approche «milieu de vie substitut» s'incarne, prend vie, s'anime dans une culture vivante du milieu de vie; non pas une certaine culture mais LA culture en milieu de vie institutionnel qui se rapproche, qui ressemble le plus à ce qui nous tient à cœur et qui fait partie de soi-même, qui stimule les sens et la conscience et qui prend pied sur le moment présent, en référence aux souvenirs d'une époque révolue mais encore intensément vécue et conséquemment, encore vivement ressentie par le résident, dans le présent du moment vécu et ressenti.

Nous le savons et nous le découvrons davantage que, aussi en CHSLD, la conscience du présent comme du passé, tout passe par l'émotion, le sentiment, la sensation, l'image, le son et la musique, la voix, la parole et le chant, le goût, les saveurs et les senteurs familières.

Nous sommes aussi d'avis qu'il faut faire confluer le milieu de travail, le milieu de services et de soins et de traitements, et, le milieu de vie substitut pour en faire (faut-il le réitérer) l'agora où se retrouve les résidents, les proches, les intervenants et aidants, les membres de la communauté et aussi le lieu de rencontre des *humanités*³⁴; « *cette rencontre des humanités est la condition pour assurer que l'activité de soin réponde à la fois aux besoins fondamentaux des clients et à ceux des soignants* »³⁵, des autres membres du personnel, y compris, les proches qui ont besoin de comprendre et d'être écoutés et compris et les membres de la communauté toute entière.

Nous sommes d'avis que l'approche « milieu de vie substitut » est en corrélation très fortement positive avec l'approche communautaire : toutes deux devant inspirer autant les réalisations à venir de *l'Assurance autonomie* que les mesures relatives à la fin de vie notamment en CHSLD.

³³ Bleau, J., Poulin, P. Le sens au travail : la rencontre des « humanités » Objectif Prévention Vo. 31, no 2, 2008, pages 12 à 14.

³⁴ Voir les notes 30 et 31.

³⁵ Poulin, P., Bleau, J., Gineste, Y. Approche relationnelle de soins : la rencontre des *humanités*, Formation Objectif Prévention Vol. 28, no 1, 2005, pages 3 à 5.



3.3 Conditions de vie en CHSLD et ses principaux déterminants³⁶

Maintenant que nous avons visité et ressenti le milieu de vie substitut de l'*Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*, nous arrivons donc au cœur de la préoccupation des membres de la *Commission*, à l'objet même de sa réflexion, à savoir : les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et des soins de longue durée et leurs déterminants.

Pour clarifier ce que l'on entend par 'conditions de vie' dans le présent texte, apportons quelques clarifications sur cette notion.

D'abord, les conditions de vie pourraient concerner l'ensemble des aspects quantitatifs de niveau de vie et les aspects qualitatifs de qualité de la vie.

Puisque tous les résidents hébergés en CHSLD publics sont traités équitablement en recevant les mêmes soins, traitements et services, indépendamment de leur niveau de vie ou de revenu antérieur, au-delà de la contribution demandée, nous pensons que les conditions de vie en question ici, ne concernent pas le niveau de vie antérieur à leur hébergement en CHSLD.

Nous excluons donc de la définition de cette notion, les éléments de niveau de revenu et de consommation ainsi que la richesse et le patrimoine personnels du résident.

C'est donc la dimension des conditions de vie des résidents, des adultes hébergés, qui concerne la qualité de vie qui nous intéresse ; faisant ainsi référence essentiellement au mode de vie³⁷ en CHSLD.

Nous emprunterons les définitions suivantes pour bien comprendre la notion de 'mode de vie' :

En sociologie, un mode de vie est la façon dont une personne ou un groupe vit. Cela inclut ses types de relations sociales, sa façon de consommer, sa façon de se divertir, de s'habiller. Un mode de vie reflète également l'attitude d'un individu, ses valeurs, sa façon de voir le monde dans lequel il vit.

*Avoir un mode de vie particulier implique un choix, conscient ou inconscient, entre différents types de comportements.*³⁸

.....
*On peut définir un mode de vie comme un ensemble de pratiques et/ou de représentations propres à un groupe social.*³⁹

³⁶ Nous faisons référence à la liste des déterminants des conditions de vie des personnes âgées en CHSLD de l'AQESSS dans document intitulé *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, publié à l'automne 2013, dans la section Des constats et des enjeux, page 18 et nous la compléterons à la lumière de notre expérience dans la gestion quotidienne de l'*Institut*.

³⁷ Dubois, Jean-Luc. *Les conditions de vie des ménages* Institut Recherche pour le Développement - St. Quentin en Yvelines Centre d'Économie et d'Éthique pour l'Environnement et le Développement (C3ED) DEA Développement Économique, Social et Territoire Intégré Université de Versailles Année 1999-2000; <http://ethique.perso.sfr.fr/cnsdeviedefinitions.htm>.

³⁸ Wikipédia L'encyclopédie libre. Référence : http://fr.wikipedia.org/wiki/Mode_de_vie.

³⁹ Encyclopaedia Universalis. Référence : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/mode-de-vie>.

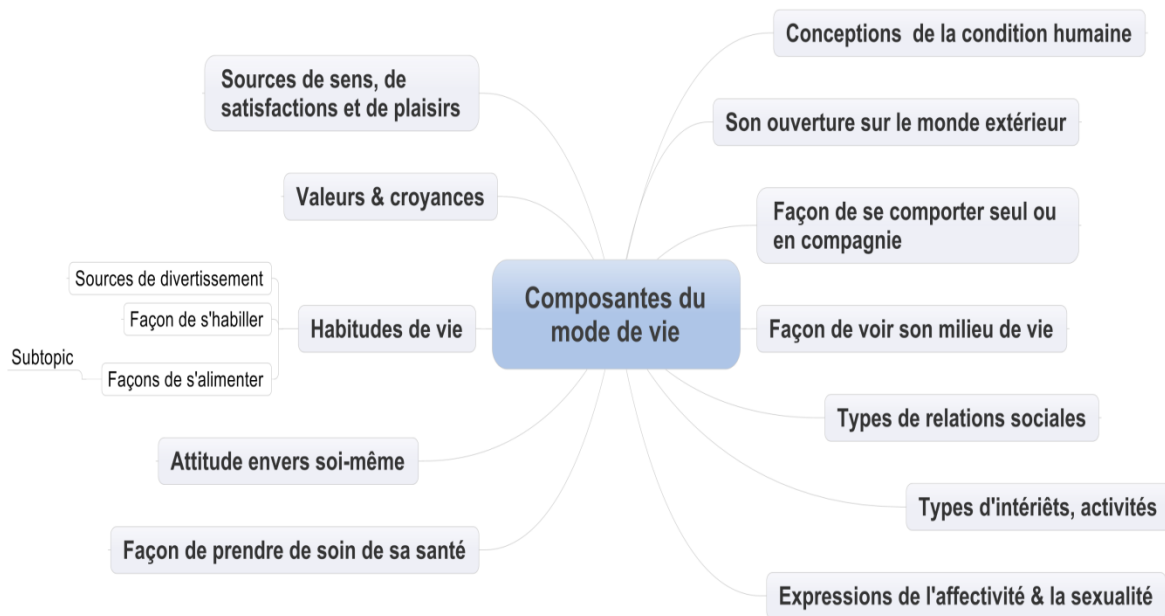


.....
Les « modes de vie » ne peuvent être résumés à de simples « façons de vivre ».
Leur définition est complexe et mobilise plusieurs dimensions interprétatives.
Les modes de vie « objectivés »⁴⁰ désignent, par exemple, l'évolution de la structure familiale en lien avec le type d'habitat.
Les modes de vie « rationnels » englobent les stratégies mises en œuvre par les ménages pour atteindre un but précis.
Les modes de vie « intériorisés » se réfèrent aux règles et aux normes incorporées par les individus.
Les modes de vie « imposés » font enfin état des contraintes extérieures, essentiellement macrosociologiques.
.....
*Ces sphères ne sont pas distinctes et s'interpénètrent à travers des interactions permanentes.*⁴¹

En illustrant le mode de vie à l'aide des diagrammes ovales, nous avons une image plus claire des composantes ou éléments constitutifs du mode de vie.

⁴⁰ C'est nous qui soulignons afin de faciliter le repérage. GT.

⁴¹ Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise. *Habitat et modes de vie Tome 1 Un état des savoirs théoriques et des pistes de réflexion appliquées*. Décembre 2012; à la page 7.



Ainsi, nous pouvons dire que le mode de vie de l'adulte âgé en perte d'autonomie en CHSLD, c'est l'ensemble des conditions de vie dans son milieu de vie substitut qui font référence à :

- Les façons d'habiter le lieu qui nous est désigné ou d'occuper les espaces et de s'y comporter;
- Les relations sociales;
- Les façons de s'alimenter;
- Les façons de s'habiller;
- Les façons de prendre soin de son état de santé;



- Les façons de se divertir;
- Les façons de se comporter seul ou en compagnie;
- Les façons de s'occuper, d'être et de se sentir utile, apprécié;
- Etc.

Comparons maintenant les conditions de vie chez-soi, i.e. sa résidence personnelle, son logis personnel, et, les conditions de vie en CHSLD en termes d'occupation spatiale et fonctionnelle.

Conditions de vie chez-soi (milieu de vie à son domicile)	Conditions de vie en CHSLD (milieu de vie substitut)	Remarques
<u>Espace de vie personnel :</u> Son logement/sa résidence à plusieurs pièces à usage personnel	<u>Espace de vie personnel :</u> chambre simple ou chambre double partagée avec un autre résident, si pas de conjoint.	L'espace de vie personnel se réduit à une chambre si elle est simple ou à la partie de la chambre où le lit est attribué à la personne.
<u>Personnalisation de l'espace de vie personnelle.</u> <u>Meubles :</u> Ad lib. <u>Objets familiers et éléments de décoration :</u> Tous les objets et souvenirs en possession de la personne;	<u>Personnalisation de l'espace de vie personnelle.</u> <u>Meubles :</u> Contrôlé : si suffisamment d'espace : petit réfrigérateur, chaise berçante ou fauteuil de repos, par ex; <u>Objets familiers et éléments de décoration :</u> Peintures, photos au mur ou sur meubles; couvre-lit, édredon personnel; horloge, TV, radio, téléphone;	En fonction de la surface disponible en tenant compte de l'espace requis pour l'utilisation d'équipements spécialisés y inclus chaise roulante, marchette, et autres. Restrictions : appareils électriques chauffants; outils; tapis; chandelles ou lampes à l'huile;
<u>Cuisine & réserve alimentaire (aliments secs et réfrigérés):</u> <u>En fonction des besoins et des goûts de consommation de la personne.</u>	<u>Cuisine & réserve alimentaire (aliments secs et réfrigérés) :</u> Pas de cuisine ou de présence de réchaud, bouilloires, cafetières micro-ondes; grille-pain; etc.) ;	Restrictions pour des raisons de salubrité, d'hygiène et de santé et de sécurité
<u>Espace de rangement</u> Armoires, réserves et autres espaces aménagés à cet effet existants	<u>Espace de rangement</u> Limité aux meubles de rangement.	
<u>Toilette-baignoire-douche:</u> Espace aménagé en fonction de l'existant et des besoins personnels	<u>Toilette-baignoire-douche :</u> <u>Si chambre simple:</u> espace restreint à usage exclusif ou partagé et suffisamment pour un minimum de produits d'hygiène. Baignoire et douche à usage	



Conditions de vie chez-soi (milieu de vie à son domicile)	Conditions de vie en CHSLD (milieu de vie substitut)	Remarques
	partagés.	
<u>Lit</u> Lit conventionnel ou lit spécial, en fonction des besoins et de préférences de la personne.	<u>Lit</u> <u>Institutionnel conventionnel ou lit</u> <u>spécial;</u> <u>Ridelles, matelas thérapeutique</u>	<u>Restriction en matière de</u> <u>couverture électrique;</u>
<u>Fenêtre</u> En fonction de l'architecture existante	<u>Fenêtre</u> Une fenêtre minimum par chambre et localisation du lit près de la porte ou près de la fenêtre, si chambre double.	Restriction d'ouverture pour mesures de sécurité
<u>Équipements spéciaux</u> Exceptionnellement présent et à usage personnel	<u>Équipements spéciaux</u> En fonction des besoins de la personne et/ou à usage pour tous; cloche d'appel; lit électrique et/ou surdimensionné; table de lit roulante; lève-patient sur rail; Autres équipements.	
<u>Équipement de déplacement</u> <u>dans les lieux habités</u> Canne, marchette, chaise roulante, fauteuil motorisé, triporteur, quadriporteur : en fonction des besoins, de l'espace de rangement et de l'aménagement physique des lieux intérieurs.	<u>Équipement de déplacement</u> rangés et entreposés à proximité dans des aires fonctionnelles et sécuritaires : Canne, marchette, chaise roulante, fauteuil motorisé, triporteur, quadriporteur.	
<u>Objets personnels précieux et</u> <u>autres de même nature</u> Sont gardés à vue ou rangés dans des endroits plus ou moins sécuritaires ou dans des lieux protégés à l'intérieur ou extérieur du domicile	<u>Objets personnels précieux et autres</u> <u>de même nature</u> Petite somme dans meuble de rangement ou table de nuit; dans un petit coffre ou pas; Autre somme et bijoux de valeur : disponibles et gérés par famille et/ou l'établissement.	
<u>Prothèses visuelles, auditives,</u> <u>dentaires et autres</u> Entretenus et rangés en fonction des habitudes de vie de la personne.	<u>Prothèses visuelles, auditives,</u> <u>dentaires et autres</u> Sous la supervision du personnel, identifiés; rangés dans les endroits prévus à cet effet.	
<u>Garde- robe & vêtements</u> <u>personnels</u> Présence de garde-robes ou	<u>Garde- robe & vêtements personnels</u> Garde-robes réduite ou espace ou meubles de rangement minimum	Salle de lavage mise à la disposition des familles et/ou lavage extérieur et/ou service



Conditions de vie chez-soi (milieu de vie à son domicile)	Conditions de vie en CHSLD (milieu de vie substitut)	Remarques
d'espace ou de meubles de rangement. Port des vêtements personnels appropriés en fonction des goûts, du temps et des activités de la personne.	Étiquetage de linge et vêtements personnels requis.	de lavage sur place fourni.
<u>Présence d'animaux domestiques</u> En fonction de la disponibilité de la personne et de règles de vie en société.	<u>Animaux domestiques</u> Aucun animal sur une base permanente et selon des règles de sécurité, de salubrité et d'hygiène rigoureuses.	
<u>Présence d'autres personnes dans l'espace de vie personnel</u> Conjoint de vie commune; Membres de la famille sur une base permanente ou occasionnelle; Visiteurs et fournisseurs à l'occasion et/ou au besoin; Membre du personnel de soins et de services de maintien à domicile	<u>Présence d'autres personnes dans l'espace de vie personnel</u> <u>Sur une base de 24 heures par jour;</u> Conjoint, le cas échéant; Membres de la famille sur une base occasionnelle; Visiteurs et rarement fournisseurs à l'occasion et/ou au besoin; Bénévoles; Membre du personnel de soins et de services toutes catégories et titres d'emploi confondus (en incluant les médecins, aumônier, etc.).	
<u>Aires d'activités communes et de déplacement intérieurs et extérieurs</u> Logis/maison et la propriété (jardin, pelouse, patio, etc.); Le voisinage et ailleurs, si la personne est apte à utiliser un moyen de transport motorisé personnel ou public.	<u>Aires d'activités communes et de déplacement intérieurs et extérieurs</u> L'étage où est localisée la chambre de la personne avec tous les lieux accessibles et sécuritaires; Dans les autres aires accessibles en dehors de l'étage si sécuritaire pour le résident. En saison, le stationnement, le terrain aménagé, les trottoirs deviennent des lieux de sorties, de tenue d'activités ludiques et de toutes sortes de fête et de repas, de musique, de promenade, etc.) Des sorties en autobus pour assister à des activités de même nature que les précédentes.	Restrictions amènent le port d'un bracelet de localisation ou anti fugue. Il existe des aires spécifiques de traitements ou d'activités : les salles à manger; les loisirs; la chapelle; le salon de beauté; les solariums; la salle de musicothérapie Snoezelen; la salle de famille « Tournesol »; les bureaux accessibles aux résidents; les toilettes communes; etc. Plus le résident est handicapé par la maladie, plus les activités se réduisent à l'étage et à la chambre où il loge.

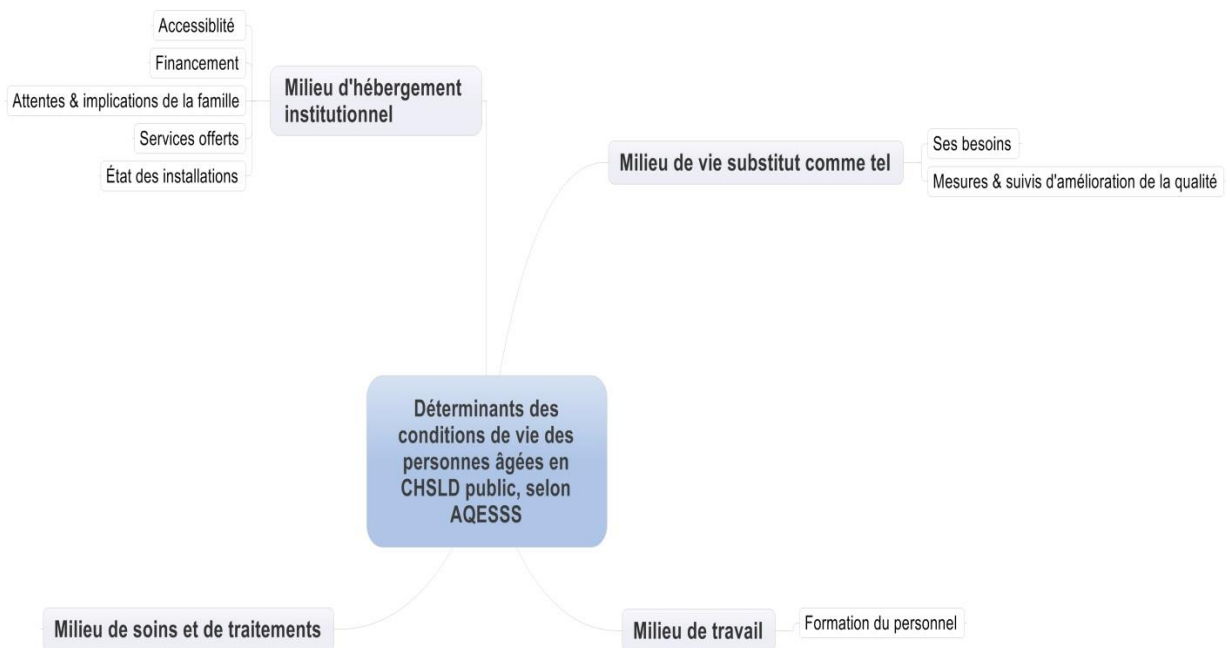


Dans ce contexte, le milieu de vie substitut (en CHSLD) dans sa dimension physique, spatiale et fonctionnelle constitue un changement d'importance pour l'adulte âgé hébergé en CHSLD : limitation de son espace de vie personnelle, abandon de la grande majorité de ses biens personnels; en situation de «demande de services » pour la restauration et l'hôtellerie, voire même les déplacements à la chambre de toilette, les soins d'hygiène corporelle et autres activités personnelles, la prise de médicaments, l'implication active dans la réalisation de traitements, etc.

Dans son document *Le nouveau visage...* précédemment cité, l'AQESSS dans la section des Constats et des enjeux met l'emphasis sur l'importance «de s'intéresser aux véritables déterminants des conditions de vie des personnes âgées en centres d'hébergement, soit... » et elle les énumère. Nous allons les reprendre et nous allons les ranger dans des catégories précises comme étant un parmi d'autres déterminants qui appartiennent à l'une ou l'autre des catégories suivantes : milieu de vie substitut en tant que tel, milieu de travail, milieu de services et de soins et de traitements, le type d'établissements institutionnels que représentent, par exemple, les CHSLD.

La définition des déterminants (qu'on les appelle éléments, facteurs et circonstances) des conditions de vie des résidents du CHSLD public, nous réfère à ce qui est la cause directe d'un changement qui affecte et conditionne le mode de vie et qui amène à se comporter ou à agir d'une certaine façon en relation avec le changement introduit.

Selon l'AQESSS, ces déterminants sont :



Maintenant, complétons l'exercice commencé par l'AQESSS à la lumière de la mise en évidence de plusieurs autres déterminants majeurs.



Dans cette dernière illustration, les déterminants sont définis comme les causes directes et indirectes de la nature des conditions de vie et de l'état dans lequel ils se trouvent.

Ainsi les déterminants qui affectent les conditions de vie en CHSLD public peuvent être rangés en fonction des catégories que nous avons identifiées.

Il y a donc différentes catégories de déterminants des conditions de vie des personnes âgées en centre d'hébergement et de soins de longue durée dépendamment de ce qui en est la cause, il s'agit des déterminants qui nous réfèrent aux cadres relatifs que sont :

- les lois et règlements;
- les modalités de financement des budgets des CHSLD;
- les normes de qualité et des pratiques organisationnelles requises;
- le statut et la mission de l'établissement;
- le milieu de travail : les conditions contractuelles locales de l'exécution du travail et les modalités d'organisation du travail;
- le milieu de services, de soins et de traitements en mettant l'emphasis sur la collaboration médecins/pharmaciens/soins infirmiers/autres professionnels de la santé et thérapeutes;
- le milieu de vie substitut en tant que tel.

Dans la section qui suit nous allons dans un tableau de correspondance identifier la catégorie d'appartenance, la nature des déterminants, l'état de situation et l'impact ou les conséquences envisageables actuellement.

Tableau des déterminants des conditions de vie des personnes âgées en CHSLD par catégorie d'appartenance

Catégorie d'appartenance des déterminants en fonction de sa provenance, de sa cause	Nature du déterminant État de situation	Effets
Externe au CHSLD (Société, Gouvernement, MSSSQ, Agence de la santé, p.ex.)	Des changements de dispositions contenues dans les lois, règlements d'application et les directives qui en émanent.	- de modifier L'ACCESSIBILITÉ et de réorienter une partie de la clientèle, la composition de la clientèle s'en trouvant modifiée, il s'ensuit : - des modifications dans la prise en charge médico-pharmaco-nursing, - dans le travail, - dans la programmation des activités du milieu de vie substitut et, - dans la participation du résident et des membres de sa famille, des bénévoles et de la communauté.
	Introduction d'un nouveau projet de loi par exemple, le Projet sur l'assurance autonomie.	D'où les modifications suivantes : - la configuration des structures actuelles et - son financement et qui oblige - une redistribution des ressources et - modifications dans l'accessibilité des services actuels et projetés.
	Nouvelles modalités de financement des budgets des CHSLD; sous la poussée des mesures d'optimisation et autres contraintes budgétaires.	Des modifications dans : - des choix en matière d'organisation et de fonctionnement qui obligent... - la réallocation des ressources disponibles; - des contraintes formulées dans le cadre des Ententes de gestion et d'imputabilité et - des rapports de performances.
Organismes indépendants d'évaluation de la qualité : Agrément Canada, Conseil québécois d'agrément.	Des modifications dans les normes de qualité et des pratiques organisationnelles requises : - suite à l'implantation de nouvelles orientations sociales et politiques; - suite à l'évaluation de qualité de soins et des	- Implication de tous les intervenants et responsabilisation; - Clarification des rôles; - Consolidation du travail en équipe et multidisciplinaire; - Révision et adaptation des processus, des modes de



Catégorie d'appartenance des déterminants en fonction de sa provenance, de sa cause	Nature du déterminant État de situation	Effets
	services et la présentation de recommandations requérant un plan d'amélioration continue et d'implantation des recommandations.	communications, de participation; • Ouverture à la communauté; • Aménagement physique sécuritaire et ergonomique; • Recours à des appareils et équipements adaptés; • Tenue d'enquêtes de climat, de satisfaction de la clientèle; • Production d'une documentation de suivi, etc.
MSSSQ & Agence de la santé : Visite ministérielle d'évaluation du milieu de vie substitut	Des modifications dans les normes de qualité et des pratiques organisationnelles requises : • suite à l'implantation de nouvelles orientations sociales et politiques; • suite à l'évaluation de qualité de soins et des services et la présentation de recommandations requérant un plan d'amélioration continue et de suivi d'implantation des recommandations.	• Implication de tous les intervenants et responsabilisation; • Clarification des rôles; • Consolidation du travail en équipe et multidisciplinaire; • Révision et adaptation des processus, des modes de communications, de participation; • Ouverture à la communauté; • Aménagement physique sécuritaire et ergonomique; • Recours à des appareils et équipements adaptés; • Tenue d'enquêtes de climat, de satisfaction de la clientèle; • Production d'une documentation de suivi, etc.
CHSLD en tant qu'établissement de santé public	Des changements de statut affectent la manière de réaliser la mission de l'établissement : fusion, intégration, ententes de services.	• Effet attendu en matière d'économies d'échelle et réallocation des ressources; • Effet sur la gouvernance durable et diminution du personnel d'encadrement; • Pour un établissement non regroupé à vocation unique les impacts affectent directement la dynamique culturelle du milieu de vie substitut.



Catégorie d'appartenance des déterminants en fonction de sa provenance, de sa cause	Nature du déterminant État de situation	Effets
Milieu de travail interne	Nouvelles dispositions contractuelles.	Impacts sur les conditions de travail locales.
	Projet subventionné par le MSSSQ dans le cadre de la révision de l'organisation du travail dans un contexte par exemple de « Non à la main-d'œuvre indépendante- Non au temps supplémentaire »	Modifications des modalités de travail.
	Nécessité dans le cadre des opérations d'optimisation et dans un contexte d'introduction de nouvelles façons de gérer la qualité de vie au travail et la productivité du personnel telles que LEAN, SIX-SIGMA, etc., de révision de l'organisation du travail;	Modifications des modalités de travail.
	Clientèle plus lourde demandant une approche différenciée	- Poursuite des formations AGIR; - Poursuite des formations PDSB;
Milieu de services et de soins et traitements	Alimentation et diétothérapie : Spécificité culturelle et religieuse en matière d'alimentation ; Animation pastorale; présence accrue de la manifestation du culte et de la liturgie; Loisirs et événements spéciaux: Participation accrue de la communauté polonaise, par exemple; Implantation dans les CHSLD publics de la région de Montréal de RSIPA et le recours au profil ISO-	Impacts sur la confection des mets et des coûts de productions; Impacts sur la programmation des activités relatives à la tenue, à la participation et aux coûts des cérémonies et aux festivités ; Cérémonies de toute nature : remise de médailles d'honneur, événements historiques contemporains, etc. Apprentissage et formations continues; Création des profils pour les résidents actuels et les

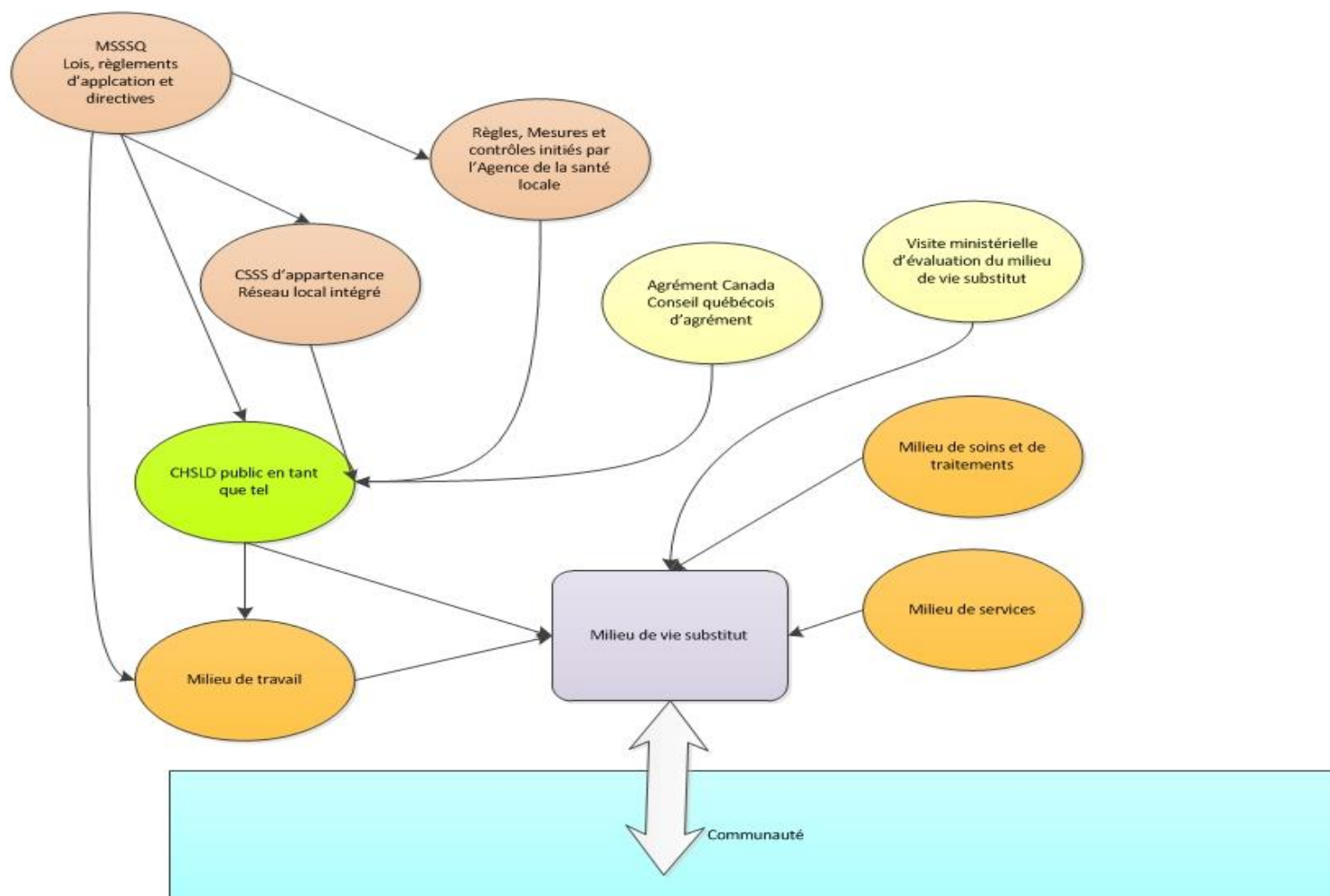


Catégorie d'appartenance des déterminants en fonction de sa provenance, de sa cause	Nature du déterminant État de situation	Effets
	SMAF. Révision du modèle de collaboration médecins/pharmacienne/personnel des soins infirmiers/autres professionnels de la santé. 	prochains résidents; Évaluation, mise à jour et révision requises; Ajout d'heures de travailleur social (agent de relations humaines): gestion de suivi des résidents et familles. Révision des disponibilités, gestion des interventions, etc.
Milieu de vie substitut en tant que tel	Modalités d'accueil, d'admission, d'adaptation; Modalités d'intégration et de socialisation; L'espace personnel : son aménagement, sa personnalisation; Les besoins des résidents; Présence et participation des familles, des bénévoles & autres membres de la communauté aux activités et suivis; Programmation des activités;	

Le diagramme qui suit présente les différentes sources des déterminants des conditions de vie des personnes âgées en CHSLD public-Milieu de vie substitut.



Diagramme des sources des déterminants des conditions de vie en CHSLD-Milieu de vie substitut



Nous savons désormais que les déterminants des conditions de vie sont nombreux, que leurs impacts sont limitants et complexes et que pour réussir un milieu de vie substitut en CHSLD, il faut plus qu'une approche relationnelle de la part des employés, il faut un cadre de compréhension de l'importance de la culture et un guide d'actions pour adapter la réalité du CHSLD, la réalité du travail et la réalité du milieu de services et de soins et de traitements, à la réalité d'un milieu de vie substitut qui fait partie intégrante de la communauté et de la société toute entière : les résidents jusqu'en fin de vie sont des êtres humains, des membres de la communauté et des citoyens à part entière.

3.3.1 Impacts de l'Assurance autonomie et impacts d'une clientèle plus lourde en CHSLD

En tant que citoyen corporatif, nous ne pouvons que féliciter le *Gouvernement* et le *Ministère de la santé et des services sociaux du Québec* pour la mise en place de l'Assurance Autonomie⁴².

En privilégiant le chez-soi, le maintien à domicile, en évitant l'institutionnalisation précoce, le placement en CHSLD public devient le dernier recours en matière de prise en charge des personnes âgées, dont l'état de santé demande en continu des soins et des services adaptés.

Pour vieillir chez soi, le tissu social doit être adapté de manière à ce que la ville, ses quartiers et ses communautés puissent accueillir et sécuriser le maintien à domicile.

Ainsi, dans un article⁴³ la SCHL émet certaines considérations.

Dans ce contexte, le CHSLD public, notamment, recevra une clientèle qui demandera davantage d'investissement compte tenu de l'intensité de ses besoins⁴⁴.

Si le nombre des places en CHSLD public est évalué à la baisse avec la fermeture de lits plus légers et avec l'implantation des divers programmes de maintien à domicile et l'Assurance autonomie, alors nous émettons l'hypothèse que le montant ainsi récupéré devrait être réservé par le Gouvernement pour créer des enveloppes monétaires et ainsi garantir la transformation des CHSLD qui en font maintenant un lieu public de dernier recours et de fin de vie d'une exigence sociale qualitativement supérieure en tant que milieu de vie substitut.

Ainsi, le milieu de vie substitut à l'*Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.* est un tissu social tricoté serré où « les résidents, la famille, les proches, les intervenants et gestionnaires deviennent dès lors les acteurs incontournables et complémentaires d'un milieu de vie de qualité, milieu qui ne peut par ailleurs être dissocié de la qualité des liens sociaux et affectifs qui se tissent et de l'environnement physique qui doit être adapté.

⁴² Il s'agit du Projet de loi no 67 Loi sur l'Assurance autonomie sanctionnée, le 6 décembre 2013.

⁴³ Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Quelles sont les options pour vieillir chez soi?*
http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/prin/coco/loaica/loaica_vol_001/loaica_vol_001_007.cfm

⁴⁴ En verra un peu plus dans le texte que l'implantation dans la région de Montréal et dans les CHSLD, de l'outil Profil ISO-SMAF fera en sorte que seul les personnes âgées présentant un profil 10 à 14 (et dans certains cas le profil 9), c'est-à-dire ayant un état de santé demandant des soins et des services intensifs et spécialisés ; référence : page 06, AQESSS, *Le nouveau Visage de l'hébergement public au Québec*, Automne 2013, 21 pages.



Un tissu social avec sa composante spatio-temporelle fait de divers temps, au rythme des besoins fondamentaux, avec des temps forts et des temps faibles, des temps d'activités et des temps d'inactivités, de repos, d'attente, voire de recueillement. Des temps nécessaires. Des temps où il faut prendre le temps pour que celui qui a besoin de nous sente notre présence, notre attention et le service et le soin requis. Pas toujours des temps de travail, de services, de soins et de traitements, mais des temps de vivre où la précipitation n'est pas de mise.

3.3.2 L'accessibilité

On a compris que le CHSLD est l'ultime recours à l'hébergement quand tous les autres milieux ont été épuisés et que son accessibilité se fera en suivant les règles qui régissent les admissions, puisque le resserrement actuel privilégie les profils ISO-SMAF qui répondent aux catégories de résidents admissibles.

Le SRA de l'Agence de Montréal fait un excellent travail et continue d'améliorer le processus d'admission; l'expertise qui s'est développée est la base de l'efficacité de ses interventions; la centralisation des demandes permet une gestion globale et évite le cloisonnement.

Nous sommes d'avis que le processus d'accessibilité ne devrait pas être relégué à chaque CSSS mais devrait continuer à être géré par le Service Régional d'Admission de *l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*.

3.3.3 Le financement

Les mesures en cours en matière de budget-LEAN sont de nature à redistribuer les économies réalisées vers des secteurs-clés prioritaires en fonction des choix de société faits par les gouvernements.

La spécialisation des CHSLD demande dès maintenant que les montants récupérés par la réduction de notre nombre de lits disponibles en CHSLD soient en partie réinvestie afin d'assurer la transition des profils et l'humanisation du milieu de vie substitut.

Nous sommes devant des choix de société et puisque nous vivons dans une société de consommation, nous devrions exercer notre pouvoir de décision entre différents « paniers de services » et ouvrir la fiscalité dans des domaines qui jusqu'ici bénéficiaient d'exemptions; l'exigence d'assurer aux personnes âgées un milieu de vie substitut demande un investissement supérieur où l'entraide et le bénévolat représentent et devraient être considérés comme une contribution économique réelle importante.

Sources publique et sources privées, système d'assurance sociale qui mixte les recettes du gouvernement et des cotisations sociales ou encore le paiement direct des ménages ou sa participation aux coûts sous diverses formes telles que assurance maladie privée complémentaire, services de santé



assumés par les employeurs dans le cadre, par exemple, de la médecine du travail, sans oublier les contributions directes en provenance d'organismes caritatifs; c'est devant cette panoplie de sources et de mécanismes de financement que Gouvernement doit procéder à des choix politiques afin d'assurer le financement de la santé⁴⁵.

Le Gouvernement devrait avancer ses travaux d'exploration relatifs à l'instauration d'une franchise santé pour orienter la consommation des services⁴⁶. Il est temps que la réflexion aboutisse sur des engagements et des participations multilatérales.

3.3.4 L'organisation physique

Il n'est pas question, semble-t-il, pour le MSSSQ de construire des nouveaux CHSLD.

Ce qui veut dire que nous devons faire avec les bâtiments existants. Ceci étant dit, il faudra tout de même maintenir et rehausser le financement continu, année après année, afin d'assurer des bâtiments sécuritaires et fonctionnels.

Malgré que les enveloppes actuelles ne suffiraient pas à mettre à jour l'ensemble des bâtiments, des priorités sont établies et des projets sont acceptés : ce qui permet de sécuriser les lieux et de les adapter dans la mesure des contraintes physiques et budgétaires.

Donc, la (ré) organisation physique présume de l'architecture du CHSLD dont il serait question et donc des limitations à y réaliser des modifications.

Cependant, un milieu de vie substitut, un chez-soi, doit ressembler le moins possible à un hôpital, nous aurions même tendance à dire que cela ne doit pas ressembler à un hôpital et que les aménagements nécessaires sont de l'ordre de la sécurité et de la fonctionnalité des lieux, dans le cadre des règlements en vigueur en matière d'édifice public.

Par contre, il ne faut pas oublier que le milieu de vie substitut est en même temps un milieu de travail qui doit être sain, sécuritaire et aux aménagements ergonomiques, et, c'est en même temps, un milieu de services et un milieu de soins et de traitements, ce qui veut dire que les professionnels de la santé doivent disposer d'installations fixes, d'équipements et d'appareillages mobiles qui créent des conditions favorables à l'exécution des activités requises.

La configuration des lieux, en plus de respecter les normes en vigueur, la décoration, la versatilité et la fonctionnalité dépendra de la programmation des activités dans une perspective du maintien le plus longtemps possible de l'autonomie physique des résidents.

⁴⁵ OCDE (2011), « Financement des dépenses de santé », dans Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-64-fr

⁴⁶ Gouvernement du Québec Finances du Québec, VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS PERFORMANT ET MIEUX FINANCÉ, Budget 2010-2011, page 26.



Nous sommes d'avis que toute (ré) organisation physique doit tenir de l'interaction des différents milieux pour que l'organisation physique du chez-soi émerge et y gagne en simplicité et en convivialité.

3.3.5 Les clientèles particulières⁴⁷

Avant d'être une question d'accessibilité, la question soulevée par la Commission dans son document, à la page 15, est une question d'éthique sociale, nous citons le passage :

« S'il paraît difficile pour plusieurs personnes hébergées en CHSLD de conserver leur identité, que peut-il en être pour celles qui font partie de ces catégories d'usagers? Non seulement risquent-elles de se sentir isolées, mais la dispensation des soins et des services qu'elles requièrent se complexifie. »

Tant que le bassin populationnel justifiera, comme c'est le cas pour l'*Institut*, le maintien des CHSLD publics non regroupés à vocation unique, alors les objectifs et les missions seront respectées et les résidents qui en bénéficient aussi; la préservation de leur identité par l'implication de la culture et de la communauté sera garantie. Il suffirait de plus de s'assurer que les résidents qui sont isolés dans d'autres CHSLD qui ne rencontrent pas leur profil ethnolinguistique soient réorientés vers les CHSLD qui possèdent le même profil. Nous sommes de ceux-là, prêts à établir des couloirs d'accès, à déployer nos activités dans le cadre d'un projet de redistribution de lits en fonction de l'importance des clientèles.

Mais là n'est pas la difficulté, la difficulté est d'accueillir en CHSLD (dont la moyenne d'âge des résidents est très élevée) des personnes de moins de 65 ans ayant des limitations sévères et permanentes physiques et/ou mentales et dont les besoins à combler sont différents des personnes âgées.

Les quelques situations que nous avons connues ne nous permettent pas de formuler des solutions structurées et demeurent en mode d'exploration et de réflexion.

Que dire des Autochtones hébergés loin de leur communauté?

Si notre société est congruente avec ses principes, ses valeurs, ses chartes et ses lois, elle doit investir pour créer un milieu de vie substitut qui respecte, en tout et pour tout, les mêmes exigences organisationnelles que celles qui s'appliquent aux CHSLD qui hébergent des personnes âgées. Ces investissements rencontreraient les aspirations citoyennes de faire du Québec une société communautaire et égalitaire.

Ainsi, étant hébergés dans un lieu à dimension humaine et au sein de la communauté, les résidents de ces établissements vivront une vie dans un chez-soi identitaire.

⁴⁷ Il s'agit des personnes de moins de 65 ans qui ont, elles aussi, des limites sévères et permanentes dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes, des allophones et des anglophones qui sont hébergés dans des CHSLD francophones, Autochtones qui doivent résider en permanence dans un centre d'hébergement loin de leur communauté.



Nous ne pouvons résister à la tentation de partager le contenu de l'article⁴⁸ qui suit et qui constitue un exemple de ce qui peut être fait pour ces clientèles particulières, nous pensons entre autres aux Autochtones; il faut penser autrement le concept physique et l'architecture du CHSLD, ainsi l'accessibilité et l'intégration à la communauté en seraient facilitées et améliorées. Dans la citation qui suit, (c'est nous qui surlignons Rédacteur GT):

3. Les p'tites maisons (Saint-Eugène)

Dans le milieu de l'hébergement pour aînés au Québec, tout le monde a déjà entendu parler des «petites maisons de Montmagny». Ce centre d'hébergement nouveau genre a ouvert ses portes en 2008 et fait aujourd'hui l'envie de la province entière, voire d'autres pays.

Quand est venu le temps de rénover deux centres d'hébergement sur son territoire, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Montmagny-L'Islet a décidé de faire les choses autrement. Au lieu de reconstruire des établissements de style hospitalier, il s'est inspiré des pays scandinaves pour créer des centres à dimension humaine. Résultat: quatre petites maisons pouvant héberger chacune seize résidents ont vu le jour dans les villages de Saint-Eugène et de Sainte-Perpétue.

Chacun de ces bâtiments est divisé en deux unités de huit résidents, qui donnent l'impression d'être «à la maison». Lors de notre passage au centre d'hébergement de Saint-Eugène, la tranquillité des lieux était palpable. Dans un salon à l'ambiance feutrée, une dame lourdement atteinte de l'Alzheimer tenait tendrement une peluche en regardant le foyer, une douce musique de Noël jouant en trame de fond. Une intervenante est passée et lui a caressé les cheveux. La dame a fermé les yeux, l'air serein.

Dans la salle à manger, deux résidentes discutaient dans un langage incompréhensible. Atteintes de troubles cognitifs, ces dames se sont liées d'amitié depuis leur arrivée. Elles sont les seules à se comprendre, explique une préposée. Ce jour-là, elles s'adonnaient à une activité particulière. Pendant que l'une d'elles défaisait une pelote de laine, l'autre la refaisait, sous le regard attendri de l'employée.

Un seul préposé aux bénéficiaires s'occupe de huit résidents au centre d'hébergement de Saint-Eugène. Ce petit ratio permet l'adoption d'horaires flexibles. «On va en fonction des besoins des résidents. Si quelqu'un préfère prendre sa douche le soir, on fait ça. Il n'y a pas de déjeuner à 7h30. Les gens mangent quand ils se réveillent», explique Mireille Gaudreault, agente de communication au CSSS de Montmagny-L'Islet.

Personnel multitâche

Pour permettre ces services adaptés, le personnel a dû accepter des changements de tâches majeurs. Par exemple, un préposé aux bénéficiaires peut être appelé à préparer un repas ou à faire du ménage. Des tâches qu'ils ne réalisent pas en institution.

⁴⁸ La Presse Montréal Samedi 28 janvier 2012, Cahier Enjeux page 7.



«Ces changements n'ont pas été faciles à faire passer. Les préposés ne sont pas formés à l'école pour travailler dans des milieux comme ici. Mais ils se sont bien adaptés et plusieurs savourent maintenant leur autonomie», explique Ninon Bourque, conseillère en milieu de vie au CSSS.

En plus d'offrir des soins personnalisés, les petites maisons sont conçues pour offrir un milieu de vie agréable. Il y a de vastes fenêtres partout. Dans les chambres des patients plus autonomes, une porte vitrée donne directement accès à l'extérieur. L'établissement a été construit de plain-pied. Il n'y a pas d'escalier. Pas d'ascenseur. «Il y a moins de perte de temps pour le personnel. Pour les mesures d'urgence comme les évacuations, c'est un avantage majeur», note la coordonnatrice des maisons Saint-Eugène et Sainte-Perpétue, Valérie Dion.

Ce mode de conception a été économique: la construction des 64 lits a coûté 8,6 millions en 2008 alors que les coûts projetés pour un établissement conventionnel étaient de 12 millions. Les cuisines sont au cœur de chacune des maisons. Le jour de notre visite, une employée préparait un «pouding grand-mère» derrière un comptoir devant lequel les résidents peuvent s'asseoir pour la regarder travailler. Un chat est aussi présent en permanence dans les maisons. Tous ces détails permettent aux petites maisons d'offrir un environnement paisible aux résidents, ce qui a des effets positifs notoires, selon Mme Bourque. «Ils sont plus calmes. Il y a beaucoup moins de gestion de comportements à faire. Les gens sont sereins», dit-elle.

Nous trouvons rafraîchissant de sortir de nos forteresses que sont les CHSLD à l'architecture hospitalière et de ressentir la connexion avec la communauté, la nature, les personnes de l'entourage, les intervenants et les proches aidants.

3.3.6 Les proches aidants

Il y a la loi qui prévoit leur importance, leur participation et leur rôle auprès du résident. Faut-il encore que les membres de la famille, les proches, les représentants légaux s'investissent dans les activités quotidiennes du résident.

Il n'est pas évident que ceux-ci peuvent disposer de la liberté et du temps requis pour le faire. Bien sûr, il s'agit de comportement en relations avec les valeurs familiales acquises; il s'agit du renforcement des valeurs d'entraide acquises à l'école, des campagnes publicitaires de la part des constituantes de la société favorisant l'entraide sous toutes ses formes, mais surtout le bénévolat, sans oublier l'accompagnement des parents par les proches, lors d'une admission en CHSLD.

Les directions de CHSLD doivent informer et insister auprès des proches de l'importance du rôle d'accompagnement, de la présence aux réunions et aux activités.⁴⁹ Il y aurait lieu de développer des

⁴⁹ Sur la qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante en abrégé EHPAD, voir le document intitulé *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles Qualité de vie en Ehpad (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*, Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux, pages 27 et 28, France. Décembre 2010



actions concertées tant au niveau national qu'au niveau local pour augmenter la responsabilisation et la participation à l'accompagnement des résidents par les proches.

3.3.7 Le suivi de la qualité des services et des soins

Si, à nos yeux, le suivi de la qualité des services et des soins ne fait pas problème en tant que tel, il faudrait sans doute coordonner les différentes instances pour s'assurer une complémentarité entre celles qui évaluent la qualité et celles qui font le suivi des recommandations.

Les exigences entre organismes d'évaluation ne sont pas les mêmes et ne sont pas complémentaires quoiqu'on en dise : la perspective est différente, les attentes sont différentes.

Cependant, en excluant les situations problématiques dénoncées en place publique, il y a la perception de la qualité qui émane de l'attitude du MSSSQ et des Agences qui influence les médias et le grand public.

Il y a définitivement de ce côté-là un manque. La manière dont l'information est rendue publique sur le contenu des rapports de visites ministérielles par exemple ne met pas en évidence le processus d'amélioration continue de la qualité entreprise dans tous les établissements de santé sous l'égide du MSSSQ.

Cela est d'autant plus regrettable que cette information a été dans certains cas récupérée à d'autres fins que celle de l'amélioration des conditions de vie des résidents.

Nous croyons qu'il y aurait un grand service à rendre aux résidents eux-mêmes, aux membres de leur famille, à la communauté et au grand public, si l'information était présentée de manière transparente, responsable et congruente avec les démarches réelles d'amélioration continue de la qualité qui est devenue un leitmotiv du MSSSQ, des gouvernements et de la société toute entière.

Il est regrettable que tant de réputations soient malmenées, tant d'impressions négatives alimentent l'opinion populaire, tant d'efforts accomplis soient remis en question, alors que la très grande majorité des CHSLD ont à cœur leurs résidents.

Il devrait y avoir davantage de préparation à la diffusion d'information comme il devrait y avoir davantage de suivi sur la perception des démarches de contrôle exercé par les instances supérieures en ce qui concerne tout incident de nature à compromettre la confiance dans les gestionnaires, les employés, les membres des conseils d'administration et, ultimement, des politiciens et du Gouvernement lui-même.

C'est aussi l'ultime respect que l'on doit aux résidents en CHSLD que la réalité et l'image de cette réalité soient compatibles et renforcent la confiance de la population dans la gouvernance et la gestion transparentes, responsables de la démarche de conformité aux normes de qualité et de satisfaction de la clientèle.



Il devrait exister des mécanismes au niveau du réseau qui assure la surveillance et l'intervention préventive et proactive de toute déviance.

3.3.8 L'organisation du travail au-delà des pratiques actuelles

Nous l'avons dit dans le corps de ce document comment il était important de connaître l'apport du milieu de travail dans la qualité des conditions de vie des résidents.

C'est pour cette raison qu'en tenant compte des nouveaux déterminants qui influent sur les conditions de vie en CHSLD, la révision de l'organisation du travail devrait se faire non seulement dans une perspective de réduction des coûts d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire, mais surtout dans une perspective de spécialisation des CHSLD avec le maintien à domicile dans le cadre de *l'Assurance autonomie*.

Si nous devons démocratiser, i.e. rendre accessible, ouvrir le milieu de vie substitut sur la communauté, le réinsérer dans le tissu social nous devons faire en sorte que l'organisation du travail permette cette flexibilité, cette polyvalence et que les rôles de tous les intervenants professionnels ou non en CHSLD soient rehaussés, revalorisés : ce qui leur est demandé ce n'est pas d'exécuter une tâche de façon mécanique, mais c'est de s'investir comme personne dans une approche relationnelle.

C'est ce que les nouvelles approches organisationnelles du travail devraient prendre comme référence pour réviser les structures actuelles et les conditions de travail en CHSLD.

3.3.9 La formation du personnel

La formation ne devrait pas subir de coupures comme c'est le cas actuellement. En réduisant les budgets de formation, on augmente directement le risque de détérioration des conditions de vie des résidents.

Nous sommes d'avis que la formation continue est primordiale au nouveau milieu de vie substitut qui va émerger de cette réflexion globale.

Dans le contexte de la spécialisation des CHSLD et de l'alourdissement qui en découle, des impératifs de qualité en CHSLD, des approches relationnelles requises pour transformer un milieu de travail et un milieu de soins en un milieu de vie substitut qui sera aussi un milieu de fin de vie, la formation est ESSENTIELLE EN MATIÈRE DE SAVOIR, DE SAVOIR-FAIRE ET DE SAVOIR-ÊTRE.

3.3.10 Collaboration médecins/pharmaciennes/personnel des soins infirmiers/autres professionnels et thérapeutes de la santé

À la lumière de discussions que nous avons eues à ce sujet, il ressort que le modèle de collaboration entre les divers professionnels de la santé en CHSLD public doit posséder les caractéristiques suivantes :

- Une plus grande disponibilité des médecins : les jeunes médecins devraient pouvoir être mis à contribution en CHSLD.



- Aussi croyons-nous qu'une approche interdisciplinaire axée sur l'intensification de la pratique infirmière en CHSLD permettrait de combler une grande partie des besoins médico-nursing et faciliterait le travail du médecin consulté en matière de diagnostic que de prescription du traitement;
- Si l'équipe professionnelle soignante doit prendre en charge des cas de plus en plus complexes, il faudrait lui adjoindre des ressources additionnelles, pour être en mesure de le faire sur place au lieu de l'hôpital;
- il ne faudrait pas non plus minimiser et /ou négliger le rôle prépondérant des préposés aux bénéficiaires qui, au quotidien et 24/7, sont présents dans tous les moments de la vie des résidents.

Dans un contexte de diminution du nombre de CHSLD publics, de spécialisation de ceux-ci, situés au bout du continuum de services d'hébergement, milieu de vie substitut ouvert sur la communauté et aussi milieu de fin de vie, il est important de valoriser l'ensemble du personnel à qui l'on demande un investissement qui va au-delà du geste productif.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sans l'invitation de la *Commission* à participer à la réflexion sur les conditions de vie en CHSLD, nous n'aurions sans doute pas écrit sur le sujet des conditions des personnes âgées hébergées, nous n'aurions pas eu l'opportunité de faire une introspection et de mieux comprendre ce que nous faisons. Mais nous aurions continué d'être proches de nos résidents et de tout faire pour qu'ils se sentent chez eux : qu'ils sentent qu'on les aime, qu'ils sont importants, que l'on cherche le plus possible à satisfaire leurs besoins et que la vie continue à avoir du sens même quand on est âgé et qu'ils font toujours partie de la communauté d'appartenance.

Aujourd'hui, nous n'avons pas épuisé la réalité des conditions de vie des personnes âgées en CHSLD et il y aura continuellement de la place à amélioration, mais nous espérons que notre réflexion alimentera la réflexion de tous ceux qui se préoccupent de nos aînés.

Sur la base de nos 48 années d'expérience, nous vous avons exposé ce que nous avons réussi à faire toutes ces années et nous continuons à améliorer le savoir, les façons d'être et de faire de tous les intervenants qui œuvrent à l'*Institut*.

Il y aura toujours place à l'amélioration continue de la qualité.

C'est dans ce sens que nous proposons les recommandations suivantes :



1. Mettre sur pied un centre d'études et d'actions prospectives sur les modalités de création d'un milieu de vie substitut en CHSLD, permettant entre autres la révision des *Orientations ministérielles* ... de 2003, à la lumière des rapports d'agrément, des visites ministérielles d'évaluation du milieu de vie substitut, des plaintes colligées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des rapports de coroner dans le but de mettre en place un nouveau cadre d'intervention compte tenu de la spécialisation de plus en plus poussée des CHSLD publics où le milieu de vie substitut des résidents est aussi un lieu de fin de vie.
2. Entreprendre une démarche de consultation élargie afin d'étudier les impacts de l'implantation des dispositions du projet de loi sur l'assurance autonomie en ce qui concerne la localisation sur le territoire, la construction, la rénovation et le réaménagement des habitats qui favorisent, et le maintien à domicile et une meilleure intégration présente et future des CHSLD-Milieu de vie substitut, et une plus grande participation communautaire dans les conditions de vie des personnes âgées.
3. Créer des enveloppes monétaires pour garantir la transformation des CHSLD qui en font maintenant un lieu public de dernier recours et de fin de vie.
4. Intégrer le bénévolat dans le programme d'éducation civique des écoles afin de conscientiser et faire participer les élèves à des activités de bénévolat auprès de nos personnes âgées en CHSLD, compte tenu de l'importance de leur contribution à leurs conditions de vie.
5. Subventionner des projets de bénévolat en CHSLD issus de la communauté et des écoles;
6. S'assurer que les CHSLD publics non regroupés à vocation unique reçoivent le financement nécessaire et suffisant pour maintenir leur statut particulier et réaliser leur mission.
7. Maintenir la centralisation de l'hébergement via le Service régional d'admission de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, afin d'assurer une démarche régionale et non territoire par territoire de CSSS.
8. Subventionner les projets de révision de l'organisation de travail dans les CHSLD en relation avec les nouvelles catégories de résidents admissibles.
9. Préserver de toutes diminutions les budgets de formation des CHSLD, voire les augmenter (y inclure les coûts de remplacement), si l'on veut habiliter les employés à s'investir davantage dans le milieu de vie substitut.
10. Rendre complémentaire les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada et du Conseil québécois de l'agrément, et, celles demandées dans le cadre des visites ministérielles d'évaluation du milieu de vie substitut en CHSLD.
11. Informer et insister auprès des proches de l'importance du rôle d'accompagnement, de la présence aux réunions et aux activités.
12. Développer des actions concertées tant au niveau national qu'au niveau local pour augmenter la responsabilisation et la participation à l'accompagnement des résidents par les proches.
13. Penser autrement le concept physique et l'architecture du CHSLD, ce faisant l'accessibilité et l'intégration à la communauté en seraient facilitées et améliorées.
14. Mettre en place un mode de gestion de la communication d'informations du MSSSQ qui assure non seulement la transparence et la fiabilité des informations rendues publiques, mais la mise en séquences des interventions, la démonstration publique de la démarche concertée, responsable, professionnelle et imputable des porteurs de dossiers de qualité, la responsabilisation de l'image médiatisée, ce qui éviterait la récupération à d'autres fins.





Mémoire

3^{ème} partie de 3

Réponses aux 38 questions de la Commission de la santé et des services sociaux sur

les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
Préparé par Georges Tormen, directeur général par intérim
George Pajuk, président du Conseil d'administration,
Frances Sztuka, présidente de la Fondation de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.,
Monika Szpotowicz, directrice générale et Violetta Sikora, directrice des soins infirmiers

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
Le 19 février 2014



Établissement agréé
avec mention d'honneur
2012 - 2016

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

Direction générale
5655, rue Bélanger Est,
Montréal (Québec) H1T 1G2
Téléphone : 514 259-2551
Site Web: <http://instpol.org>

Dépôt légal – Février 2014
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-9814420-4-8 (version imprimée)
ISBN 978-2-9814420-5-5 (PDF)

Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'Institut.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte original.

Réponses aux 38 questions de la Commission de la santé et des services sociaux *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*¹

L'accessibilité

1. Quels devraient être les critères pour déterminer quel centre d'hébergement l'utilisateur habitera?

Les critères suivants : appartenance à une communauté spécifique, si demandé par le résident, en incluant la langue maternelle; proximité du lieu du domicile d'origine ou d'un proche parent disponible pour en 'prendre soin'; spécificité des soins requis en fonction des ressources disponibles.

2. De quelle façon les conditions d'accès aux centres pourraient-elles être améliorées?

Finaliser l'implantation de RSIPA et de l'utilisation de ISO-SMAF dans tous les CHSLD; que l'Agence de Montréal n'aille pas de l'avant avec l'idée de décentraliser le Service régional d'admission (équipe SRA de l'Agence de Montréal) et ainsi éviter de perdre de vue la dimension territoriale et l'expertise acquise, car les problématiques d'accès sont au-delà des frontières territoriales des CSSS.

3. Quelles sont les mesures à adopter pour réduire l'attente d'une place?

Davantage de responsabilités aux agents de relations humaines et travailleurs sociaux; le recours à RSIPA; l'implication directe du SRA.

Autres mesures : actualiser et mettre à jour plus fréquemment l'évaluation de l'état de la personne âgée sur la liste d'attente : certaines évaluations sont expirées et ne reflètent pas l'état réel, ce qui empêche à l'équipe qui accueille le nouveau résident d'être prête de façon adéquate pour répondre aux besoins du résident.

4. L'organisation des soins en région permet-elle de répondre efficacement aux besoins des usagers?

Selon les opinions reçues à quelques occasions, il semble qu'en région la réponse est plus efficace que dans la région métropolitaine. Il est intéressant de prendre connaissance de

¹ Voir Mandat d'initiative Document de consultation Septembre 2013.

l'exemple de la Maison des aînés de Grande-Vallée située sur le territoire de CSSS de la Côte-de-Gaspé.²

5. Les mesures transitoires précédant l'admission dans un CHSLD sont-elles adéquates?

Selon notre expérience, oui! Elles constituent une mesure temporaire, sur lesquelles il est sans doute difficile d'avoir un contrôle sur l'ensemble des paramètres. Elles pourraient certes être améliorées grâce à une concertation continue des différentes personnes concernées.

Le financement

6. Que pensez-vous du financement actuel des CHSLD publics et privés conventionnés?

Avec l'hébergement uniquement des personnes âgées nécessitant le plus de soins et de services, les CHSLD devraient recevoir plus de financement, en tenant compte aussi de la réduction annoncée des places disponibles.

Dans le cas de *l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.*, nous sommes définitivement sous financés étant, parmi les CHSLD publics ayant faits l'objet d'une comparaison, celui qui reçoit le moins de budget par lit.

Dans le cas des CHSLD non regroupés à vocation unique le budget devrait être protégé et tenir compte du coût d'être autonome et autosuffisant.

Les économies dans le cadre des optimisations appliquées aux CHSLD devraient être réinvesties dans les CHSLD.

Il faudrait réviser le mode de financement actuel des CHSLD afin de réduire les écarts budgétaires entre établissements.

7. Quelle est votre opinion sur la tarification des CHSLD?

Elle devrait être relevée en fonction de l'augmentation générale des coûts et indexée en fonction de l'Indice des prix à la consommation. Au-delà de cette limite, il y aurait des problèmes d'éthique en matière d'accès aux soins et services.

² Consulter le document sur le site :

http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=32&ved=0CC8QFjABOB4&url=http%3A%2F%2Ftrpocb.typepad.com%2Ffiles%2Fmemoire_fqsa_83.pdf&ei=UyrIUuXVHvLyyAHHi4CADA&usg=AFQjCNG50E1nmZ1iZF2mM5XdjR_zEUQ04A.

L'organisation physique

8. De quelle façon le concept de milieu de vie est-il appliqué dans les CHSLD?

D'abord, il faudrait partager les expériences, et, au-delà de sa compréhension empirique, développer un concept clair et précis comme nous avons tenté de le faire dans notre *Mémoire* (partie 2) afin de connaître toutes les implications dans l'application du concept. Ensuite, il faudrait en déduire un modèle d'organisation en mettant en relation le milieu de travail, le milieu de services et de soins et, à proprement dit, le milieu de vie substitut.

9. Quelles améliorations pourraient être apportées aux centres actuels pour qu'ils répondent davantage aux besoins des résidents?

Si l'on parle de besoin en termes d'environnement physique, des budgets d'aménagement seront requis tant et aussi longtemps qu'il n'y aura pas de nouvelles constructions. Les nouvelles constructions devraient s'inspirer fortement de concepts et de réalisations du genre « *Les p'tites maisons* » de Saint-Eugène sur le territoire du CSSS Montmagny-L'Islet; voir l'article de *La Presse* Montréal samedi 28 janvier 2012, ENJEUX page 7;

Si l'on parle de confort, voire en termes de prévention des infections, il y aurait lieu de faire disparaître toutes les chambres à triple et à quadruple occupation. Et, que chaque chambre devrait disposer d'une salle de toilette avec lavabo.

Si l'on parle de besoins en termes de plaisirs de vivre, il faudrait tenir pour essentiel la création d'une culture de milieu de vie substitut qui serait fondée sur l'ensemble des histoires de vie des résidents (documents déjà réalisés en CHSLD) et qui ferait ressortir le programme de vie individuel et la participation à des activités communes de chaque résident; ce qui nous amènerait à investir davantage dans des activités de loisirs, pour les fins de semaine par exemple, et para-loisirs.

Si l'on parle de besoin en termes de soins et de traitements, il faudrait développer un modèle de collaboration médecins/pharmaciens/professionnels de la santé qui facilite la démarche multi soins/multitraitements.

Si l'on parle en termes de tâches, on devrait penser avec le renouvellement des conventions collectives en 2015, de découpler les tâches du personnel autre que ceux des soins; voir encore l'article précédemment cité. On parle aussi de l'équipe administrative qui devrait aussi être impliquée dans les activités.

10. Y a-t-il des exemples à souligner de CHSLD qui ont adapté leur environnement aux besoins des résidents ou de groupes de résidents présentant une problématique semblable?

Nous nous retournons tout de suite du côté des « *P'tites maisons de Saint-Eugène* ».

Ensuite, si on parle de qualité de vie, il faut savoir faire la part entre:

- la qualité de vie des résidents qui peuvent subir les inconvénients de résidents présentant des comportements perturbateurs,
- la qualité des résidents eux-mêmes présentant une problématique particulière – les concentrer et les isoler sur une unité spécifique n'est peut-être pas la panacée, et,
- la qualité de vie au travail des employés qui doivent faire la part des choses entre le bien-être des uns et le bien-être des autres.

11. Quels principaux problèmes posent la cohabitation des résidents de moins de 65 ans avec des personnes très âgées?

D'abord, si l'on parle de qualité de vie, alors cette cohabitation nous paraît ne pas être propice à une démarche dynamisante pour les moins de 65 ans en contact avec une clientèle désormais très âgée et en grande perte d'autonomie tant mentale que physique ou en fin de vie.

La programmation des activités et le mode de vie pour les uns ne conviendraient certainement pas aux autres.

12. Quelles sont les expériences positives relatives aux personnes de moins de 65 ans en CHSLD?

N'ayant pas une expérience probante à ce sujet, il nous est difficile d'en parler.

13. Quelles difficultés particulières connaissent les Autochtones, les allophones hébergés dans des CHSLD?

En ce qui concerne les Autochtones, si notre société est congruente avec ses principes, ses valeurs, ses chartes et ses lois, elle doit investir pour créer un milieu de vie substitut qui respecte en tout les mêmes exigences organisationnelles que celles qui s'appliquent aux CHSLD qui hébergent des personnes âgées.

Ces investissements rencontreraient les aspirations citoyennes de faire du Québec une société communautaire et égalitaire.

Ainsi, étant hébergé dans un lieu à dimension humaine et au sein de la communauté, les résidents de ces établissements vivront une vie dans un chez-soi identitaire.

Si nous nous basons sur notre propre expérience d'hébergement de personnes âgées allophones, et à la lumière de notre réflexion sur les milieux, les modes et les conditions de vie et leurs déterminants, nous sommes persuadés que ces difficultés ne résisteraient pas à l'analyse et que des solutions pourraient être apportées dans le respect des particularités rencontrées.

En ce qui concerne les allophones hébergés dans des CHSLD publics, on peut dire d'expérience que notre statut particulier de CHSLD non regroupé à vocation unique constitue la solution pratique pour s'occuper d'une clientèle ethnolinguistique ayant des caractéristiques culturelles semblables.

Nous sommes d'avis que si le bassin populationnel est suffisamment grand pour justifier des CHSLD publics non regroupés à vocation unique, alors il est certain que ce type de clientèle est servi convenablement.

Il ne faudrait cependant pas oublier que le statut de CHSLD public non regroupé à vocation unique doit être tenu en compte afin de ne pas banaliser le statut, voire le mettre en péril de disparaître compte tenu qu'il n'est pas intégré à un CSSS et que le financement des budgets doit être qu'il favorise une allocation des ressources nécessaires et suffisantes pour assurer la réalisation de sa mission.

Comme dans le cas de notre établissement, il y a un avantage évident de regrouper les mêmes origines ethniques, car cela permet de standardiser les services et les soins (langue utilisée, les repas traditionnels, la musique traditionnelle, les événements culturels, le contact avec la famille et le résident pour lui expliquer les soins reçus, le rassurer, etc.

Notre mission et notre statut de « non regroupé à vocation unique » est mis en péril par une incompréhension de ce statut; c'est ce que nous avons expliqué dans la 1^{ère} partie de ce *Mémoire*.

Cependant, puisque nous sommes un CHSLD public non regroupé à vocation unique et que nous hébergeons une clientèle slave qui est en très grande majorité polonaise et en partie ukrainienne, nous pouvons dire que :

- Nous n'avons pas de difficulté avec le SRA de l'Agence en ce qui a trait à leur mise en attente sur une liste et en ce qui concerne les démarches pré requises et en vue d'admission;
- Il arrive assez souvent que le temps d'attente a été long et que la famille n'ose plus déménager la personne afin de lui éviter et à eux des perturbations émotives.
- Une fois admise, une fois la période d'adaptation faite et un début de socialisation, la personne nouvellement hébergée 's'accoutume' au rythme de son nouveau mode de vie, particulièrement au fait que dans « son chez soi » elle se retrouve en compagnie de

personnes dont elle doit accepter la présence (autres résidents, employés, autres visiteurs inconnus).

14. Quelles mesures ont été mises en œuvre pour pallier leurs problèmes?

D'abord, la présence plus soutenue de membres de la famille au tout début : l'importance primordiale de l'accompagnement;

Le maintien de liens forts avec la communauté.

La présence importante de repères ethnoculturels qui permet aux nouveaux résidents de s'y reconnaître, de s'adapter plus rapidement. Exemple : un repas typiquement traditionnel rappelle des souvenirs d'enfance ce qui permet aux personnes de développer des affinités et des liens plus aisément.

Ensuite, la participation à des activités significatives pour la personne nouvellement hébergée;

L'établissement d'un dialogue sur les différents aspects de leur hébergement.

Les proches aidants

15. Quels facteurs favoriseraient le développement d'un partenariat solide entre les proches des résidents et le personnel des CHSLD?

Si par partenariat on entend un échange d'informations régulières sur l'évolution du séjour du résident; si cet échange permet de définir des projets dans lesquels les résidents et les proches participent et que cette démarche favorise une compréhension mutuelle de ce qui peut être fait pour améliorer le bien-être du résident et par conséquent éviter les incompréhensions, les insatisfactions et les frustrations, alors on pourrait parler de partenariat solide.

Les facteurs qui favoriseraient le développement d'un partenariat solide avec le résident et avec et entre les proches des résidents et le personnel des CHSLD seraient les suivants :

- Avant l'admission, une explication aux proches des services offerts et des capacités du résident en processus d'admission à pouvoir y participer en insistant sur l'importance de leur propre participation; une prise en charge plus élaborée;
- Le développement de programmes dans lesquels le proche s'engage à participer de façon régulière aux activités mises en place;
- L'ajout de personnel afin de consacrer plus de temps pour réaliser et faire le suivi de ce partenariat dans le cadre des activités choisies;
- La mise en place d'un processus de révision des résultats obtenus à la lumière des objectifs fixés dans le cadre de ce partenariat;
- Si le partenariat rencontre des difficultés, alors recourir au comité multidisciplinaire et au comité d'éthique, s'il y a lieu, et à d'autres ressources extérieures.

16. Quels sont ceux qui le freinent?

Les facteurs qui peuvent freiner le développement d'un partenariat solide entre les proches du résident et le personnel des CHSLD sont les suivants :

- Un manque de clarification sur ce qui peut être réalisé en partenariat;
- Des engagements de la part du proche qui ne sont pas respectés;
- Des ressources en personnel insuffisantes pour participer et alimenter ce partenariat;
- Des proches qui ne souhaitent pas établir ce type de relation avec le personnel; ils sont rares mais ils existent. À titre d'exemples, il y a :
 - des membres de famille qui souhaitent maintenir une relation de services distante avec le personnel -l'administration dans une perspective de méfiance et de rapport de forces;
 - des proches, « amis », connaissances qui cherchent à isoler le résident dans un but intéressé;
 - des « répulsions naturelles » qui peuvent s'installer et qui demandent à être dénouées.
- Des difficultés avec le résident, dans le cadre d'une incapacité à comprendre ce qui est attendu de part et d'autres : alors le recours au proche accompagnateur, pour favoriser une forme conciliation ou modus vivendi.

17. Comment peut-on maintenir la relation du résident avec ses proches?

- Impliquer les proches dès le début;
- Solliciter régulièrement leur présence et participation;
- Expliquer l'importance de la fréquence des visites, des contacts téléphoniques si possible, de leur présence à des festivités, aux comités multidisciplinaires concernant le résident ;
- Fournir l'aide psychologique à la famille si possible;
- Disposer d'une salle familiale où les membres de la famille, proches et amis peuvent se regrouper en tout temps et en toute occasion.

18. Quels facteurs peuvent nuire au maintien de la relation du résident avec ses proches?

Parmi les facteurs qui peuvent nuire, signalons :

- Le manque d'intimité en termes de lieu autre que la chambre ou les aires communes;
- Le sentiment d'inutilité des proches à l'égard du résident;
- L'indisponibilité des proches;
- L'absence de stationnement;
- La distance géographique;
- La gêne!

19. Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

À titre d'exemples, signalons :

- La création d'une salle familiale a rendu possible les rassemblements de se faire en toute intimité.
- Des activités festives ont permis à certains membres de la famille de redécouvrir le plaisir de vivre du résident.
- La participation à tous les niveaux d'activités a suscité l'intérêt de fréquenter davantage le résident.
- Des réunions annuelles informatives traitant de sujets variés par les professionnels de l'interne ou des invités (ex. : soins en fin de vie présentés par une infirmière, démarches administratives quant au testament présentées par un notaire, contrôle des infections expliqués par une infirmière, etc.).

Les services et les soins

20. Comment les divers services et soins donnés aux résidents pourraient-ils être modifiés pour améliorer leur qualité de vie?

Avec des ressources additionnelles, s'assurer d'avoir des activités de traitements et de loisirs qui s'étalent sur les 7 jours de la semaine, à longueur d'année.

Encourager les familles à venir visiter le résident avec les jeunes enfants.

Introduire des animaux domestiques sur une base contrôlée de visite ou sur place.

21. Comment la continuité des services et des soins est-elle assurée dans les CHSLD?

Sans entrer dans des considérations détaillées, disons que l'organisation du travail et la répartition des tâches, les plans d'intervention, les plans de soins, les registres de présence aux activités, les notes au dossier etc. sont des façons de faire administratives qui permettent de s'assurer de la continuité des démarches entreprises devant la réalité des mouvements de main-d'œuvre, des présences et absences du personnel et des quarts de travail.

Sur le terrain, les rapports quotidiens entre les différents quarts de travail qui se transmettent de l'information sur les faits importants de la journée.

22. Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

L'exemple connu de nous, concerne les expériences de rotation réduite du personnel qui font état de résultats probants : présence assidue des mêmes soignants auprès des résidents; mais sur la rotation, tous ne s'entendent pas.

Les exemples d'ajustements dans les pratiques en vue d'éviter la discontinuité apportent leur juste de part dans l'amélioration de la continuité des soins et services.

23. Comment s'applique dans les CHSLD le principe selon lequel le personnel doit favoriser l'utilisation optimale des capacités des résidents?

Favoriser l'utilisation optimale des capacités des résidents est plus une règle de conduite professionnelle qui fait partie de la mission des CHSLD qu'un principe qui s'impose de lui-même.

Ce qui veut dire que la direction du CHSLD a l'obligation de prendre ou disposer des moyens pour que toutes les personnes à son emploi contribuent à l'atteinte de cet objectif; cela se passe dans les menus gestes de la vie quotidienne comme dans la mise en place de plan de soins et de programmes en collaboration avec les physiothérapeutes, ergothérapeutes, les techniciens en réadaptation, et les techniciens en loisirs.

Par l'implication des résidents dans la prise de décision qui va du choix du menu, du choix des activités et des soins, et, dans les soins quotidiens en invitant les résidents à participer dans les soins de la vie quotidienne.

24. Quels moyens novateurs ont été mis en place pour stimuler l'autonomie fonctionnelle³ des résidents des CHSLD?

Tout d'abord, le recensement des meilleurs pratiques dans ce domaine, comme dans d'autres domaines, est un besoin impérieux. Cela permettrait de partager entre établissements les succès des uns et éviter les échecs des autres.

Une fois mise en place les pratiques choisies demandent un suivi et un partage : cela aussi n'est pas évident.

³ Il y a peut-être lieu de rappeler les champs de compétence qui ont pour mandat principal de se préoccuper de l'autonomie du résident :

Service d'ergothérapie Buts : Aider le résident en perte d'autonomie fonctionnelle à améliorer et à maintenir ses capacités physiques et mentales. Maintenir l'autonomie du résident à travers les activités de la vie quotidienne et de son environnement.

Service de réadaptation physique Buts : Faire la prévention, le maintien ou le rétablissement fonctionnel optimal des capacités du résident pour aider à augmenter ou maintenir l'autonomie ainsi que le soulagement de la douleur.

Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire.

Service des loisirs et du bénévolat Buts : Offrir aux résidents une programmation variée d'activités individuelles ou de groupe en fonction de leurs besoins, goûts et intérêts. Contribuer à l'amélioration d'un milieu de vie dynamique, stimulant et distrayant.

Il n'y a pas que dans le thérapeutique que s'inscrit l'autonomie fonctionnelle des résidents des CHSLD, il y a aussi celui dans l'activité physique supervisée et dans les activités de la vie quotidienne et domestique, dont la participation des résidents est une composante qui pourrait être importante tout en permettant le sentiment de se sentir utile.⁴

25. À quels problèmes se heurte la mise en place d'approches alternatives

Qui dit 'approches alternatives' dit aussi 'recherches-expérimentations-évaluations-adaptations'.

Dans le quotidien de ceux qui gravitent dans le milieu de vie substitut, il y a peu de temps à découvrir, à mettre en place et à évaluer le recours à des approches alternatives.

L'ensemble des ressources disponibles en CHSLD sont consacrées à recréer les conditions de vie des résidents dans un contexte de travail et dans un contexte de soins et de traitements à dispenser.

Si, dans les conditions décrites, une approche alternative est implantée, il faudrait en assurer un déroulement contrôlé avec des évaluations régulières pour s'assurer que l'approche alternative sous expérimentation fait une différence quantitative et qualitative observable et mesurable et ne requiert pas de ressources additionnelles, mais peut s'inscrire dans le cadre des activités et des services offerts.

26. Quelles sont les expériences positives relatives à ce type d'approche?

Nous avons créé une salle de Snoezelen⁵ et nous projetons, avec l'aide de *la Fondation de l'Institut*, faire l'acquisition d'une unité mobile Snoezelen et de dispositif individuel afin de rejoindre les résidents dans les chambres qui ne peuvent être déplacés vers la salle.

Nous sommes persuadés que d'autres CHSLD ont fait des expériences positives qui devraient être davantage l'objet de publication et de diffusion (aromathérapie, massothérapie, etc.).

Le suivi de la qualité des services et des soins

27. Les différents mécanismes mis en place suffisent-ils pour assurer des services et des soins de qualité dans les CHSLD?

De prime abord, nous dirions que la réponse ne peut être que positive. N'oublions pas que le Québec a mis en place tout un système pour assurer la qualité et la satisfaction de la clientèle dans les établissements de santé.

⁴ Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, *Environnement favorable au loisir et à l'activité physique... Un atout pour les aînés en résidence Québec*, 2004. 36 pages.

⁵ Pour en savoir plus, sur la thérapie Snoezelen, consulter le site : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Snoezelen>

Pour mentionner les principaux : les instances d'évaluation de la qualité (Agrément Canada et le Conseil québécois d'Agrément); les rapports et plan d'action suite aux visites ministérielles d'évaluation de qualité du milieu de vie en CHSLD; tous les contrôles internes (Comité des usagers, Comité de Vigilance et de la Qualité, par exemple); les contrôles externes via les ordres professionnels; les interventions du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le Protecteur du Citoyen, le médecin examinateur, et, bientôt, un responsable de la malveillance.

Il faut mettre en évidence la vigilance et le suivi du Conseil d'administration et les différents comités professionnels.

28. L'application de ces mécanismes dans les CHSLD présente-t-elle des difficultés particulières?

Nous croyons que même si ces mécanismes représentent une surcharge de travail administratif de mise en place et de suivi il n'y a pas en tant que tel de difficultés particulières qui seraient contre-productives.

Cependant, il ne faudrait pas sous-estimer la quantité de travail requis pour mettre en opération, évaluer et documenter les améliorations qui ressortent des démarches d'évaluation de la qualité et de satisfaction de la clientèle.

Certains mécanismes sont coûteux pour l'établissement : l'évaluation par Agrément Canada coûte 12 000\$; les coûts devraient être au prorata du budget de l'établissement.

29. Existe-t-il d'autres moyens d'améliorer la qualité des services et des soins dans les CHSLD?

Il en existe, mais la question est de savoir si nous utilisons ceux présentement en place de façon optimale et quelle est la plus-value ajoutée par rapport aux coûts engendrés.

L'organisation du travail

30. Comment faire évoluer l'organisation du travail en fonction des besoins des résidents dans tous les CHSLD?

La question posée ici est celle des moyens pour faire évoluer l'organisation du travail dans tous les CHSLD.

Pour faire évoluer l'organisation du travail dans tous les CHSLD on doit s'adresser à ceux dont l'action porte sur l'ensemble des CHSLD; il s'agit du MSSSQ et des syndicats et concernent les conventions collectives.

L'organisation du travail en CHSLD doit posséder des caractéristiques propres à créer des conditions de réalisation qui permettent de tenir compte de la triple nature du milieu de vie substitut en CHSLD; rappelons, il s'agit d'un milieu de vie à proprement dit, d'un milieu de travail dont les conditions de travail sont prescrites par les conventions collectives, un milieu de soins et de services en fonction des évaluations de l'état de santé de chaque résident et de ses besoins fondamentaux culturels, sociaux et spirituels et, tout ça, dans le cadre institutionnel d'un CHSLD.

Le MSSSQ et les syndicats favorisent le recours à la révision de l'organisation du travail dans chaque établissement; ce qui permet d'analyser et de comprendre les particularités du travail dans un contexte de soins et de milieu de vie et de faire participer cadres-employés-résidents-famille à cette compréhension, aux choix, à la mise en place d'éléments d'organisation du travail qui vont dans le sens d'une amélioration globale (qualité de vie au travail - milieu de travail sain - climat de travail - qualité des services et des soins et traitement - travail en équipe multidisciplinaire - collaboration entre professionnels de la santé - milieu de vie substitut sain – participatif - ouvert sur la communauté).

La publication et la diffusion des meilleures pratiques en matière de réorganisation du travail est aussi un puissant outil à mettre à la disposition de tous les gestionnaires et tous les syndicats.

Le rôle d'un organisme comme l'*Association en santé et sécurité du travail du secteur des affaires sociales*, en abrégé ASSTSAS, est de toute première importance pour faire évoluer l'organisation du travail en CHSLD en tenant compte des protagonistes (résidents, travailleurs, gestionnaires) de l'environnement, de la nature du travail et des conditions de réalisation dans un environnement sécuritaire et respectueux des personnes et de leur intégrité physique et psychologique.

31. Quels sont les principaux obstacles à la mise en place de ce type d'organisation du travail?

Résumons : le manque d'imagination et de volonté en premier; le manque de ressources (de financement) en deuxième. Concernant ce dernier, il faut concevoir cet ajout de ressources comme un investissement et non comme une dépense.

32. Quels sont les exemples de réussite à cet égard?

Cela ne devrait étonner personne : les exemples sont très nombreux et positivement concluants; il suffit pour s'en convaincre de prendre connaissance des projets de révision de l'organisation

du travail qui ont fait l'objet de subvention et des rapports de réalisation qui ont été produits pour faire état des bénéfices obtenus; voir le site internet du MSSSQ.

Ce qui est triste c'est que le MSSSQ et les Agences ne diffusent pas assez aux médias et au grand public (à l'aide de reportage dans les journaux et aux formes de médias) les réussites.

Il faut montrer au grand public que la vaste majorité des CHSLD sont respectueux à l'égard des résidents et que la qualité et la satisfaction font l'objet de toute l'attention requise.

La formation du personnel

33. La formation de base des différents types d'effectifs est-elle adaptée aux diverses clientèles des CHSLD?

Non : parce que cela suppose des investissements importants et continus (plus importants et plus continus que présentement) dans le domaine de la formation continue en cours d'emploi.

Les CHSLD deviennent de plus en plus des lieux de très grandes exigences qui reçoivent une clientèle présentant de multiples pathologies (que l'on ne soigne plus obligatoirement à l'hôpital), dans un milieu de vie substitut qui veut réduire le plus possible la caractéristique établissement de santé, institution, pour en faire un « deuxième chez-soi » et qui sera pour la majorité de ses résidents le dernier.

Une fin de vie que l'on ne traite pas (ou plus) à la légère et qui demande la mise en place d'une approche rigoureuse mais adaptée.

34. La formation continue pour tous les types de personnel fait-elle partie de la planification des CHSLD?

D'abord la formation subit elle aussi des coupures de budget; ce qui est une aberration.

Non seulement la formation continue devrait obligatoirement faire partie intégrante de la planification des CHSLD, mais il devrait y avoir des budgets protégés dans ce domaine au prorata du nombre de résidents, du nombre d'employés et des problématiques rencontrées.

Les montants prévus aux conventions collectives sont insuffisantes pour assurer une formation continue du personnel.

35. La formation de base et la formation continue touchent-elles tous les aspects de la personne (physiques, psychologique, affectifs, sociaux, etc.)?

À notre avis, la réponse est oui! L'enseignement relatif aux pathologies dont sont porteurs les résidents et l'impact sur les soins et l'approche sont des matières sur lesquelles une attention particulière est de rigueur et doit suivre l'évolution des connaissances dans ce domaine.

36. Les critères d'embauche relatifs à la formation sont-ils suffisamment exigeants?

À la base, les qualités humaines sont du domaine de l'éducation familiale et de l'environnement socioculturel. Elles doivent être présentes et identifiées lors du processus de recrutement.

Par la suite, les critères spécifiques d'embauche relatifs à la formation sont en rapport avec le titre d'emploi : ici, encore la bonne volonté et une bonne éducation ne suffisent pas.

Les exigences d'une formation spécialisée est de rigueur dans tous les domaines d'activités où des personnes dépendent d'autres personnes, particulièrement, en matière de besoins fondamentaux, d'assistance et de soins, particulièrement, en CHSLD.

Le degré d'exigences en matière de formation dépend très étroitement des formations disponibles et de l'importance en termes de financement que l'État consent aux établissements d'enseignement.

Pour compenser, il y a des directions de CHSLD, qui n'hésitent pas investir et à mettre sur pied leur propre programme de formation maison, devenir des lieux de stage pour des écoles existantes et même de créer leur propre école, nous nous référons ici à la formation des préposés aux bénéficiaires.

37. Quelles conséquences peuvent entraîner une formation insuffisante?

Une formation insuffisante peut entraîner :

- une incompréhension quant au comportement du résident et peut donner lieu à des paroles, des attitudes et des actions inappropriées de la part du personnel; ce qui peut avoir des répercussions sur l'état physique et/ou émotionnel et/ou relationnel du résident.
- une désorganisation, de la perte de temps, de la surcharge de travail.
- un climat de vie/un climat de travail tendus, suite aux frustrations générées par les phénomènes ci-haut mentionnés.

- une démarche défensive au travail, une fermeture d'esprit face aux changements, à l'innovation, à l'introduction de nouveaux équipements et/ou méthodes de travail, à l'arrivée de nouveaux membres du personnel.

Il s'agit ici de celles qui nous viennent à l'esprit, mais les répercussions sont nombreuses et variées.

38. Les formations de base et continue sont-elles adaptées à l'évolution du profil des résidents?

Pas suffisamment.

Fin de la 3^e partie de 3 du Mémoire de *l'Institut Canadien du Bien-Être Inc.*