ASSEMBLÉE NATIONALE
QUÉBEC

Place aux citoyens

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

OBSERVATIONS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

JUIN 2016

DIRECTION DES TRAVAUX PARLEMENTAIRES

ASSEMBLÉE NATIONALE
QUÉBEC

Place aux citoyens

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

OBSERVATIONS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

JUIN 2016

DIRECTION DES TRAVAUX PARLEMENTAIRES

Publié par la Direction des travaux parlementaires

de l'Assemblée nationale du Québec

Édifice Pamphile-Le May

1035, rue des Parlementaires, 3e étage

Québec (Québec) G1A 1A3

Pour tout renseignement complémentaire sur les travaux de la Commission de la santé et des services sociaux, veuillez vous adresser à la secrétaire de la Commission, Mme Dany Hallé, ou au secrétaire suppléant, M. Mathew Lagacé, à l'adresse indiquée ci-dessus ou encore par :

Téléphone : 418 643-2722

Télécopie : 418 643-0248

Courrier électronique : csss@assnat.qc.ca

Vous trouverez ce document dans la section «Travaux parlementaires» du site Internet de l'Assemblée nationale : www.assnat.qc.ca.

Dépôt légal – juin 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-76003-0 (Imprimé)

ISBN : 978-2-550-76005-4 (PDF)

LES MEMBRES ET LES COLLABORATEURS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le président

M. Tanguay (LaFontaine)

La vice-présidente

M^me^ Hivon (Joliette)

M. Boucher (Ungava)
M. Busque (Beauce-Sud)
M^me^ Lamarre (Taillon)
M. Lisée (Rosemont)
M^me^ Montpetit (Crémazie)
M. Paradis (Lévis)
M. Picard (Chutes-de-la-Chaudière)
M. Poëti (Marguerite-Bourgeoys)
M. Rochon (Richelieu)
M^me^ Sauvé (Fabre)
M^me^ Tremblay (Chauveau)

Autres députés ayant participé

M. Bergman (D'Arcy-McGee)
M^me^ Blais (Saint-Henri–Sainte-Anne)
M. Bolduc (Jean-Talon)
M^me^ Daneault (Groulx)
M^me^ de Santis (Bourassa-Sauvé)
M^me^ Gadoury-Hamelin (Masson)
M. Giguère (Saint-Maurice)
M. Habel (Sainte-Rose)
M. H. Plante (Maskinongé)
M. Iracà (Papineau)
M^me^ Proulx (Sainte-Rose)
M. Reid (Orford)
M^me^ Richard (Duplessis)
M^me^ Richard (Îles-de-la-Madeleine)
M. Richer (Argenteuil)
M. Roy (Bonaventure)
M^me^ Simard (Charlevoix–Côte-de-Beaupré)

M^me^ Trudel (Charlesbourg)
M^me^ Vallée (Gatineau)
M. Villeneuve (Berthier)

Secrétaire suppléant de la Commission
M. Mathew Lagacé

Agentes de recherche
M^me^ Hélène Bergeron
M^me^ Julie Paradis
M^me^ Stéphanie Therrien

Agente de secrétariat
M^me^ Claire Vigneault

Révision linguistique
M^me^ Danielle Simard

En collaboration avec le Service de la recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale

Table des matières

INTRODUCTION 1
PORTRAIT STATISTIQUE 1
SYNTHÈSE DES PROPOS RECUEILLIS 2
Contexte général : les besoins croissants d'une clientèle de plus en plus hétérogène 2
1. Équilibre entre milieu de vie et milieu de soins dans l'organisation des services 3
2. Préposés aux bénéficiaires comme intervenants-clés 5
3. Formation et interdisciplinarité des équipes de soins 6
4. Évaluation de la qualité des services et des soins 7
5. Implication des proches 7
6. Accessibilité aux CHSLD 8
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 9
ANNEXE I - LISTE DES ORGANISMES ET PERSONNES QUI ONT PARTICIPÉ AUX CONSULTATIONS PARTICULIÈRES SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES HÉBERGÉS EN CHSLD 13

INTRODUCTION

Le 14 mai 2013, la Commission de la santé et des services sociaux de la 40e législature se saisissait d'un mandat d'initiative intitulé *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Au cours des mois de janvier et de février 2014, la Commission a entendu 36 organismes, agences de la santé et des services sociaux, centres d'hébergement, associations et fédérations ainsi que des ordres professionnels touchés par la situation des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Aussi, 38 mémoires ont été déposés dans le cadre de la consultation publique et 160 citoyens ont répondu au questionnaire en ligne.

Le 4 juin 2015, les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de la 41e législature ont décidé à l'unanimité de poursuivre ce mandat d'initiative. Pour mieux saisir la réalité sur le terrain et pour mieux connaître les conditions de vie des adultes hébergés, la Commission a choisi d'aller sur le terrain. Ainsi, en complément aux consultations déjà menées, trois membres délégués par la Commission ont visité six CHSLD[1]. Ils y ont rencontré des porte-paroles des directions, du personnel d'encadrement, des comités des résidents et des usagers ainsi que des représentants syndicaux.

Ce rapport présente une synthèse des propos issus des consultations et des visites ainsi que les observations, conclusions et recommandations de la Commission.

PORTRAIT STATISTIQUE

Au 31 mars 2015, le Québec compte 447 CHSLD. Parmi eux, 402 (90 %) sont publics ou privés conventionnés[2] alors que 45 (10 %) sont privés non conventionnés[3] (10 %).

[1] Les visites se sont déroulées dans les régions de l'Estrie, de Montréal, de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches. Trois installations publiques, deux installations privées non conventionnées et une privée conventionnée ont été visitées.
[2] Ce nombre inclut les installations publiques et privées conventionnées ayant des lits au permis pour hébergement en CHSLD (permanent, temporaire et transitoire), mais exclut les installations n'ayant que des lits d'hébergement en santé mentale.
[3] Ce nombre inclut les installations ayant des lits au permis pour hébergement en CHSLD sur la base d'ententes régionales de service, mais exclut les installations n'ayant que des lits d'hébergement en santé mentale.

À cette date, ces installations offraient au total 43 332 lits au permis[4] d'hébergement (permanent, temporaire ou transitoire), dont 32 714 (75 %) en CHSLD public[5], 7 188 (17 %) en CHSLD privé conventionné et 3 430 (8 %) en CHSLD privé non conventionné[6]. Quant aux lits dressés[7], ils étaient au nombre de 37 347 pour l'ensemble des CHSLD publics et privés conventionnés.

Au 31 mars 2015, il y avait 36 496 usagers admis dans les CHSLD publics et privés conventionnés (incluant l'hébergement permanent, transitoire et temporaire) pour l'ensemble du Québec. Parmi eux, 16 259 (44,5 %) avaient 85 ans et plus, 11 784 (32,2 %) étaient âgées de 75 à 84 ans, 4 959 (13,6 %) de 65 à 74 ans et enfin 3 494 (9,6 %) avaient moins de 65 ans.

Par ailleurs, durant l'année financière 2014-2015, la durée moyenne de séjour des usagers hébergés en CHSLD publics et privés conventionnés (excluant l'hébergement temporaire) était de 27,9 mois.

SYNTHÈSE DES PROPOS RECUEILLIS

Contexte général : les besoins croissants d'une clientèle de plus en plus hétérogène

L'importance grandissante des soins et des services à offrir à la clientèle vieillissante des CHSLD est un constat récurrent qui se dégage des consultations publiques. De même, tous les intervenants rencontrés lors des visites insistent sur les besoins croissants de cette population. Dès leur admission, les personnes présentent une condition physique et psychologique réduite. Elles sont de plus en plus affectées de déficits cognitifs associés à des troubles du comportement. Ainsi, selon les groupes entendus, les résidents arrivent au centre d'hébergement en lourde perte d'autonomie, atteints de plus grandes limitations physiques et psychologiques. Ils présentent de multiples comorbidités, ont des besoins complexes et sont souvent avancés dans leur parcours de vie. Suivant cette tendance, la durée du séjour moyen est à la baisse.

En plus de présenter des besoins grandissants, le profil des personnes hébergées semble de plus en plus hétérogène. Certains résidents présentent des troubles du comportement et sont inaptes à prendre des décisions, d'autres sont lucides et ne souffrent que de limitations physiques. En outre, des organismes mentionnent que des usagers éprouvent des problèmes multiples liés, par exemple,

[4] Le nombre de lits au permis représente la capacité maximale théorique de lits qu'un établissement est autorisé à exploiter. Le nombre de lits au permis est généralement plus élevé que le nombre de lits dressés.
[5] Voir note 2.
[6] Voir note 3.
[7] Le nombre de lits dressés représente davantage l'offre de services d'un CHSLD.

à l'itinérance et à la judiciarisation. L'âge des résidents est variable et on observe une diversification des besoins de chaque personne hébergée en pleine évolution.
Plusieurs de ces autres constats recueillis durant les travaux de la Commission sont des corolaires de ces deux tendances que suivrait la clientèle des CHSLD depuis quelques années, soit les besoins croissants et l'hétérogénéité des profils.

1. Équilibre entre milieu de vie et milieu de soins dans l'organisation des services

Le maintien de l'autonomie de la personne dans l'offre de soins et de services est au centre des préoccupations des organismes entendus. Ce défi est d'autant plus sérieux que les usagers des CHSLD sont en perte d'autonomie. Selon des témoignages recueillis lors des visites, l'approche milieu de vie ne saurait être appliquée au détriment des soins et des services adaptés à la condition des personnes, qui est de plus en plus limitée. Les intervenants estiment que pour qu'une personne exprime son autonomie, elle doit d'abord bénéficier des soins physiques qui la rendent apte à le faire.

À l'inverse, la place qu'occupent les soins de santé compromet par moments l'approche milieu de vie. Un certain manque de souplesse dans l'organisation impose parfois des soins et des services à heures strictes. Cette situation, dictée par l'horaire de travail, constitue une entrave à la création d'un réel milieu de vie pour les résidents. En somme, dans certains centres l'équilibre entre les principes de milieu de vie et de milieu de soins ne serait pas toujours atteint.

Selon plusieurs mémoires reçus, l'organisation du travail devrait être adaptée aux types de clientèles, c'est-à-dire autour de leurs besoins particuliers et avec les notions de quête d'autonomie, d'intégration et de participation sociales. L'organisation du travail ne doit pas déterminer le nombre de déplacements d'un résident par quart de travail, par exemple, mais son bien-être. Il se dégage un grand consensus à travers les mémoires reçus sur la pertinence d'organiser les soins et les services selon les besoins spécifiques de chaque personne hébergée. Mais appliquer cette bonne pratique dans un contexte marqué par une clientèle ayant des besoins croissants et de plus en plus variés pose un défi de taille.

Aussi, plusieurs groupes se préoccupent des conditions de vie de personnes hébergées de moins de 65 ans. Certains professionnels entendus soulignent en audition publique que le profil des résidents plus jeunes diffère souvent de ceux de personnes plus âgées. Cet aspect est quelquefois méconnu des décideurs et des intervenants. La cohabitation de cette clientèle avec des personnes plus âgées se révèle donc, dans certains cas, problématique. Les dirigeants des centres

d'hébergement rencontrés par la Commission se sont montrés au fait de cette question et soucieux d'offrir aux adultes plus jeunes des services adaptés à leur condition. Toutefois, les solutions ne leur semblent pas évidentes, notamment parce que ces personnes constituent, somme toute, un groupe assez restreint dans certains centres. Il est peu envisageable de créer une aile ou un étage pour les plus jeunes, dans des CHSLD, où seulement un ou deux individus sont concernés.

Toutefois, il ressort des mémoires que l'organisation physique des installations selon le profil des résidents est une des bonnes pratiques. Aussi, dans des centres visités, les dirigeants affirment avoir placé les besoins des différentes clientèles au cœur des plans d'organisation des lieux. Plusieurs CHSLD ont adopté un aménagement intérieur favorisant les interactions sociales entre les résidents. De plus, ils ont adapté des locaux pour les rendez-vous familiaux et pour les résidents en fin de vie. Ils ont aussi créé une aile prothétique, notamment.

Par ailleurs, les visites ont mis en lumière le fait que certains CHSLD n'ont pas l'équipement requis ou le personnel pour dispenser des soins d'hygiène corporelle adaptés aux besoins exprimés par la personne hébergée, ce que suggère pourtant l'approche milieu de vie. Des CHSLD ne disposent pas non plus du matériel nécessaire pour servir les repas des résidents à une température adéquate.

Dans certains mémoires, on relève des écarts marqués entre le personnel en service et l'intensité des besoins des personnes hébergées. À ce sujet, des organismes recommandent d'établir et de respecter des ratios de personnel par usager pour assurer la prestation d'un continuum de soins sécuritaires et de qualité.

L'organisation physique des lieux, les méthodes de travail (valorisation du travail en équipe de deux, par exemple), le nombre de résidents et leur profil, l'attitude du personnel ainsi que l'implication des bénévoles et de la communauté sont quelques-uns des facteurs évoqués : ils influencent les ratios « optimaux » de chaque milieu. Selon les personnes rencontrées, de tels ratios favorisent l'atteinte d'un équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie.

Aussi, des intervenants estiment que le respect de certains critères d'évaluation uniformes du Ministère peut entraver l'implantation de pratiques favorisant la continuité des services et des soins et leur adéquation aux besoins de chaque personne. Pour privilégier le milieu de vie, certaines initiatives peuvent être écartées. Ils donnent comme exemple le retrait d'une fiche descriptive de l'histoire de vie d'un résident à l'entrée de sa chambre afin de préserver le caractère confidentiel de

son dossier. Des centres réclament des critères d'évaluation ministérielle qui viseraient un meilleur équilibre entre le milieu de vie et le milieu de soins.

2. Préposés aux bénéficiaires comme intervenants-clés

Les relations humaines établies entre le personnel d'un centre d'hébergement et un résident reposent principalement sur l'intervention des préposés aux bénéficiaires. Or, il ressort des échanges qu'ils sont en trop petit nombre, que certains font face à de l'épuisement professionnel et que le taux de roulement est élevé. Différentes hypothèses sont avancées pour expliquer cette situation. Des préposés aux bénéficiaires disent, entre autres, ressentir un manque de valorisation professionnelle. De plus, ils déplorent l'obligation de performance à l'égard du nombre de soins donnés plutôt qu'à l'égard de la qualité de la relation établie avec les résidents. Le fait que les tâches, nombreuses et lourdes, sont chronométrées placerait les préposés en situation de stress constant.

Certes, on aborde abondamment dans les mémoires le rôle des préposés aux bénéficiaires. Par ailleurs, un des groupes entendus en Commission soutient qu'une bonne pratique consiste à déployer un plus grand nombre de préposés et de les mêler aux décisions sur le fonctionnement des centres d'hébergement. On encourage également la création d'équipes de préposés jouissant d'une plus grande autonomie dans la gestion de leur temps et de leurs tâches.

Sur le terrain, de nombreux préposés expriment une insatisfaction concernant la valorisation de leur travail. Ils réclament davantage de reconnaissance. Selon eux, la direction de leur établissement devrait adopter de bonnes pratiques afin de valoriser la fonction de préposé. La direction semble jouer un rôle important dans la reconnaissance du travail du personnel. En effet, une équipe de préposés aux bénéficiaires rencontrée dans un CHSLD affirme se sentir valorisée et ce, grâce à des initiatives de gouvernance : la direction lui donne une voix dans la prise de décision concernant les plans d'intervention et des activités de reconnaissance sont organisées à son intention. Toutefois, cette expérience n'est pas la norme. La grande majorité des équipes de préposés rencontrées se sentent plutôt dévalorisées.

Par ailleurs, les auteurs d'un mémoire recommandent la mise sur pied d'une organisation regroupant des préposés aux bénéficiaires, à l'instar d'une corporation professionnelle. Elle aurait comme premier mandat la protection des usagers et l'amélioration de la qualité des services.

3. Formation et interdisciplinarité des équipes de soins

Dans le contexte de l'alourdissement des besoins et du défi que pose la conjugaison des principes de milieu de vie et de milieu de soins, les intervenants rencontrés prônent l'importance d'une formation solide, notamment en ce qui a trait aux soins nécessaires en fin de vie et devant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Les préposés, qui offrent la majorité des soins et services aux résidents, et tous les intervenants des CHSLD doivent acquérir des compétences de plus en plus diversifiées. La majorité des mémoires abordent cet enjeu. Ils suggèrent comme bonne pratique d'offrir une formation ciblée, uniformisée et adaptée aux besoins de la clientèle. La formation continue est particulièrement mise de l'avant. Tout le personnel des centres d'hébergement devrait avoir accès à un programme de formation. Toutefois, un tel programme devrait porter une attention particulière aux préposés aux bénéficiaires, car ils doivent composer aujourd'hui avec une clientèle bien différente de celle de la décennie passée. D'ailleurs, le Protecteur du citoyen mentionne que ses enquêtes l'amènent régulièrement à conclure que les cas de négligence observés dans les CHSLD se produisent le plus souvent quand le personnel présente des lacunes sur les approches à favoriser auprès d'une clientèle de plus en plus affectée par des déficits cognitifs associés à des troubles du comportement.

Sur le terrain, plusieurs intervenants jugent que l'interdisciplinarité est une bonne pratique. Ils recommandent le renforcement du travail d'équipe, dans un contexte où les besoins sont de plus en plus grands et variés. La multitude de problèmes qui touchent les résidents en CHSLD nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire incluant notamment préposé aux bénéficiaires, médecin, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, pharmacien, nutritionniste, travailleur social, psychoéducateur, technicien en loisirs. En effet, selon des professionnels et des préposés rencontrés, pour appliquer les principes centraux de l'approche milieu de vie, le travail en collaboration interprofessionnelle est nécessaire et assure une prise en charge globale et optimale du patient. Le partage des connaissances sur chaque personne hébergée, le travail d'équipe pour les tâches plus exigeantes, la collaboration entre les intervenants de différentes disciplines sont préconisés par des personnes rencontrées.

Enfin, des organismes soulignent dans leur mémoire le faible attrait des centres d'hébergement pour des médecins, ce qui rend souvent les services médicaux insuffisants. Ainsi, le recours à l'urgence hospitalière est la solution pour une majorité de situations cliniques urgentes ou semi-urgentes. Selon des organismes, l'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées au sein des équipes de médecins améliorerait le suivi médical. Elles travailleraient en tandem avec eux, ce qui limiterait la fréquentation des urgences.

4. Évaluation de la qualité des services et des soins

En règle générale, les groupes indiquent dans leur mémoire que les mécanismes en vigueur sont suffisants pour assurer le suivi de la qualité des soins et des services. Cependant, quelques-uns témoignent de la lourdeur bureaucratique qu'ils engendrent. Certains font remarquer que les processus d'évaluation externes, notamment ceux mis en place par le Conseil québécois d'agrément, Agrément Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux sont peu coordonnés. Les critères utilisés varient, ce qui mène parfois à des recommandations à peine conciliables. Lors des entretiens dans les CHSLD la majorité des intervenants ont partagé ce point de vue. Ils reconnaissent la nécessité de rendre des comptes et de standardiser les meilleures pratiques. Ils soutiennent, toutefois, que ces obligations entraînent une charge de travail administratif accrue au détriment des soins aux personnes hébergées.

En outre, on peut lire dans plusieurs mémoires que des données manquent pour assurer le suivi de la qualité des services. Les résultats des différents contrôles ne sont pas intégrés et ne font pas toujours l'objet d'une diffusion. Ainsi, on ne peut brosser un portrait global des ressources en hébergement destinées aux personnes en perte d'autonomie et les comparer.

Les mécanismes internes pour protéger les droits des usagers sont assurés par le commissaire aux plaintes et les comités des résidents et des usagers. Il semble cependant que les personnes hébergées y recourent peu. Les mémoires reçus indiquent un manque d'information sur l'existence et le rôle de ces instances. Bien que la visite dans les CHSLD ait permis de faire connaissance avec des comités actifs et impliqués, il semble que ce ne soit pas la norme. Au contraire, il se dégage des travaux de la Commission un consensus sur l'importance de faire connaître les comités, à en préciser et à en valoriser le rôle et à les soutenir davantage.

5. Implication des proches

On souligne abondamment le rôle essentiel que jouent les proches aidants. D'une manière générale, de nombreuses recommandations touchant à l'implication des proches des personnes hébergées figurent dans les mémoires reçus. Plusieurs groupes affirment en effet qu'un partenariat plus étroit entre les équipes de soins, les résidents et leurs proches est à privilégier. On encourage la prise en compte des besoins et volontés des proches et leur participation active auprès des résidents. Pour ce faire, un souci particulier devrait être porté à l'information transmise et aux modes de communication établis entre les équipes, les proches et les personnes hébergées.

Par ailleurs, dans plusieurs mémoires, on propose de favoriser la continuité des relations des personnes hébergées et de leurs proches. Pour ce faire, des visites régulières et divertissantes sont à privilégier. Diverses mesures pourraient être mises en place à cette fin, telles que l'organisation d'activités sociales récurrentes dans les centres d'hébergement, la réduction des frais de stationnement pour les proches, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour briser l'isolement. Cette préoccupation et ces bonnes pratiques ont été perçues dans les centres visités.

6. Accessibilité aux CHSLD

Dans une grande proportion, on aborde dans les mémoires le thème de l'accessibilité des CHSLD. Certains organismes évoquent les limites contraignantes de l'accessibilité à ces ressources : la rigidité dans l'application des critères d'admission, les délais d'attente et le recours à l'hébergement transitoire, par exemple. Des intervenants ont souligné que cette rigidité impose parfois des séparations déchirantes à des couples en fin de vie, quand l'un des conjoints doit être hébergé. En effet, le nouveau milieu de vie n'est pas toujours à proximité du milieu naturel, ce qui peut nuire au maintien des liens conjugaux.

Des groupes soulignent que l'accès aux CHSLD est restreint pour la clientèle anglophone et celle de certaines communautés culturelles, les listes d'attente sont longues. La personne se voit alors obligée d'habiter dans un CHSLD en dehors de sa communauté ou loin de ses proches. Pour des raisons semblables, nombre de personnes âgées en perte d'autonomie des communautés autochtones doivent quitter leur milieu d'appartenance et vivre dans un établissement du réseau québécois.

Enfin, plusieurs mémoires abordent les enjeux liés aux modes d'allocation de financement des CHSLD. Essentiellement, les groupes indiquent qu'ils ne sont pas adaptés aux réels besoins des clientèles et qu'ils ne tiennent pas compte de l'évolution des soins requis par leur état de santé. Entre autres, les modes de financement actuels ne favoriseraient pas la mise en place de la prestation des soins cliniques. Par ailleurs, les règles établissant la contribution des personnes hébergées sont remises en question dans beaucoup de mémoires. Plusieurs groupes soutiennent qu'il est nécessaire de réviser les règles en vigueur.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les auditions publiques, la lecture des mémoires déposés et les visites d'établissements ont permis aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux de dresser un portrait des conditions de vie des personnes hébergées dans les CHSLD. À la lumière de leurs principaux constats, ils formulent des conclusions et des recommandations.

Les membres de la Commission observent d'abord que des normes ministérielles concernant les ratios de personnel, suggérées par des experts, sont communiquées aux établissements à titre indicatif. À ce sujet, ils recommandent :

> **1. QUE** le ministère de la Santé et des Services sociaux mette à jour ces normes concernant les ratios de personnel afin d'assurer une prestation adéquate de soins et de services aux personnes hébergées, selon leurs besoins individuels.
>
> **2. QUE** la direction de chaque établissement, de concert avec le personnel soignant, révise les bases sur lesquelles elle s'appuie pour fixer ses ratios. Ces derniers doivent être établis en fonction des spécificités de la clientèle et de l'environnement de l'établissement.
>
> **3. QUE** le ministère de la Santé et des Services sociaux examine la possibilité d'établir des ratios minimums à respecter dans tous les centres d'hébergement.

Par ailleurs, les propos recueillis durant leurs travaux mènent les membres à conclure que certains critères d'évaluation proposés par le Ministère entravent l'implantation d'initiatives qui permettraient d'améliorer et de faciliter les soins des patients. Par exemple, un simple napperon personnalisé où figurent les particularités alimentaires du résident, placé devant lui, à table, facilite le soin, mais ne correspond pas aux critères de milieu de vie. L'application des critères mériterait d'être assouplie. Ainsi, les intervenants auraient la possibilité de proposer une approche innovante axée sur les besoins propres à chaque résident et ainsi tendre vers l'équilibre milieu de vie et milieu de soins. Les députés recommandent donc :

> **4. QUE** le ministère de la Santé et des Services sociaux assouplisse ses critères pour permettre le déploiement d'initiatives de soins mieux adaptés aux besoins des personnes hébergées et favoriser un meilleur équilibre entre milieu de vie et milieu de soins.

Toujours pour respecter ce fragile équilibre entre le milieu de vie et le milieu de soins, les membres concluent que la dispensation des soins d'hygiène corporelle doit tenir compte des besoins exprimés par la personne. Une attention particulière doit être portée à l'évaluation de ces nécessités individuelles. Sur le plan de l'alimentation, même si les députés ont constaté de très bonnes pratiques sur le terrain, il est toutefois inacceptable que la nourriture soit servie à une température inadéquate, comme dans certains cas qu'ils ont observés. Les parlementaires recommandent donc :

5. QUE les établissements évaluent rigoureusement et régulièrement les besoins de soins d'hygiène des personnes hébergées et qu'ils offrent des soins qui y sont adaptés.

6. QUE les établissements servent des repas selon une diversité de mets, une présentation et une chaleur qui correspondent aux besoins et aux préférences des personnes hébergées.

7. QUE les établissements procèdent à un examen urgent et minutieux de l'équipement supplémentaire requis pour répondre aux besoins des résidents en matière d'hygiène corporelle et d'alimentation et qu'ils apportent de manière pressante des modifications lorsque nécessaires.

8. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que les CHSLD disposent des équipements nécessaires aux soins d'hygiène corporelle et d'alimentation pour satisfaire leur clientèle.

Enfin, comme le préconisent les orientations ministérielles, les soins et les services doivent être centrés sur le respect de la personne, sur son autonomie et sa dignité. Des CHSLD ont adopté, en ce sens, des mesures pour éliminer toute utilisation de mesure de contention physique et chimique. Les membres de la Commission tiennent à souligner cette avancée. Ils concluent que le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait encourager les CHSLD à utiliser de bonnes pratiques telles que la priorisation, notamment, d'interventions sensorielles et de gestes inspirés des approches environnementale ou comportementale, des activités structurées et des contacts sociaux, lorsque possible. Les membres recommandent en outre :

9. QUE les établissements du réseau adoptent des mesures visant l'élimination de toute mesure de contention physique et chimique.

10. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux se penche sur les préoccupations à propos de la surmédication des personnes hébergées et qu'il soutienne davantage l'approche non pharmacologique.

Par ailleurs, les membres de la Commission concluent que le ministère de la Santé et de Services sociaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée devraient reconnaître le rôle clé que jouent les préposés aux bénéficiaires. Ils recommandent :

11. QUE les établissements développent des mesures de valorisation des professions et des métiers exercés dans les CHSLD, en particulier celui des préposés aux bénéficiaires.

12. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux orchestre des campagnes d'information mettant l'accent sur les habiletés requises pour travailler en CHSLD dans le contexte actuel.

En ce qui concerne les compétences des ressources humaines, les parlementaires insistent sur l'importance de la formation de base et de la formation continue pour l'ensemble du personnel. Les parlementaires recommandent :

13. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux mette sur pied des programmes de formation obligatoire, revus et adaptés aux nouvelles réalités à toute personne qui œuvre ou qui désire œuvrer dans ce secteur.

14. QUE les établissements veillent à ce que la formation continue, en particulier en ce qui a trait aux soins palliatifs et aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, soit donnée sur une base régulière à l'ensemble du personnel, incluant les préposés aux bénéficiaires.

Les conditions de vie des personnes hébergées sont largement tributaires de la compétence et de l'organisation des services professionnels. À ce sujet, les membres de la Commission recommandent :

15. QUE les établissements se préoccupent davantage de la stabilité des équipes soignantes déployées auprès de chaque résident.

16. QUE les établissements définissent mieux et précisent le rôle de chaque intervenant composant les équipes soignantes afin de favoriser l'interdisciplinarité.

Les membres félicitent les initiatives de communauté de pratiques destinées au personnel soignant mises en place récemment. Ils encouragent le développement d'initiatives semblables (que ce soit un Intranet ou une autre plateforme interactive) à travers l'ensemble du réseau. Les députés recommandent aussi :

17. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise le développement d'outils permettant le partage des bonnes pratiques en portant une attention particulière à la diffusion de ces outils à l'ensemble du réseau.

Par ailleurs, les parlementaires constatent des cas où une certaine rigidité dans l'application des critères d'admission en CHSLD impose des séparations déchirantes à des couples en fin de vie. Pour éviter ces situations douloureuses, le réseau doit faire en sorte que les liens conjugaux et familiaux soient maintenus. Ils recommandent :

18. QUE la proximité géographique entre le milieu naturel du résident et son nouveau milieu de vie soit un critère central dans le choix de celui-ci et qu'on évite de séparer les membres d'un couple lorsque tous deux ont besoin d'être hébergés en CHSLD.

Les députés observent que les exigences bureaucratiques liées au suivi de la qualité des soins et des services restreignent, dans certains établissements, le ratio de professionnels déployés auprès des résidents. Ils recommandent :

19. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux porte une attention particulière à l'harmonisation des mécanismes de reddition de comptes afin d'alléger le travail administratif au sein des CHSLD.

Enfin, les membres de la Commission de la Santé et des Services sociaux recommandent :

20. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux réévalue et bonifie les critères appliqués lors de ses visites d'évaluation sur la base des conclusions contenues dans ce rapport.

ANNEXE I - LISTE DES ORGANISMES ET PERSONNES QUI ONT PARTICIPÉ AUX CONSULTATIONS PARTICULIÈRES SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES HÉBERGÉS EN CHSLD

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Association des dentistes de santé publique du Québec

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec

Association des établissements privés conventionnés

Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et des préretraitées

Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Bruneau, D^{re} Marie-Andrée

Centrale des syndicats du Québec

Centre Gériatrique Maimonides Donald Berman

Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal

Centre d'hébergement St-Jean-Eudes

Centre d'hébergement Villa Bonheur

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Confédération des syndicats nationaux

Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec

Conseil pour la protection des malades (CPM) et la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec (FCURQ)

Conseil québécois des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres

Curateur public du Québec

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec

Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer

Fédération québécoise du loisir en institution

Institut canadien-polonais du bien-être Inc.

Office des personnes handicapées du Québec

Ordre des dentistes du Québec

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Protecteur du citoyen

Regroupement provincial des comités des usagers

Regroupement québécois des résidences pour aînés

Réseau FADOQ

Société canadienne de la sclérose en plaques - Division Québec

Vanasse, D^{re} Catherine

Vérificateur général du Québec

Direction des travaux parlementaires
Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires
3e étage, Bureau 3.15
Québec (Québec) G1A 1A3
Téléphone : 418 643-2722
Télécopieur : 418 643-0248
commissions@assnat.qc.ca