

**Mandat sur la performance des soins  
et services aux aînés – COVID-19**

---

# Le devoir de faire autrement

**PARTIE 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats  
qui comptent pour les gens**

Janvier 2022





Mandat sur la performance des soins  
et services aux aînés – COVID-19

---

# **Le devoir de faire autrement**

**PARTIE 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats  
qui comptent pour les gens**



Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

**Commissaire à la santé et au bien-être**

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40  
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel : [csbe@csbe.gouv.qc.ca](mailto:csbe@csbe.gouv.qc.ca)

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca).

**Révision linguistique**

Tradèm

**Édition**

Direction des communications

**Graphisme**

Alphatek

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022  
ISBN : 978-2-550-90916-3 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

**Comité de pilotage****Joanne Castonguay**

Commissaire à la santé et au bien-être

**Mélanie Bourassa Forcier**

Professeure titulaire et directrice des programmes de droit et politiques de la santé et droit et sciences de la vie à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke

**Anne Lemay**

Économiste spécialisée en évaluation de la performance en santé

**Jean-Louis Denis**

Professeur au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

**Commissaires adjoints****Denis Roy****Direction de la rédaction**

Commissaire adjoint à l'évaluation

**Susan Usher**

Commissaire adjointe à l'éthique et aux politiques



## MISE EN CONTEXTE

En aout 2020, le gouvernement a confié au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) le mandat d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de pandémie de la COVID-19. Ce mandat touche particulièrement l'offre de soins et de services aux aînés et la santé publique.

Le rapport final issu de ce mandat, intitulé *Le devoir de faire autrement*, est publié en deux parties :

- *Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, qui porte sur la gestion globale de la pandémie par le gouvernement;
- *Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*, qui traite de la performance du système de soins et de services aux aînés hébergés en milieu de vie au moment de la première vague.

Ce rapport en deux parties donne suite à un rapport préliminaire du CSBE publié en septembre 2021, *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19*, qui jetait un premier regard sur la gouvernance des soins et services aux aînés vivant en milieu d'hébergement.

Ces trois publications regroupent l'ensemble des observations et des recommandations que retient le CSBE dans le cadre du mandat spécial qui lui a été confié. Ces publications sont complétées par une série d'études additionnelles (dont certaines sont à venir) réalisées par l'équipe du CSBE et par des équipes universitaires, à la demande de la Commissaire<sup>1</sup>.

---

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce rapport est le fruit de nombreuses collaborations et d'une mise en commun d'une variété d'expertises et de connaissances. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à son élaboration.

Tout d'abord, nous remercions les membres du comité de pilotage mis en place pour guider la réalisation de ce mandat complexe, ainsi que l'équipe du CSBE qui a travaillé avec acharnement pour produire des analyses de qualité.

Nous souhaitons aussi adresser notre très grande reconnaissance aux quelque 150 acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, dont des membres de regroupements, d'associations et d'organismes, qui ont participé généreusement à nos consultations, ainsi que les 456 personnes qui ont répondu à notre appel à témoignages.

Nous saluons également la précieuse contribution de chercheurs à qui nous avons confié des mandats particuliers.

Il importe également de mentionner la collaboration de plusieurs membres du personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'obtention des données et des informations requises pour réaliser notre mandat.

Enfin, nous remercions les personnes expertes consultées qui, grâce à leurs conseils généreux, nous ont permis de bonifier ce rapport.

---

1. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/aines-covid19/mandat.html>



## TABLE DES MATIÈRES

<b>DÉDICACE</b>	<b>11</b>
<b>MOT DE LA COMMISSAIRE</b>	<b>12</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES</b>	<b>14</b>
<b>PRINCIPAUX MESSAGES POUR LES DÉCIDEURS</b>	<b>15</b>
Que s'est-il passé?.....	15
Pourquoi est-ce arrivé? .....	15
Comment éviter que cela se passe à nouveau? .....	17
<b>INTRODUCTION</b>	<b>19</b>
<b>SECTION 1 – L'APPROCHE ÉVALUATIVE DU CSBE</b>	<b>21</b>
1.1 Quelle est l'approche privilégiée par le CSBE pour évaluer la performance?.....	22
1.2 Comment apprécier la valeur des soins et services pour les personnes âgées? .....	24
1.3 Pourquoi s'intéresser particulièrement à la gouvernance? .....	27
<b>SECTION 2 – DES FAITS PROBANTS</b>	<b>31</b>
2.1 Les effets de la première vague de COVID-19 sur les aînés et le personnel du réseau.....	31
2.1.1 Quelles ont été les répercussions de la première vague de COVID-19 sur la santé de la population hébergée dans les différents milieux de vie? .....	31
Les CHSLD de Montréal et de Laval sont les milieux de vie les plus touchés .....	32
Une surmortalité bien réelle en CHSLD .....	35
Une stratégie qui a priorisé les hôpitaux.....	36
La propagation rapide en longue durée a échappé au système de surveillance .....	37
Une amélioration importante en deuxième vague.....	38
Certains facteurs de risque et de protection sont prédicteurs des résultats observés .....	39
2.1.2 Quel a été l'impact de la COVID sur le personnel des CHSLD? .....	43
Des enjeux majeurs de santé et sécurité au travail.....	43
Des vulnérabilités dans l'organisation du travail qui se sont accentuées.....	45

2.1.3	Quels ont été les effets collatéraux de la première vague de COVID-19 sur l'offre de soins de santé et de services sociaux à l'ensemble de la population de 65 ans et plus? .....	48
	Maintien des services de première ligne .....	48
	Baisse importante dans les soins spécialisés partout au Québec, sans égard au niveau réel d'exposition à la COVID-19.....	50
<b>2.2</b>	<b>État de la situation avant d'entrer dans la première vague de la pandémie .....</b>	<b>52</b>
2.2.1	L'offre de services correspondait-elle aux besoins des aînés au moment de l'entrée en pandémie? .....	52
	La clientèle hébergée s'est alourdie depuis les dernières années .....	55
	L'accroissement du financement public consacré aux soins et services des personnes âgées est modeste compte tenu du vieillissement de la population .....	58
	Un accès à l'hébergement difficile en temps opportun .....	60
	Accroissement notable du rôle du secteur privé dans les services en milieu collectif et d'hébergement .....	60
2.2.2	Est-ce que les organisations et le personnel avaient la capacité de réagir adéquatement à la première vague pandémique? .....	62
	Une offre de soins de longue durée qui opère au maximum de sa capacité et laisse peu de marge de manœuvre .....	62
	Des défis importants en lien avec la qualité des services en CHSLD .....	63
	Une problématique persistante en matière de ressources humaines, particulièrement en CHSLD .....	64

## **SECTION 3 – CONSULTATIONS SUR LES VULNÉRABILITÉS DU SYSTÈME : LE POINT DE VUE DES ACTEURS** **70**

	L'approche méthodologique .....	70
<b>3.1</b>	<b>Vulnérabilités de la gouvernance.....</b>	<b>71</b>
3.1.1	Vision et planification .....	71
3.1.2	Capacité et autonomie décisionnelle des CISSS/CIUSSS.....	73
3.1.3	Imputabilité et responsabilité populationnelle.....	74
<b>3.2</b>	<b>Mécanismes de contrôle.....</b>	<b>78</b>
3.2.1	Les principaux mécanismes de contrôle de la qualité.....	78
3.2.2	Suivis et intégration des mécanismes.....	83
<b>3.3</b>	<b>Planification et gestion des ressources humaines.....</b>	<b>85</b>
3.3.1	Les obstacles à une gestion de proximité .....	85
3.3.2	Planification de la main-d'œuvre .....	86
3.3.3	Le cercle vicieux de la « pénurie » d'infirmières.....	87
3.3.4	Préposés aux bénéficiaires.....	90
3.3.5	La mobilité et l'instabilité du personnel.....	90

3.3.6 La formation du personnel .....	93
3.3.7 Assurer les soins médicaux en milieu d'hébergement .....	95
<b>3.4 Planification et gestion des systèmes d'information.....</b>	<b>100</b>
3.4.1 La planification et le financement des systèmes d'information.....	100
3.4.2 La disponibilité des données et leur accès : un manque d'intégration et d'interopérabilité des systèmes d'information.....	100
3.4.3 La qualité des systèmes d'information et des données.....	102
3.4.4 La transparence des données et la protection des renseignements personnels .....	103
<b>3.5 Ressources infrastructurelles.....</b>	<b>104</b>
<b>Tableau sommaire des constats issus des consultations .....</b>	<b>107</b>

## **SECTION 4 – APPRÉCIATION DE LA GOUVERNANCE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES**

**109**

<b>4.1 La planification.....</b>	<b>109</b>
Le plan stratégique du MSSS et ses politiques de soins et services aux aînés .....	109
La structure de gouverne des soins destinés aux personnes âgées .....	115
L'allocation des ressources pour les services d'hébergement.....	117
<b>4.2 Les mécanismes de contrôle .....</b>	<b>122</b>
Le suivi de la performance.....	123
Le contrôle de la qualité.....	125
La certification des résidences pour personnes âgées .....	133
La surveillance des services publics d'hébergement offerts par les RPA.....	135
Les commissaires aux plaintes et à la qualité.....	136
Les visites de vigie en CHSLD et en RI-RTF pendant de la pandémie .....	136
<b>4.3 Les mécanismes d'incitation.....</b>	<b>138</b>
<b>4.4 La mesure des résultats et la gestion des risques .....</b>	<b>141</b>
<b>4.5 Vue d'ensemble des mécanismes de gouvernance du système de soins et services destinés aux personnes âgées.....</b>	<b>142</b>

## **SECTION 5 – VISION, ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS**

**145**

<b>Une vision axée sur la valeur, ancrée dans les valeurs de la société québécoise.....</b>	<b>145</b>
<b>Des orientations porteuses d'un changement profond .....</b>	<b>146</b>
Orientation 1. Passer d'un ministère qui agit comme opérateur d'un système de production... à un ministère qui assure une gouvernance axée sur la valeur des soins et services pour la collectivité.....	146

Orientation 2. Passer d'un système centré sur l'accès aux services médicaux et hospitaliers... à un système aligné sur la réponse aux besoins et sur les résultats jugés importants par et pour la population, dont les aînés .....	148
Orientation 3. Passer d'une gestion des ressources humaines centralisée axée sur la dotation... à une gestion de proximité axée sur la mobilisation et la promotion de la santé du personnel .....	150
Orientation 4. Passer d'un système opaque centré sur la protection des renseignements personnels... à un système intégré, ouvert et transparent qui exploite le plein potentiel des données pour éclairer les décisions à tous les niveaux tout en assurant la protection de la vie privée .....	152
<b>Recommandations .....</b>	<b>155</b>
Des données sur les résultats pour des soins et services d'hébergement performants .....	155
Une offre de services d'hébergement équitable, quel que soit le milieu dans lequel ils sont dispensés .....	157
Des soins de santé mieux intégrés dans les milieux de vie .....	158
Une stratégie gouvernementale axée sur la valeur en santé.....	160
<b>La contribution du CSBE .....</b>	<b>161</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>163</b>
<b>ANNEXE A – PORTRAIT DES MILIEUX DE VIE .....</b>	<b>164</b>
<b>ANNEXE B – INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION .....</b>	<b>165</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>171</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>173</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>174</b>

## DÉDICACE

*« À la mémoire des 4 836 personnes hébergées en milieu de vie qui ont été emportées par la première vague de la pandémie au Québec. »*

## MOT DE LA COMMISSAIRE

C'est avec beaucoup d'humilité que je vous présente aujourd'hui le résultat du travail effectué par mon équipe et moi-même au cours des 18 derniers mois en réponse au mandat spécial qui nous a été confié par le gouvernement du Québec, soit d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19.

Notre rapport en deux parties présente un portrait de la réponse gouvernementale à cette première vague et évalue ses effets sur les aînés pour en tirer les leçons qui s'imposent. Il n'évalue cependant pas les mesures prises pour maîtriser les vagues subséquentes.

Au Québec, la pandémie de COVID-19 a frappé de plein fouet, particulièrement dans les milieux de vie où sont hébergés nos aînés les plus vulnérables. Au cours de la première vague, 5 718 décès sont survenus. De ceux-ci, 3 675 décès (64,3 %) ont été constatés en CHSLD, alors que les personnes qui y résident ne représentent que 0,49 % de la population québécoise. Pour les CHSLD, cela représente un excès de 2 361 décès par rapport aux années précédentes. Le bilan du Québec à cet égard est le pire au pays, et il laisse une trace indélébile dans notre mémoire collective.

Comme je l'ai exprimé dans le contexte de notre rapport préliminaire, je demeure persuadée que la principale responsabilité à l'égard de cette tragédie repose sur un échec collectif qui précède l'apparition de la COVID-19. Certes, des erreurs ont été commises pendant cette crise. La réalité est que le Québec n'était pas préparé à faire face à une épidémie, encore moins à une pandémie. Les milieux d'hébergement pour personnes âgées étaient déjà plus que vulnérables, la gestion des ressources humaines dans le réseau était défaillante, et c'est sans mentionner les lacunes des systèmes d'information en appui aux décisions. Nous le savions depuis très longtemps, et nous n'avons pas mis les efforts requis pour corriger ces situations.

Ce n'est pas la première fois qu'un acteur alerte le gouvernement sur la nécessité de corriger les lacunes du système et dénonce l'inertie à leur égard. Les conséquences de la première vague auraient été différentes si les enjeux soulevés antérieurement dans de nombreux rapports de commissions et d'experts avaient été résolus. Cette crise est donc un signal fort que nous ne pouvons plus remettre à plus tard les décisions devant mener aux évolutions importantes qui s'imposent.

Les orientations et les recommandations formulées dans ce rapport visent la réalisation d'une transformation profonde du système québécois de santé et de services sociaux afin qu'il réponde mieux aux besoins de la population. Sa première partie propose de renforcer le rôle stratégique de la santé publique. Sa seconde partie démontre la nécessité de réorienter la gouvernance du système vers des résultats qui comptent pour les gens.

Pour y arriver, nous devons tous démontrer, dans un esprit de respect et de collaboration, de la créativité et du courage pour opérer le changement de culture requis. C'est ainsi que nous éviterons qu'une telle catastrophe ne se reproduise. Le succès avec lequel le Québec est passé de bon dernier dans la gestion de la première vague de la pandémie au peloton de tête lors des vagues subséquentes démontre bien que nous en sommes capables.



Nous avons le devoir de faire autrement. Nous le devons à la mémoire de toutes les victimes et à ceux et celles qui se sont battus courageusement au quotidien pour endiguer la crise.

Je termine, en remerciant sincèrement les quelque 150 personnes – élus, dirigeants, intervenants – qui nous ont rencontrés en toute transparence pour partager leur vécu et leur expérience en lien avec la première vague. Merci également aux nombreux collaborateurs et experts pour leurs précieux conseils et leur travail de grande qualité. Je tiens aussi à souligner la collaboration de l'organisation du MSSS, qui a travaillé très fort pour mettre à notre disposition ses données et sa documentation, alors qu'elle était aux prises avec une pandémie à gérer. Enfin, je souhaite exprimer mon immense reconnaissance aux membres du comité de pilotage, qui a guidé la réalisation de ces travaux, ainsi qu'à mon équipe pour son travail remarquable et acharné, malgré les obstacles rencontrés.



Joanne Castonguay  
Commissaire à la santé et au bien-être

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACSP	Association canadienne de santé publique
CHSLD	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	centre hospitalier universitaire
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CISSS	centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
COR	Commissions et organismes régionaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DGAPA	Direction générale des aînés et des proches aidants
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DGSP	Direction générale de la santé publique
DNSP	directeur national de santé publique
DRSP	directeur régional de santé publique
DSP	directeur des services professionnels
ÉPI	équipement de protection individuelle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
LCSBE	<i>Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être</i>
LINESSS	<i>Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux</i>
LMSSS	<i>Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
LMRSSS	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i>
LSP	<i>Loi sur la santé publique</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAB	préposé(e) aux bénéficiaires
PCI	prévention et contrôle des infections
PNSP	Programme national de santé publique
RI	ressource intermédiaire
RPA	résidence privée pour aînés
RTF	ressource de type familial
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAC	Services aux Autochtones Canada
SAPA	soutien à l'autonomie des personnes âgées

## PRINCIPAUX MESSAGES POUR LES DÉCIDEURS

Le CSBE a été mandaté par le gouvernement du Québec en août 2020 pour faire enquête sur la première vague de la pandémie. Cette seconde partie de notre rapport final porte sur la performance du système de soins et services aux aînés.

Le CSBE résume ici ce qui s'est passé, pourquoi cela s'est passé et comment éviter que cela se passe à nouveau.

### Que s'est-il passé?

La première vague de la pandémie de COVID-19 a frappé le Québec entre le 25 février et le 11 juillet 2020. Son impact a été parmi les plus élevés au monde. Les personnes âgées ont été fortement touchées.

Au cours de la première vague, 5 718 décès sont survenus au Québec. De ceux-ci, 3 675 (64,3 %) ont été constatés en CHSLD, alors que les personnes qui y résident ne représentent que 0,49 % de la population québécoise. Au cours de la même période, le nombre de décès a été de 944 en résidences privées pour aînés (RPA) et de 217 dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Ce sont 40 % des résidents de CHSLD infectés qui sont décédés, contre 25 % dans les RPA, 23 % dans les RI-RTF et 2,2 % dans la population générale.

Les facteurs de risque du premier décès en CHSLD ou en RPA ont été la densité de la population, le degré de transmission communautaire et le nombre total de lits de l'installation, ce qui explique pourquoi les milieux de vie de Montréal et Laval ont été les milieux les plus touchés. Le niveau de dotation réduit, le roulement élevé du personnel, l'assignation du personnel à plusieurs sites et un ratio infirmière/résidents sous le seuil recommandé étaient associés à un risque accru d'infection et à un taux de mortalité plus élevé.

En plus des taux d'infection et de mortalité très élevés, les personnes âgées hébergées en milieux de vie ont souffert de façon démesurée de la pandémie : négligence des soins de base faute de personnel ; isolement et absence du soutien de leurs proches pendant des mois.

L'impact de la pandémie sur la santé des travailleurs de la santé a également été très important. Les travailleurs de la santé œuvrant en milieux de vie pour aînés ont été infectés de façon plus précoce et plus importante que les autres travailleurs de la santé et des services sociaux. La moitié du personnel infecté travaillait en CHSLD. La vulnérabilité des milieux de vie s'est ainsi considérablement accentuée.

La première vague a eu des effets collatéraux importants sur les aînés, et aussi sur toute la population, en raison d'une réduction importante de l'offre de services spécialisés et hospitaliers dans toutes les régions du Québec, sans égard à la réalité épidémiologique locale.

La pandémie a été un révélateur et un amplificateur des vulnérabilités de l'écosystème des soins et services aux aînés.

### Pourquoi est-ce arrivé?

Le système de soins et services aux aînés était très vulnérable au début de la pandémie : sous-financement, pénurie de main-d'œuvre qualifiée, déficit d'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections, carences dans l'organisation des soins médicaux en milieu de vie, insuffisance d'encadrement du personnel, déficience des systèmes de suivi et d'assurance qualité, lacunes au niveau informationnel, etc.

Plusieurs milieux de vie pour aînés, les CHSLD en particulier, ne bénéficiaient pas de conditions sécuritaires pour les résidents et n'étaient pas préparés à faire face à une pandémie. De plus, le modèle d'organisation des ressources humaines, fondé sur la mobilité du personnel plutôt que sur la stabilité des équipes et leur rattachement à une installation, a déstabilisé et fragilisé les structures.

Les décisions prises au tout début de la pandémie ont augmenté les risques pour les milieux de vie. L'accent a été mis sur la préparation des hôpitaux, sans prendre suffisamment en considération les défis propres aux CHSLD. La propagation rapide dans les milieux de vie a échappé au système de surveillance épidémiologique.

Le faible arrimage entre les décideurs centraux de la santé publique, des affaires médicales et des services sociaux a nuï à la planification d'une réponse pandémique globale et adaptée à la réalité épidémiologique des différents territoires ainsi qu'à l'anticipation et à la gestion, en temps opportun, de la propagation de l'infection dans les milieux de vie collectifs et d'hébergement.

Certaines causes profondes sont identifiables, notamment :

- Les milieux d'hébergement et de vie pour personnes âgées ne sont pas considérés comme une priorité pour la gouvernance du réseau de santé et services sociaux.
- Les voix de la ministre responsable des aînés et de la direction générale de soutien à l'autonomie des personnes âgées ne suffisent pas pour appliquer une « lentille-aînés » aux décisions gouvernementales. Les politiques et orientations destinées aux aînés sont mal intégrées à celles visant l'ensemble de la population. L'adaptation de l'offre de services aux besoins croissants de la population vieillissante reste très limitée.
- Les soins de longue durée ont été fusionnés aux structures des CISSS/CIUSSS, mais l'intégration des services avec les autres composantes du système de soins, dont les services médicaux, demeure incomplète, surtout en milieu urbain.
- Il n'existe pas d'incitatifs visant spécifiquement à améliorer les soins et services aux aînés.
- L'expertise en soins gériatriques ainsi qu'en prévention et contrôle des infections est bien présente en milieu hospitalier, mais peu accessible aux équipes œuvrant en milieux de vie.
- L'allocation des ressources dans les milieux d'hébergement ne repose pas sur des données fiables et ne tient pas compte des besoins des résidents.
- L'information sur les coûts liés à l'hébergement et sur les ressources humaines est limitée et fragmentaire.
- À l'exception des CHSLD privés conventionnés, les prestataires des services d'hébergement des secteurs public et privé reçoivent, pour des offres de services différentes, un financement restreint et inéquitable et sans lien direct avec les besoins.
- Les résidences privées pour aînés offrent de plus en plus de soins à des clientèles en perte d'autonomie, et ce, en l'absence d'une régulation suffisante.
- Le contrôle de la qualité et les systèmes d'imputabilité ont peu d'impact sur les décisions prises dans les installations ou sur les ressources qui leur sont allouées.
- En plus de ces facteurs qui limitent la performance des soins et services aux aînés, le CSBE relève plusieurs lacunes relatives à la gouvernance globale du système, notamment : la gouvernance est centralisée et orientée sur les volumes de production, l'accès, le contrôle des coûts ainsi que le manque de documentation des résultats des soins et services.
- Les dirigeants du système focalisent principalement sur l'offre de services médicaux et hospitaliers.

- Les mécanismes de contrôle surveillent l'application d'un grand nombre de pratiques spécifiques, sans toutefois s'assurer du résultat de leur application sur les soins et services aux résidents.
- La budgétisation s'effectue principalement sur des bases historiques, et les établissements publics n'ont pas la marge de manœuvre pour s'ajuster en fonction des besoins.
- L'expertise de chaque groupe professionnel n'est pas exploitée à son plein potentiel, la pratique étant délimitée et souvent restreinte par des règlements professionnels.
- Il existe très peu de données pour soutenir la planification et la prise de décision, et pour réajuster la stratégie.
- De bonnes pratiques existent dans certains milieux, mais il existe beaucoup d'obstacles et peu d'incitatifs ou de mécanismes pour valoriser et partager les solutions efficaces, les pratiques prometteuses, les innovations et les partenariats qui les sous-tendent.

**Il s'agit d'enjeux qui perdurent depuis longtemps et pour lesquels des solutions sont connues. Celles-ci n'ont pas été mises en place, ce qui a contribué aux résultats inacceptables obtenus lors de la première vague de la pandémie.**

Notre analyse de la gouvernance du système de santé et services sociaux démontre que le ministère valorise peu son rôle, pourtant essentiel, de gouvernance. Le MSSS ne mobilise pas l'ensemble des leviers de gouvernance dont il a la responsabilité pour améliorer la performance du système de santé et services sociaux. L'attention insuffisante qu'il porte à sa contribution unique et distinctive freine le développement d'une offre de soins et services qui optimise les ressources en santé pour améliorer la santé de la population.

## Comment éviter que cela se passe à nouveau?

L'ensemble des déficiences qui précèdent nous amène à un constat de responsabilité collective qui interpelle un ensemble d'acteurs et invite le gouvernement du Québec à adopter de nouvelles stratégies. On ne peut reprendre les mesures du passé et espérer obtenir de meilleurs résultats. Il y a urgence à considérer de nouvelles avenues afin de permettre l'adaptation du système de soins et services aux besoins d'une société vieillissante.

Quatre orientations en matière de gouvernance sont mises de l'avant afin de créer les conditions propices à l'évolution du système. Du point de vue du CSBE, le gouvernement devrait encourager le passage :

- 1) d'un ministère qui agit comme opérateur d'un système de production...  
à un ministère qui assure une gouvernance axée sur la valeur<sup>2</sup> des soins et services pour la collectivité ;
- 2) d'un système centré sur l'accès aux services médicaux et hospitaliers...  
à un système aligné sur la réponse aux besoins et sur les résultats jugés importants par et pour la population, dont les aînés ;
- 3) d'une gestion des ressources humaines centralisée axée sur la dotation...  
à une gestion de proximité axée sur la mobilisation et la promotion de la santé du personnel ;
- 4) d'un système opaque centré sur la protection des renseignements personnels...  
à un système intégré, ouvert et transparent qui exploite le plein potentiel des données pour éclairer les décisions à tous les niveaux tout en assurant la protection de la vie privée.

2. Un système orienté sur la valeur est un système qui optimise l'utilisation des ressources pour améliorer les résultats de santé pour la population.

Quatre recommandations sont faites aux autorités gouvernementales : les deux premières sont formulées en vue de jeter les bases d'une offre orientée sur la valeur dans les milieux d'hébergement et les deux autres, en vue d'améliorer la gouvernance du système.

1) AFIN DE SOUTENIR UNE ORGANISATION ET UNE PRESTATION DE SOINS ET SERVICES DE QUALITÉ AUX AINÉS AXÉES SUR LES RÉSULTATS, LE CSBE RECOMMANDE :

QUE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX adopte un système d'évaluation des résultats en fonction d'une norme internationale reconnue afin de soutenir la prise de décision clinique, organisationnelle et de gouvernance ;

QUE LE MINISTÈRE soutienne le déploiement de ce système d'évaluation dans tout le réseau de soutien à l'autonomie des personnes âgées, en commençant par les milieux d'hébergement ;

QUE LES ÉTABLISSEMENTS déploient le système d'évaluation dans toutes les installations et ressources d'hébergement de leur territoire ;

QUE TOUS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT implantent le système d'évaluation et planifient l'évaluation périodique de tous les résidents.

2) AFIN D'AMÉLIORER L'ÉQUITÉ, LE FINANCEMENT ET LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES D'HÉBERGEMENT, QUEL QUE SOIT LE MILIEU DANS LEQUEL ILS SONT OFFERTS, LE CSBE RECOMMANDE :

QUE LE GOUVERNEMENT planifie et régule l'offre de services d'hébergement en fonction des résultats attendus et selon un mode de financement équitable, c.-à-d. un tarif identique pour des résidents ayant des profils semblables, quel que soit le milieu ;

QUE LE GOUVERNEMENT précise les exigences et les règles explicites de collaboration entre les secteurs public et privé.

3) AFIN D'AMÉLIORER LA COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET D'ACCÉLÉRER L'INTÉGRATION DES SOINS ET SERVICES AUX AINÉS, LE CSBE RECOMMANDE :

QUE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX lance un appel à solutions concertées visant à rehausser la prestation des soins de santé et de services sociaux dans les milieux de vie et à renforcer leur coordination avec les services d'hébergement en milieu de vie.

4) EN VUE D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE POUR TOUTE LA POPULATION ET D'OPTIMISER L'ENSEMBLE DES RESSOURCES PUBLIQUES INVESTIES, LE CSBE RECOMMANDE :

QUE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC mandate un groupe de travail afin de produire un plan national visant à doter le Québec d'un système de santé axé sur la valeur ;

QUE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX élabore un plan d'implantation d'un réseau de santé et de services sociaux axé sur la valeur ;

QUE LE GOUVERNEMENT approuve le plan d'implantation proposé par le ministre de la Santé ;

QUE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX rende compte annuellement à l'Assemblée nationale de l'évolution de la mise en œuvre du plan et de l'évolution des résultats obtenus.

La justification des orientations et les implications associées à chacune des recommandations sont précisées dans la section 5 de cette publication.

## INTRODUCTION

En aout 2020, le gouvernement a confié au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) le mandat d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la pandémie de la COVID-19. Ce mandat touche particulièrement l'offre de soins et de services aux aînés et la santé publique.

Cette seconde partie de notre rapport final s'intéresse à la performance du système de soins et services aux aînés hébergés en milieu de vie au moment de la première vague. Elle donne suite à un rapport préliminaire du CSBE publié en septembre 2021, *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19*, qui portait un premier regard sur la gouvernance des soins et services aux aînés vivant en milieu d'hébergement. Elle s'accompagne également de la première partie de notre rapport final, *Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, laquelle fait le point sur la gestion globale de la pandémie par le gouvernement.

Ces trois publications du CSBE regroupent l'ensemble des observations et des recommandations que retient le CSBE dans le cadre du mandat spécial qui lui a été confié. Ces trois livrables sont complétés par une série d'études complémentaires réalisées par l'équipe du CSBE et par des équipes universitaires, à la demande de la Commissaire<sup>3</sup>.

Dans le cadre de la présente publication, le CSBE vise à :

- analyser les caractéristiques et les vulnérabilités du secteur de l'hébergement et leur impact sur sa performance lors de la première vague de la pandémie ;
- apprécier la gouvernance du système de soins et services aux personnes âgées et relever les fragilités que le gouvernement devrait corriger en priorité afin d'en améliorer la performance ;
- proposer au gouvernement du Québec certaines orientations et recommandations à portée stratégique dans le but de favoriser l'adaptation du système aux défis du vieillissement et l'atteinte de résultats pour la population à la hauteur des ressources publiques investies.

Partout dans le monde, la première vague pandémique a lourdement affecté les aînés. Au Québec, notre évaluation confirme qu'au moins 4 836 personnes hébergées en milieu de vie sont décédées directement de la COVID-19. Cette contreperformance dans la gestion de la pandémie a bouleversé la société québécoise tout entière.

Si les personnes âgées semblent être restées dans l'angle mort des décideurs publics au début de la pandémie, plusieurs enjeux à l'origine de ce résultat dramatique étaient pourtant connus. En effet, les risques étaient documentés, des recommandations avaient été faites, souvent de manière répétée, et des politiques avaient été développées. Mais une fois de plus, c'est dans leur mise en œuvre que l'on aura manqué de vision, de détermination et de rigueur.

C'est dans ce contexte que le CSBE s'est penché sur les facteurs systémiques qui expliquent les résultats déplorables qui ont été observés. L'analyse est centrée sur la dynamique globale du système de soins et de services aux aînés et de sa gouvernance, dans la volonté de mieux comprendre en quoi le système devrait changer et comment il pourrait mieux y arriver.

L'approche du CSBE ne vise pas ici à chercher des coupables ou à blâmer des individus pour ce qui s'est produit. Elle consiste plutôt à élucider pourquoi nous sommes collectivement arrivés à ce résultat, et comment corriger les erreurs passées pour adopter des solutions durables afin que plus jamais cela ne se reproduise.

---

3. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/aines-covid19/mandat.html>

Pour s'acquitter du mandat d'évaluation qui lui a été confié par le gouvernement, le CSBE a mobilisé une diversité de sources d'information et de connaissances.

Le CSBE a d'abord voulu documenter l'ensemble des données chiffrées pertinentes. Surmontant de nombreux défis d'accès à l'information – sur lesquels nous reviendrons –, il a été possible d'exploiter 22 sources de renseignements afin de caractériser les éléments clés de la problématique. Certains mandats d'étude ont également été confiés à des équipes de recherche afin d'approfondir des questions clés comme l'excès de mortalité, les coûts associés à l'offre de services d'hébergement et les défis en lien avec les ressources humaines.

Le CSBE a également tenu à donner la parole aux acteurs et a mené, pour ce faire, plus de 104 entrevues semi-dirigées auprès d'intervenants qui ont participé directement à la gestion de la crise pandémique aux paliers central, territorial et local. Aussi, il a voulu entendre la voix des citoyens, qui ont été très nombreux à s'exprimer sur les différentes plateformes mises à leur disposition à cet effet.

Le CSBE a enfin complété son évaluation en réalisant des revues de la littérature scientifique et d'autres documents publics sur les questions relatives aux politiques publiques et modalités organisationnelles au Québec, ailleurs au Canada et à l'international. Certaines revues ont été réalisées directement à l'interne et d'autres ont été confiées à des équipes universitaires. Les observations tirées de ces états de connaissances ont notamment permis d'identifier des approches innovantes susceptibles d'inspirer les dirigeants dans les suites à donner à ce rapport<sup>4</sup>.

Cette deuxième partie de notre rapport final est composée de cinq parties. La première décrit l'approche adoptée par le CSBE dans sa démarche d'évaluation. La deuxième présente les constats effectués à partir des données mises à la disposition du CSBE dans le cadre de ce mandat et certaines études originales réalisées à sa demande. La troisième partie donne la parole aux intervenants sur le terrain et présente les résultats des consultations sur la contribution de la gouvernance à la performance des soins et services aux personnes âgées durant la pandémie. La quatrième section expose l'appréciation que fait le CSBE de la gouvernance des soins et services destinés aux personnes âgées. La dernière section reprend les principaux constats évaluatifs que retient le CSBE au terme de sa démarche et présente les orientations et recommandations qu'il met de l'avant afin de guider la prise de décision gouvernementale à court et à plus long terme.

---

4. Pour plus de détails, voir la rubrique du mandat spécial sur le site du CSBE : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/aines-covid19/approche.html>

## SECTION 1 – L'APPROCHE ÉVALUATIVE DU CSBE

« Tout système est parfaitement conçu pour obtenir les résultats qu'il obtient ! »<sup>5</sup>

W. Edwards Deming

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « Un **système de santé** comprend toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé. Le **système de soins de santé** est l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé ».<sup>6</sup> Selon cette définition, le but de tout système de santé est d'améliorer l'état de santé global de la population.

L'importance que la santé occupe dans le fonctionnement d'une société a amené les gouvernements à y investir des ressources considérables. La part croissante qu'occupent les budgets du secteur de la santé dans l'économie peut cependant susciter des interrogations sur le bien-fondé de l'ajout de ressources au système de soins et services sans que l'on s'assure, en contrepartie, de la contribution réelle de ces investissements à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. C'est la perspective qu'adopte le CSBE lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère judicieux ou non des ressources allouées au système de santé.

Il est utile de rappeler qu'il existe une limite théorique à l'amélioration de la santé de la population en fonction de l'augmentation des dépenses de santé (figure 1). En effet, si la croissance des dépenses de santé pouvait faire augmenter indéfiniment la santé des populations, on observerait alors un allongement de la durée de vie tendant vers l'infini, une ambition irréaliste à sa face même. C'est l'évolution illustrée par la ligne verte dans la figure.

Cette tendance à la hausse des dépenses en santé prévaut pourtant dans plusieurs pays du monde, surtout les plus riches. Dans plusieurs États, en effet, les ressources allouées aux soins de santé augmentent à un rythme supérieur à la croissance de l'économie, alors qu'on observe un rendement décroissant en termes de gains de santé.

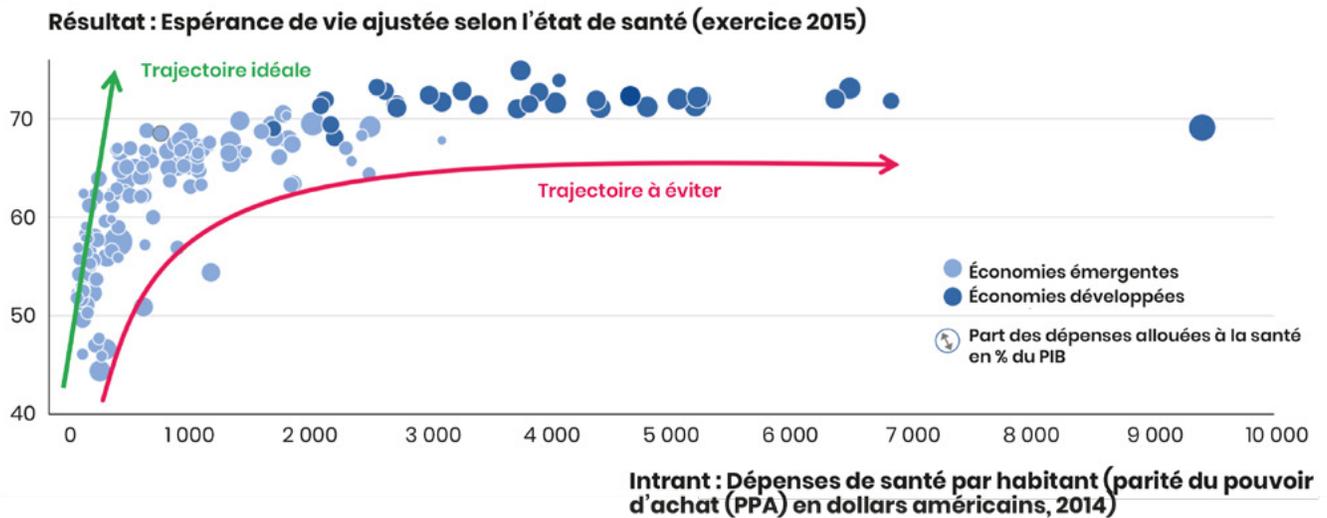
On observe également dans la figure 1 qu'il existe pour la majorité des économies un espace d'amélioration, ou de gains potentiels non réalisés, en ce qui touche la santé et le bien-être de la population à partir des investissements déjà consentis. L'enjeu est de faire les bons choix et les investissements appropriés, tout en se donnant les conditions propices pour en réaliser le plein potentiel en termes de création de valeur en santé et services sociaux.

---

5. La source est débattue; cette citation est attribuée soit à Edwards Deming ou à Arthur Jones

6. Chapter 7-F\_109-140 (who.int)

**Figure 1 : Relation entre l'espérance de vie et les dépenses en santé**



Source : <https://www.weforum.org/videos/the-new-health-paradigm>

## 1.1 Quelle est l'approche privilégiée par le CSBE pour évaluer la performance ?

La performance d'une organisation ou d'un système fait d'abord référence aux résultats générés par ses activités. On peut accomplir les choses les plus extraordinaires, mais on ne peut prétendre être performant si on ne réalise pas ce pour quoi nous avons été créés au premier chef. L'usage diligent des moyens mis à notre disposition apparaît tout aussi essentiel.

Étant donné que, d'une part la mission du système de santé et de services sociaux est de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population, et que, d'autre part, les ressources publiques disponibles sont nécessairement limitées, un système de soins et services performant est celui qui obtient les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources consenties<sup>7</sup>.

**Le CBSE centre son approche d'évaluation sur la valeur produite par le système de santé pour la population.** La mesure de la valeur produite pour la population est l'angle privilégié pour l'analyse de sa performance (CSBE, 2021)<sup>8</sup>.

Selon cette perspective, un système de santé performant permet l'atteinte simultanée de meilleurs résultats de santé pour l'ensemble de la population et d'une meilleure expérience de soins et services pour les usagers, et ce, au meilleur coût possible (Berwick, Nolan et Whittington, 2008). Autrement dit, un système performant optimise l'utilisation des ressources en vue d'améliorer les résultats de santé et bien-être pour la population. Cette vision de la performance axée sur la valeur s'inscrit dans un mouvement international et s'appuie sur une documentation scientifique très riche<sup>9</sup>.

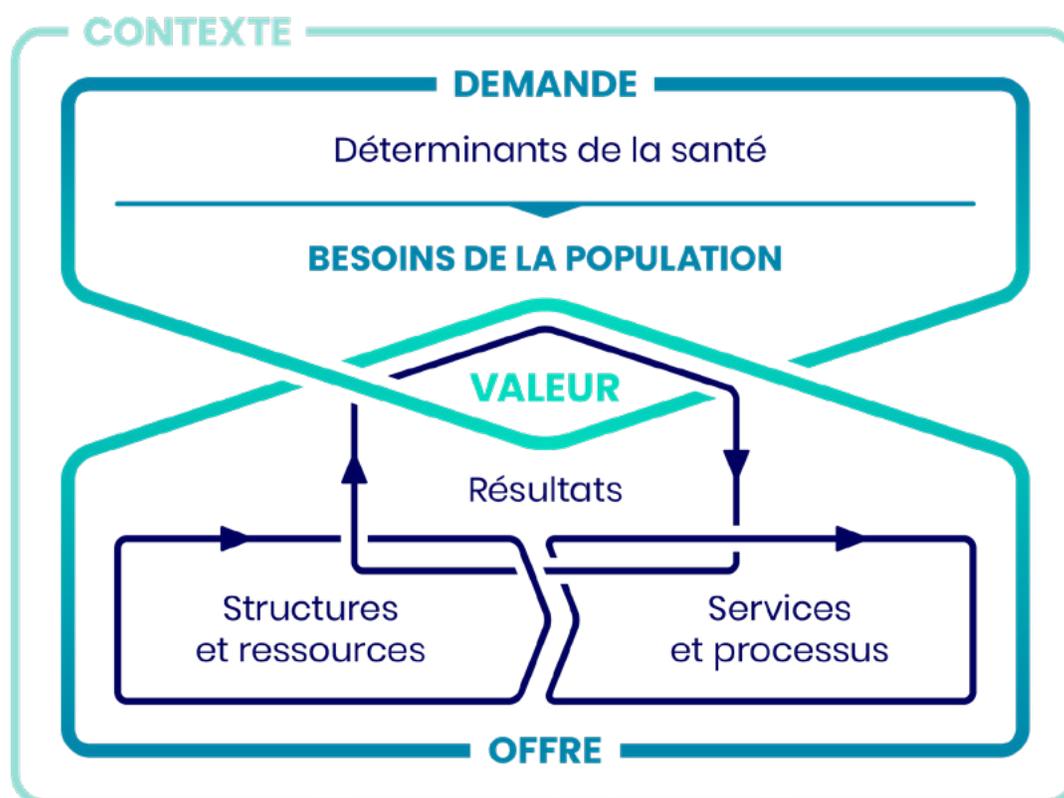
7. D'ailleurs, le gouvernement du Québec a adopté une loi qui impose au gouvernement et aux sociétés publiques de fonctionner sans générer de déficit.
8. Cadre d'analyse de la performance, CSBE, 2021 (À paraître)
9. Soulignons par exemple, parmi les auteurs les plus reconnus, Stephen Shortell, S. M. Conrad, Michael Porter, E. Tiesberg et Elizabeth Olmstead.

Dans la perspective du CSBE, la finalité du système est de produire de la valeur pour les différents groupes de population en fonction de leurs besoins et de leurs préférences. Le système doit cependant générer cette valeur pour les usagers en respectant les valeurs sociétales. Pour assurer la durabilité du système, il importe en effet de maintenir un équilibre entre ce qui a de la valeur pour les usagers, ce qui en a pour les nombreuses parties prenantes du système et ce que la collectivité dans son ensemble juge comme étant le plus utile et le plus important.

La protection de cet équilibre délicat est au cœur des enjeux éthiques auxquels sont confrontées les organisations modernes. Dans ce contexte, des facteurs sociaux (satisfaction de la clientèle, protection des données personnelles, engagement des employés, relations avec la communauté, droits de la personne, etc.), environnementaux (changements climatiques, pollution de l'air et de l'eau, efficacité énergétique, gestion des déchets, etc.) et réputationnels (transparence, vérification, corruption, lobbying, etc.) sont en jeu et entrent en tension. L'arbitrage juste et raisonné de ces tensions interpelle fortement la gouvernance (Carney, 2021).

La valeur se crée lorsque le système maximise sa capacité à répondre à la demande. C'est ce qui est illustré dans la représentation schématique du cadre d'analyse de la performance du système de santé et des services sociaux du CSBE (figure 2).

**Figure 2 : Cadre d'analyse de la performance du système de santé et des services sociaux du CSBE**



L'approche évaluative de la performance consiste à analyser l'offre globale de soins et services – les structures, les ressources, les processus et les services et les résultats – et à la mettre en lien avec les besoins de la population et les autres facteurs contextuels qui influent sur la demande, notamment les caractéristiques de la population, les déterminants sociaux et économiques de la santé ainsi que les valeurs collectives de la société. En considérant le rapport dynamique entre l'offre et la demande qui s'observe dans l'utilisation des soins et services, il devient alors possible d'apprécier la contribution, favorable ou défavorable, de différents facteurs à la valeur produite par le système et de bâtir un jugement global sur la performance.

Selon cette perspective, le système de santé produit de la valeur dans la mesure où il répond le mieux possible aux besoins de santé et de bien-être de toute la population. Le jugement sur la valeur doit cependant tenir compte de la valeur produite pour les différents groupes qui composent la population, dans un souci d'équité. Dans un système public, les décisions doivent être prises de manière à générer le meilleur équilibre possible entre ces groupes.

Le jugement du CSBE sur la valeur des soins et services est donc fondé sur une appréciation globale du degré d'atteinte des résultats jugés importants pour les différents groupes qui composent la société en fonction du niveau de ressources publiques mobilisées pour produire ces résultats.

### **Résultats importants pour les citoyens, par segments de la population**

$$\text{Valeur} = \frac{\text{Résultats importants pour les citoyens, par segments de la population}}{\text{Coûts totaux du système pour produire ces résultats}}$$

## **1.2 Comment apprécier la valeur des soins et services pour les personnes âgées ?**

L'évaluation des résultats et des coûts, donc de la valeur, peut se faire objectivement. Différentes approches ont été développées à cette fin<sup>10</sup>. Parmi celles-ci, une collaboration internationale, l'*International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM)*<sup>11</sup> s'est donnée pour mission de développer de telles mesures « objectives » de la valeur pour différents groupes de population.

L'ICHOM propose des indicateurs de résultats des soins adaptés à différentes conditions de santé (p. ex., diabète, arthrite inflammatoire, cancer du sein, insuffisance cardiaque). De tels indicateurs, construits par des experts pour et avec des personnes âgées en perte d'autonomie, sont disponibles pour les soins et services qui leur sont destinés.

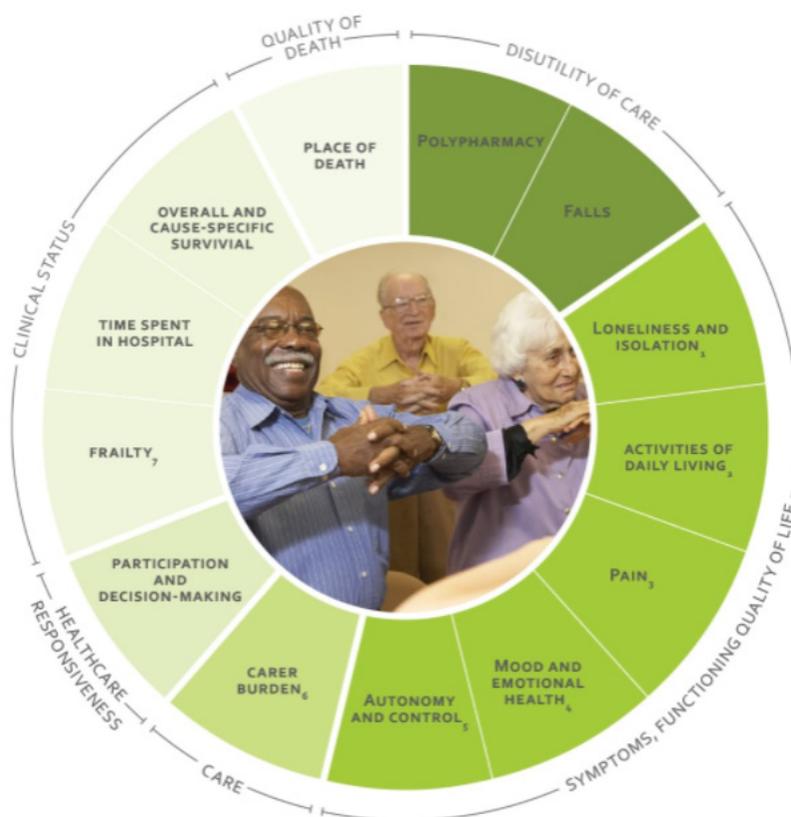
10. D'autres initiatives internationales visent à établir des standards de mesures « objectives » de résultats pour les patients, notamment l'InterRai (<https://interrai.org/>), réseau collaboratif international de chercheurs et praticiens de 35 pays) et l'initiative PaRIs, lancée par l'OCDE (<https://ssaquebec.ca/programmes/paris/>).

11. <https://www.ichom.org/>

La figure suivante illustre les dimensions considérées dans la mesure des résultats pour les personnes âgées par l'ICHOM. Ainsi, afin de mesurer la valeur des services aux personnes âgées, l'ICHOM propose notamment les indicateurs de résultats suivants :

- La qualité de vie de la personne en tenant compte des éléments suivants : activités sociales, douleurs, isolement, santé mentale et émotionnelle, autonomie fonctionnelle<sup>12</sup>.
- Le nombre d'évènements indésirables, par exemple les complications liées à la polypharmacie ou aux chutes.
- Le fardeau de la perte d'autonomie de la personne sur ses proches aidants.
- La participation de la personne aux décisions qui la concernent.
- L'amélioration du statut clinique de la personne en tenant compte de sa fragilité, de la durée des hospitalisations, des conditions dans lesquelles elle survit et du lieu de la mort.

**Figure 3 : Normes de l'ICHOM pour les personnes âgées**



Note : L'ensemble des normes de l'ICHOM pour les personnes âgées est le résultat du travail scientifique d'un groupe de professionnels de la santé, de médecins, d'experts en mesure et de patients.

Source : <https://www.ichom.org/standard-sets/>

12. Notez ici la correspondance entre les notions de qualité et de résultats. En effet, la non-qualité engendre un impact direct sur les résultats de santé et de bien-être. Ainsi, lorsque nous faisons référence aux résultats sur la santé et le bien-être, la qualité est sous entendue, et inversement.

Pour favoriser l'atteinte de ces résultats auprès de la population des aînés, l'importance d'offrir des soins et services de santé intégrés à la population aînée ne fait plus l'objet de débats. Cela est encore plus important pour les populations les plus vulnérables, parce qu'il a été démontré qu'une offre de soins et de services de santé intégrés améliore la qualité et la continuité des soins et services, ainsi que la satisfaction des personnes, tout en réduisant l'utilisation de ressources coûteuses (Couturier, Bonin et Belzile, 2016). L'intégration des soins et services favorise donc la création de valeur pour les personnes âgées<sup>13</sup>.

En conséquence, les offres de soins et services de santé intégrés<sup>14</sup> ont été développées non seulement pour outiller les patients à mieux naviguer le système, mais aussi pour prévenir les complications et améliorer la condition générale des patients et des proches aidants. Ce faisant, les patients ont moins de complications et de besoins non répondus et, ainsi, moins besoin de recourir aux services d'urgence et hospitaliers.

Parmi les caractéristiques organisationnelles d'un système de soins et services orienté sur la valeur aux personnes âgées, la littérature relève les éléments suivants<sup>15</sup> :

- Un organisme responsable de coordonner l'ensemble de la prestation des services sociaux et de santé.
- Une porte d'entrée unique pour les personnes âgées ayant des besoins complexes.
- Un gestionnaire de cas ayant la responsabilité d'évaluer les besoins de la personne, de coordonner l'élaboration d'un plan de services individualisé, d'être le point de contact en cas d'urgence et d'assurer les suivis et les réévaluations.
- Un plan de soins et services offerts par une équipe multidisciplinaire.
- Un outil normalisé pour soutenir l'évaluation du niveau d'autonomie du patient.
- Un dossier clinique informatisé (DCI) accessible à tous les intervenants, peu importe où ils se trouvent.
- Un financement « intégré » de l'ensemble des services dont les patients ont besoin.

Dans le cadre du présent mandat, l'appréciation du système de santé et de services sociaux a donc été effectuée selon, comme critères d'évaluation, les dimensions reconnues de la valeur pour les personnes âgées et les caractéristiques organisationnelles décrites pour les services intégrés, avec une attention particulière aux services d'hébergement. Étant donné la nature du mandat spécial portant sur la gestion de la première vague de la pandémie, l'approche du CSBE s'est surtout centrée sur le rôle essentiel de la gouvernance pour orienter le système et appuyer sa capacité à créer de la valeur.

---

13. Au Québec, cette démonstration a été effectuée dans le cadre du projet PRISMA, un projet réalisé sous la direction du D<sup>r</sup> Réjean Hébert.

14. Aussi désignée comme une offre de soins organisée en continuum de soins.

15. L'impact des soins et services intégrés sur la valeur est démontré dans un contexte où toutes les caractéristiques organisationnelles sont présentes. Voir à ce sujet les publications suivantes :

Conrad, D. A. et Shortell, S. M. (1996). Integrated health systems : promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13(1), 3.

Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M. et PRISMA. (2004). Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Edisem.

Porter, M. E. et Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care : creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.

### 1.3 Pourquoi s'intéresser particulièrement à la gouvernance ?

La littérature propose de nombreuses définitions de la gouvernance.

Dans le secteur privé, la gouvernance fait référence au conseil d'administration, à son rôle distinctif et aux leviers dont il dispose pour protéger les intérêts des actionnaires (Carney, 2021). Dans le secteur public, la gouvernance désigne l'ensemble des institutions, formelles et informelles, et les modalités selon lesquelles leurs ressources sont gérées, les intérêts des membres de la société sont articulés et pris en compte, et le pouvoir est exercé (Rodrigue, Langley, Béland et Denis, 2007).

Le CSBE inclut dans la notion « d'institutions » l'ensemble des mécanismes, procédures, normes, pratiques et organisations socialement acceptés. Une institution peut être formelle lorsqu'elle est reconnue de façon officielle, par exemple par une loi ou une personne morale. Une institution informelle peut correspondre à une coutume établie. Il peut aussi s'agir de l'organisation d'un regroupement de citoyens non reconnu légalement.

Le rôle de la gouvernance dans le secteur public est de traduire en orientations, objectifs et cibles précis la volonté de la société et des élus. Ce rôle implique de mobiliser différents leviers pour passer de l'orientation des actions vers les résultats attendus. On fait référence ici à des politiques, stratégies et mécanismes qui soutiennent la priorisation, la supervision, le financement, l'incitation, l'habilitation et l'évaluation des résultats des organisations qui composent le système.

Selon l'Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques, la gouvernance fait référence à qui détient le pouvoir, qui est imputable dans le processus décisionnel, qui prend les décisions et qui fait entendre sa voix<sup>16</sup>. Au Canada et au Québec, vu le caractère public et universel du système de santé, c'est à l'État que revient la responsabilité de gouverner les organisations qui composent le système de santé. Le rôle de la gouvernance est d'influencer la dynamique du système en vue d'améliorer sa performance, et donc sa capacité de créer de la valeur.

Le défi de la gouvernance consiste à optimiser la valeur des soins et services produits pour la population en tenant compte des moyens dont l'État dispose, tout en veillant à ce que les parties prenantes trouvent dans le système les avantages auxquels elles aspirent légitimement afin de maintenir leur engagement et leur motivation.

Les mécanismes et leviers de la gouvernance ont pour objet de concilier les aspirations des parties prenantes du système : celles des patients et usagers qui désirent maintenir ou améliorer leur état de santé et bien-être personnel ; celles des employés, professionnels et médecins qui aspirent à des conditions de travail et une qualité de vie à la hauteur de leurs attentes ; celles des fournisseurs du système qui s'attendent à des revenus et conditions adéquates pour croître et se développer ; celles des citoyens qui souhaitent bénéficier d'un système public de santé et de services sociaux viable, qui répond à leurs besoins au moment opportun tout en étant équitable.

Pour le CSBE, l'analyse de la gouvernance en santé sert, d'une part, à repérer les situations problématiques qui entravent l'atteinte d'objectifs de performance et, d'autre part, à proposer les stratégies d'incitation, d'imputabilité, de gestion et de recherche qui soutiennent le renforcement et l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

---

16. <https://igopp.org/ligopp/la-gouvernance/>

La littérature consultée présente différents cadres d'analyse et d'évaluation de la gouvernance en santé. Le CSBE a regroupé les dimensions proposées dans ces modèles en quatre catégories de leviers, soit :

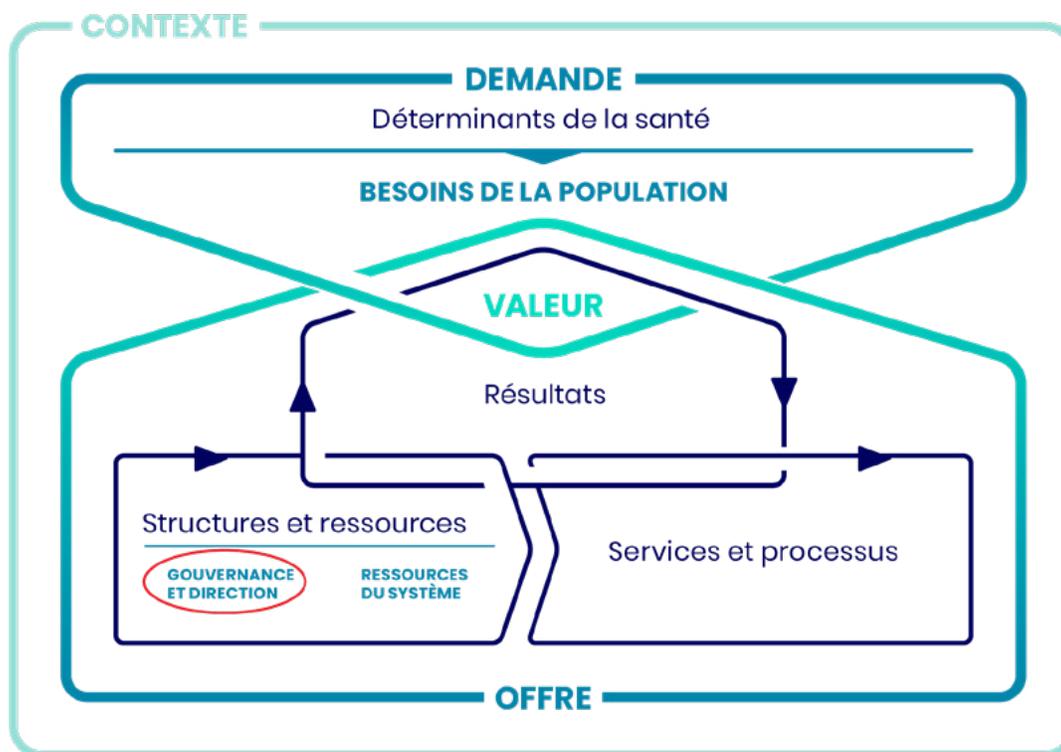
- la planification stratégique et son plan de mise en œuvre ;
- les mécanismes de contrôle ;
- les mécanismes d'incitation ;
- la mesure des résultats et la gestion des risques.

La figure 4 situe le dispositif de gouvernance dans le cadre d'analyse de la performance du système. Les flèches bleu foncé qui contournent les trois dimensions de l'offre illustrent la dynamique entre les fonctions de gouvernance et les ressources (quantité, éventail, expertise), les services et processus et les résultats. La gouvernance vient donc influencer ces liens en vue de maximiser la valeur.

Reconnaissant son importance stratégique, l'approche du CSBE pour l'évaluation de la gouvernance se fonde sur trois hypothèses principales :

- 1) L'exercice de la gouvernance doit adopter une perspective systémique.
- 2) Le mode de gouvernance conditionne directement les résultats du système.
- 3) Les écarts observés sont révélateurs des vulnérabilités de la gouvernance du système.

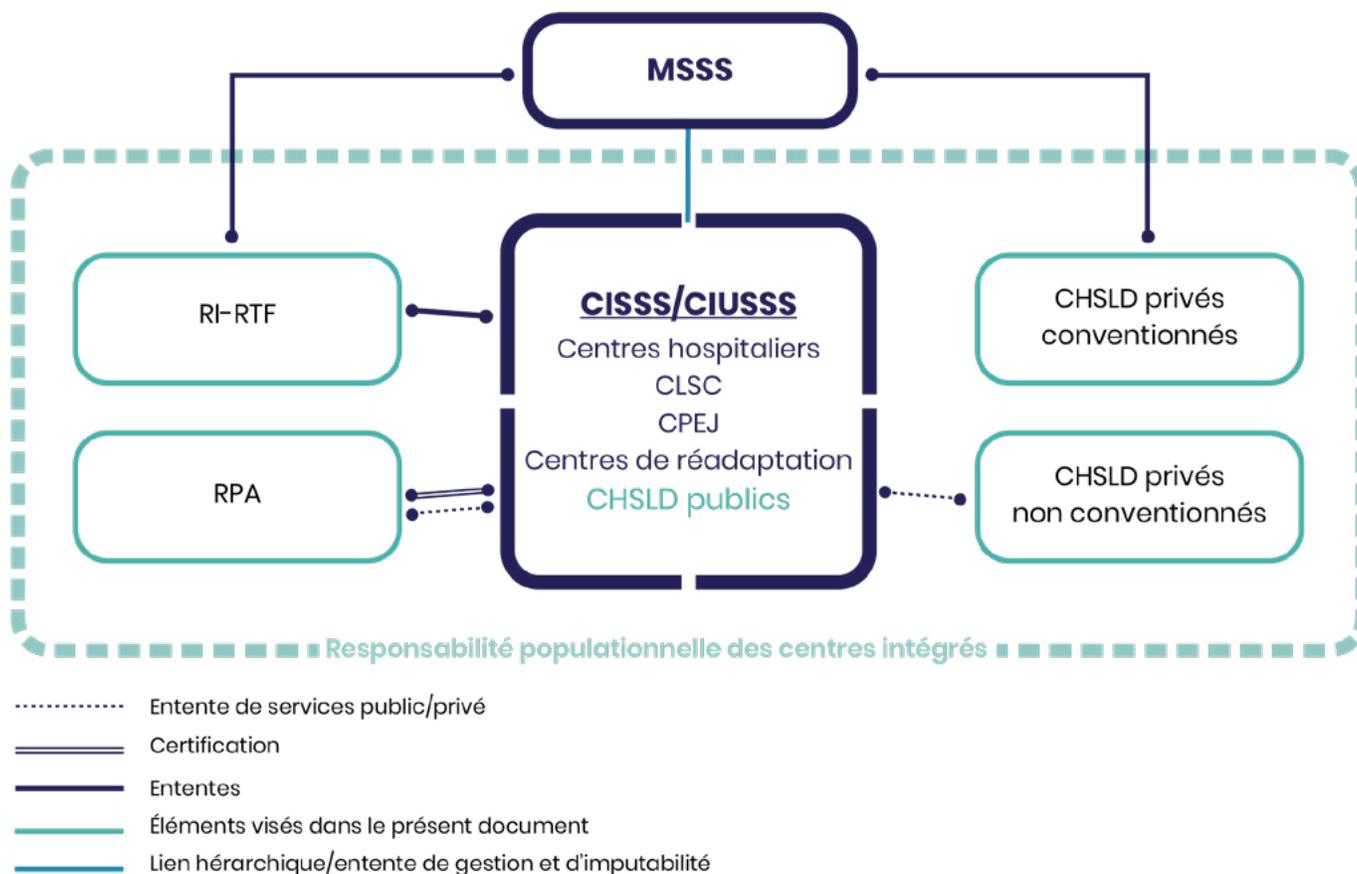
**Figure 4 : Cadre d'analyse de la performance du système de santé et des services sociaux du CSBE**



C'est sous cet angle et avec ces hypothèses en tête que le CSBE appréciera dans ce rapport la contribution de la gouvernance à la performance du système de santé et services sociaux dans le contexte de la crise vécue par les personnes âgées pendant la pandémie, particulièrement dans les milieux d'hébergement et les milieux de vie.

L'organisation générale du secteur de l'hébergement pour aînés est illustrée dans la figure présentée ci-après<sup>17</sup>. Il constitue le système qui fait l'objet de l'évaluation présenté dans les sections suivantes de ce rapport.

**Figure 5 : Organisation du secteur de l'hébergement pour aînés**



Plus spécifiquement, le CSBE examinera si et dans quelle mesure les orientations, les politiques et les stratégies déployées par le gouvernement et les institutions qui composent le système de santé et de services sociaux sont compatibles avec l'amélioration des résultats de santé et bien-être des personnes âgées, particulièrement celles vivant en milieu d'hébergement, dans le contexte de la première vague de la pandémie.<sup>18</sup>

17. Un bref portrait descriptif des milieux de vie est présenté à l'annexe A

18. Nos références à la pandémie dans ce texte font référence à la première vague de la pandémie, soit du 25 février au 11 juillet 2020.

La démarche évaluative s'est appuyée sur un devis de type méthodes mixtes. Elle a d'abord permis de documenter la perspective de citoyens et d'intervenants à différents niveaux du système afin de générer une lecture systémique de l'expérience vécue au cours de la première vague. Elle a ensuite mobilisé les données chiffrées disponibles pour analyser la demande et l'offre de services, d'une part, ainsi que les principaux résultats mesurables, notamment en ce qui concerne la propagation de l'infection, la mortalité associée ainsi que les facteurs de risque et de protection. Une recension des écrits a également permis d'examiner l'expérience d'autres territoires qui peuvent se comparer au Québec, notamment les autres provinces canadiennes et certains pays de l'OCDE. Une attention particulière a enfin été portée aux études d'impact de la pandémie ainsi qu'aux pratiques novatrices pertinentes aux soins et services aux aînés.

L'analyse et l'intégration des données ont été effectuées par la Commissaire et le Comité de pilotage, constitué pour la réalisation du mandat spécial, avec l'appui des Commissaires adjoints et des équipes professionnelles du CSBE. Le rapport préliminaire a fait l'objet d'une révision externe auprès d'un panel consultatif dont les commentaires et suggestions ont été considérés pour la préparation de la version finale.

## SECTION 2 – DES FAITS PROBANTS

Le CSBE a voulu approfondir, à l'aide de données chiffrées, l'étude de cinq grandes questions à portée systémique afin d'éclairer les grands enjeux vécus lors de la première vague pandémique. Ces questions d'évaluation sont les suivantes :

### **Les effets de la première vague de la COVID-19 pour les aînés et le personnel du réseau**

1. Quelles ont été les répercussions de la première vague de COVID-19 sur les personnes hébergées dans les différents milieux de vie ?
2. Quel a été l'impact de la COVID-19 sur le personnel des CHSLD ?
3. Quels ont été les effets collatéraux de la première vague de COVID-19 sur l'offre de services à l'ensemble de la population de 65 ans et plus ?

### **État de la situation au moment de l'entrée dans la première vague de la pandémie**

4. L'offre de services correspondait-elle aux besoins des aînés au moment de l'entrée en pandémie ?
5. Est-ce que les organisations et le personnel avaient la capacité de réagir adéquatement à la première vague pandémique ?

En réponse à ces questions, le CSBE pose 18 constats qui sont appuyés sur les meilleures données et indicateurs disponibles à ce jour ainsi que sur les travaux de recherche mandatés par le CSBE. Ces constats viennent, dans certains cas, confirmer des faits connus ; toutefois, de nouvelles analyses apportent un éclairage inédit qui permet d'enrichir notre compréhension de la réponse à la pandémie et de son impact.

Un ensemble plus complet de résultats fera l'objet de documents d'accompagnement accessibles au public sur le site web du CSBE sous forme de recueils de données, de fiches explicatives des différents indicateurs ou mesures rapportés et de rapports de recherche.

## **2.1 Les effets de la première vague de COVID-19 sur les aînés et le personnel du réseau**

### **2.1.1 Quelles ont été les répercussions de la première vague de COVID-19 sur la santé de la population hébergée dans les différents milieux de vie ?**

Pour répondre à cette première question, les analyses du CSBE portent plus particulièrement sur les données concernant les aînés hébergés dans les différents milieux de vie. Un état de situation sur la propagation de ce virus et sur la surmortalité dans ces milieux de vie est d'abord effectué. Par la suite, les facteurs associés à l'incidence des cas de COVID-19 et aux décès observés dans les CHSLD sont présentés. Enfin, d'autres résultats décrivent la situation en RPA et en RI-RTIF. Soulignons ici que plusieurs données présentées dans cette section proviennent de travaux de chercheurs mandatés par le CSBE (Nguyen, Goulden et Zhang, 2021).

## Les CHSLD de Montréal et de Laval sont les milieux de vie les plus touchés

Au Québec, des milliers de résidents en CHSLD ont vu une propagation importante de la COVID-19 dans leur milieu de vie lors de la première vague, définie ici comme la période s'étalant du 25 février au 11 juillet 2020. Sur les 5 718 décès qui sont survenus au Québec pendant cette période, 3 675 décès ont été constatés en CHSLD. Notons que les résidents en CHSLD représentent 0,49 % de la population québécoise, mais comptent pour 64,3 % des décès enregistrés lors de la première vague<sup>19</sup>. Au cours de la même période, le nombre de décès a été de 944 en résidence privée pour aînés (RPA) et de 217 dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) pendant la même période.

Le taux de létalité, c'est-à-dire le nombre des décès par rapport au total des cas enregistrés en CHSLD, se chiffrait à 40 %, un taux plus élevé que celui observé en RPA (25 %), en RI-RTF (23 %), dans les unités de soins de longue durée hospitalières et les centres de réadaptation (21 %) ou pour la population générale (2,2 %).

La première vague est avant tout le reflet de la situation métropolitaine en CHSLD. Avec 58 % des cas confirmés et 72 % des décès, la première vague de COVID-19 s'est concentrée principalement dans les réseaux territoriaux de services (RTS) des régions sociosanitaires de la zone rouge (Montréal et Laval)<sup>20</sup>. Ces derniers, même s'ils ne couvrent que 0,04 % du territoire québécois, sont les plus densément peuplés. Comme nous le verrons plus tard, ce facteur a été étroitement associé à un risque accru de transmission communautaire.

Ce sont dans ces mêmes territoires que s'est concentrée la majorité des cas et des décès survenus dans les établissements du réseau, notamment en CHSLD. En effet, selon les analyses de Nguyen et al. (2021) le taux d'incidence de cas dans les CHSLD de la zone rouge est de 441,2 par 1 000 personnes, alors qu'il est de 13,6 à 108,5 par 1 000 personnes pour les CHSLD des autres zones (Tableau 1). En ce qui a trait au taux d'incidence de décès associés à la COVID-19 dans les CHSLD, il est de 181,4 par 1 000 personnes dans la zone rouge et de 4,3 à 42,1 dans les autres zones du Québec. Par conséquent, lorsqu'il est pertinent qu'elles le soient, plusieurs informations sont présentées en comparant la zone rouge avec les autres zones du Québec.

---

19. Il s'agit d'un estimé du même ordre de grandeur que celui documenté en Ontario par la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de longue durée, qui a statué que les personnes en soins longue durée comptent pour 61 % des décès lors de la première vague, alors qu'elles ne représentent que 0,5 % de la population.

20. Dans le présent document, sont considérés en « zone rouge » les RTS qui ont connu des taux de décès supérieurs à 100 par 100 000 habitants au cours de la première vague de COVID-19 (soit du 25 février au 11 juillet 2020). Il s'agit des cinq RTS de l'Île-de-Montréal et du RTS de Laval.

**Tableau 1 : Incidence de cas et de décès en milieu de vie par zone d'exposition à la COVID-19**

Milieux de vie	Taux d'incidence de cas par régions (par 1 000 résidents)				Taux d'incidence de décès par régions (par 1 000 résidents)			
	Autres zones			TOTAL Québec	Autres zones			TOTAL Québec
Verte <sup>a</sup>	Orange <sup>b</sup>	Rouge <sup>c</sup>	Verte <sup>a</sup>		Orange <sup>b</sup>	Rouge <sup>c</sup>		
<b>CHSLD</b>	13,6	108,5	441,2	210,2	4,3	42,1	181,4	85,1
<b>RPA</b>	4,9	24,5	61,0	28,5	0,8	6,0	15,7	7,1
<b>RI-RTF</b>	11,9	45,0	182,9	69,4	3,0	10,1	52,2	18,3
<b>Autres</b>	1,2	4,2	9,4	4,7	0,01	0,08	0,23	0,1

a. RTS non présents dans les autres catégories

b. RTS de la Capitale-Nationale, de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie et de la Mauricie-Centre-du-Québec

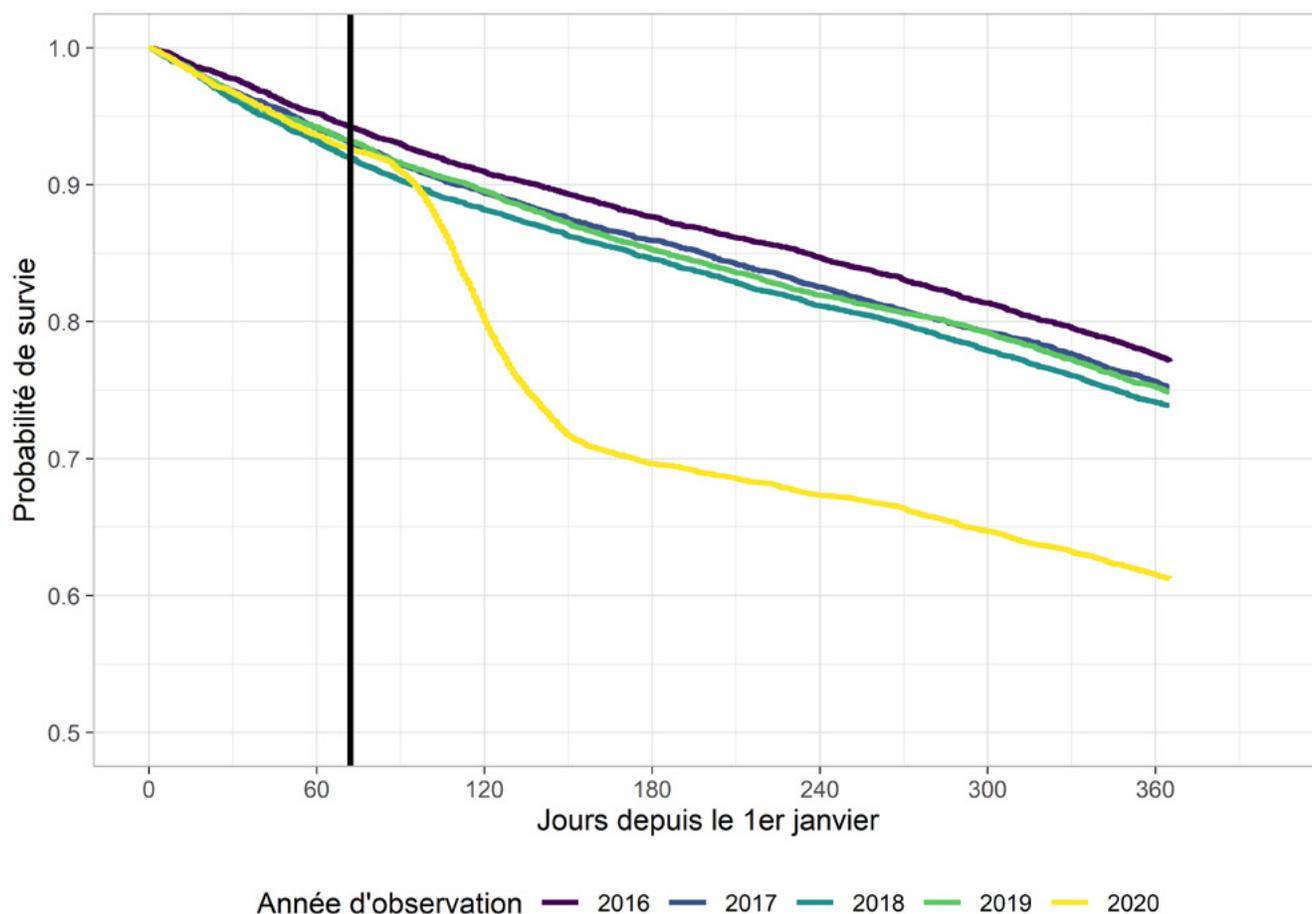
c. RTS de Laval et les cinq RTS de Montréal

Source : Nguyen et al. (2021)

De 2016 à 2019 dans les régions en zone rouge, environ 75 % (IC 95 % : 75,1-75,8) des résidents vivants au début de l'année sont encore vivants un an plus tard. La figure 6 présente la survie annuelle des résidents de CHSLD en zone rouge. Elle illustre que la pandémie a eu un impact sur la survie en 2020, alors que 62 % (IC 95 % : 61,0-62,6) des résidents ont survécu.

En 2020, la pandémie a ainsi réduit d'environ 13,6 points de pourcentage le nombre de résidents encore vivants après un an.

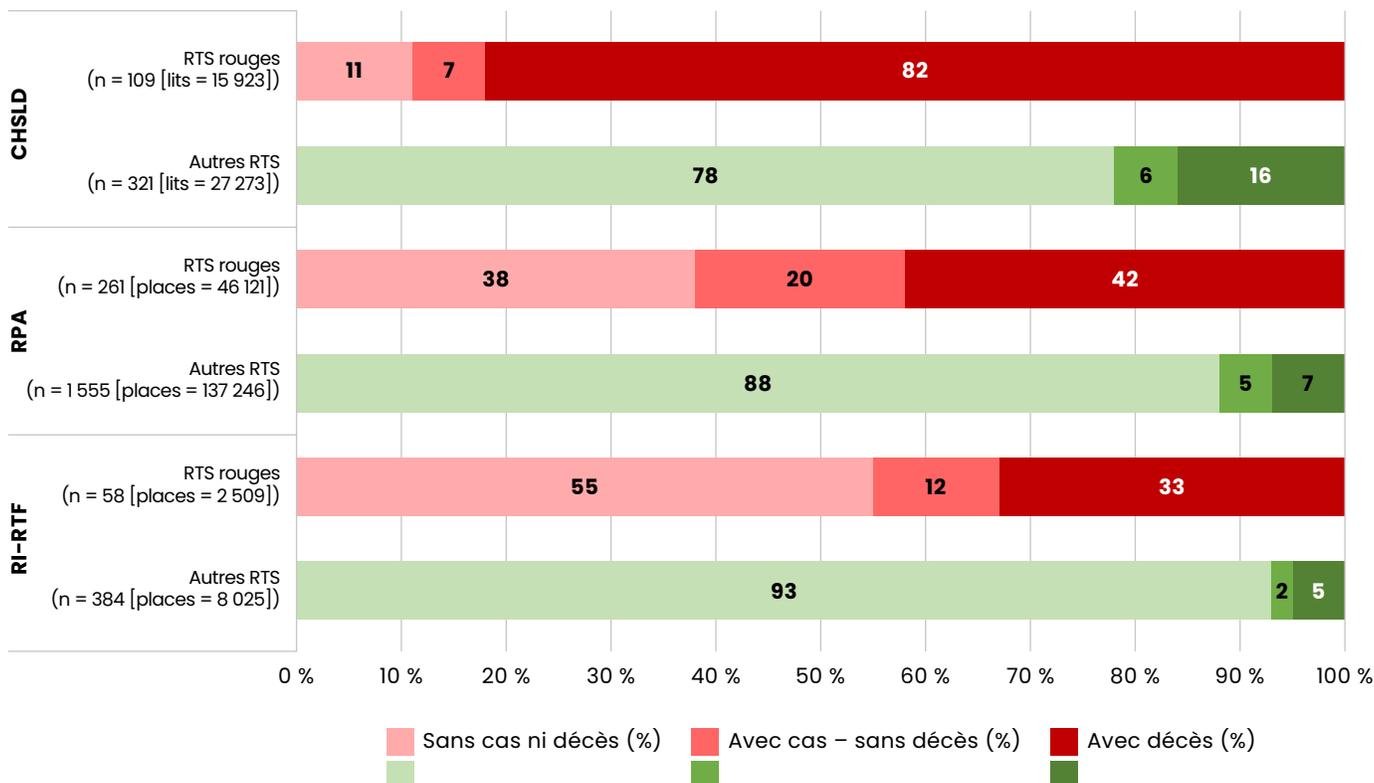
**Figure 6 : Survie annuelle des résidents en CHSLD de 2016 à 2020 en zone rouge**



Notes : La ligne verticale indique la date du premier décès lié à la COVID-19 en CHSLD, le 13 mars 2020.

La COVID-19 a frappé de plein fouet les CHSLD de la zone rouge, en touchant 89 % des installations du territoire (figure 7). Seulement 11 % des CHSLD en zone rouge n'ont pas eu de cas alors que 38 % des RPA et 55 % des RI-RTF ont évité la contamination. Toujours en zone rouge, le pourcentage des CHSLD qui ont eu des décès est de 82 % comparativement à 42 % et 33 % pour les RPA et les RI-RTF. Notons ici que les clientèles de ces différents milieux de vie présentent des caractéristiques différentes en termes d'âge et d'état de santé.

**Figure 7 : Répartition des installations selon la présence de cas confirmés et de décès associés à la COVID-19 dans les milieux de soins destinés aux personnes âgées au cours de la première vague (du 25 février 2020 au 11 juillet 2020), selon la catégorie de RTS**



Sources : Compilation spéciale de l'INSPQ (Indicateurs\_requis\_INSPQ\_COVID-19\_2021-05-20.xlsx); Extraction des données du MSSS-DGAIPE (2021); Répartition des capacités et des services autorisés au permis par installation, produite à partir de la base de données M02 Loi-10 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); Données en date du 1<sup>er</sup> avril 2020 extraites de capacités\_et\_services\_par\_installation\_20210601.xlsx; Registre des RPA, données au 31 mars 2020 (ou au 31 mars 2019 si manquantes), Registre RI-RTF, données au 31 mars 2019.

## Une surmortalité bien réelle en CHSLD

La surmortalité enregistrée au Québec, soit la comparaison des décès observés pendant la première vague de COVID-19 à une valeur extrapolée à partir des décès de la même période dans les années précédentes, a été analysée dans les travaux de Nguyen et al. (2021). Leur étude estime à 4 011 décès l'excès de mortalité survenu au Québec, et à 2 361 les décès en excès en CHSLD. Notons que l'excès relatif de mortalité est de 15 % pour la population générale du Québec et de 34 % pour celle hébergée en CHSLD. Selon l'analyse par régions pour la période du 18 mars au 28 avril 2020, cette surmortalité est disproportionnée dans les régions de Montréal et de Laval. Ces estimations tiennent compte statistiquement de l'amélioration attendue de l'espérance de vie (2015 à 2020), de l'accroissement de la population et des autres causes de mortalité/décès attendues en l'absence de COVID. Il faut noter que si ce n'avait été du contexte de confinement sévère, ces chiffres auraient été autrement plus importants.

Ces analyses confirment que l'excès de mortalité pendant la première vague se situe à un niveau supérieur au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes. Il s'avère que le Québec a mieux comptabilisé ses décès que les autres provinces et États, mais l'excès de mortalité y demeure néanmoins plus élevé, même s'il est cependant très clair que les décès attribués à la COVID-19 ailleurs au Canada et dans d'autres pays sont difficilement comparables et sont vraisemblablement sous-estimés.

## Une stratégie qui a priorisé les hôpitaux

Les CHSLD ont été considérés au départ comme des milieux permettant de libérer des lits hospitaliers en prévision d'un besoin potentiel d'hospitalisations pour la COVID-19 qui ne s'est heureusement pas concrétisé lors de la première vague (INESSS, 2020b).

En conséquence, une augmentation de 18 % des transferts des hôpitaux vers les CHSLD a été observée entre le 11 mars et le 7 avril (2 106 transferts en 2020 comparativement à une moyenne de 1 786 transferts entre 2017 et 2019 pour les mêmes périodes) (Nguyen et al. 2021). Mentionnons que le nombre de transferts des hôpitaux vers les CHSLD n'est pas associé de manière robuste à la mortalité attribuable à la COVID-19 en CHSLD durant la première vague, bien qu'environ 3 % des patients transférés durant cette période ont développé une infection moins de 14 jours après l'admission. Par la suite, durant le mois d'avril, les transferts vers les CHSLD ont fortement diminué.

En début de première vague, les milieux de vie pour aînés ont également reçu pour consigne de réduire au strict nécessaire les transferts vers les centres hospitaliers et de favoriser les soins aux personnes âgées sur place<sup>21</sup>. Au total, 629 résidents des CHSLD ont été admis à l'hôpital, représentant 7 % des résidents de CHSLD infectés.

La stratégie québécoise s'est avérée différente de celle d'autres États, comme en témoigne le tableau 2. Cette analyse démontre que le nombre d'hospitalisations au Québec a été nettement plus faible en proportion du nombre de décès que dans d'autres États (1,3 hospitalisation pour chaque décès au Québec et de 2,9 à 4,4 dans les autres États) (Tableau 2).

**Tableau 2 : Décès et hospitalisations pour la COVID-19 durant les huit semaines suivant le premier décès au Québec et dans des États comparables**

États	Décès COVID-19 cumulatifs (par million)	Hospitalisations COVID-19 cumulatives (par million)	Ratio hospitalisations/décès
<b>Québec</b>	443	583	1,3
<b>Allemagne</b>	82	237	2,9
<b>Belgique</b>	689	1 485	2,2
<b>Danemark</b>	90	374	4,2
<b>Espagne</b>	503	2 221	4,4
<b>France</b>	195	681	3,5
<b>Italie</b>	367	1 205	3,3
<b>Portugal</b>	113	323	2,9

Source : Nguyen et al. (2021)

21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Guide pour l'adaptation de l'offre de service en centre d'hébergement et de soins de longue durée en situation de pandémie COVID-19 – Version du 12 mars 2020*. [https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/2020.03.12\\_-guide\\_pandemiechslid\\_msss.pdf](https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/2020.03.12_-guide_pandemiechslid_msss.pdf)

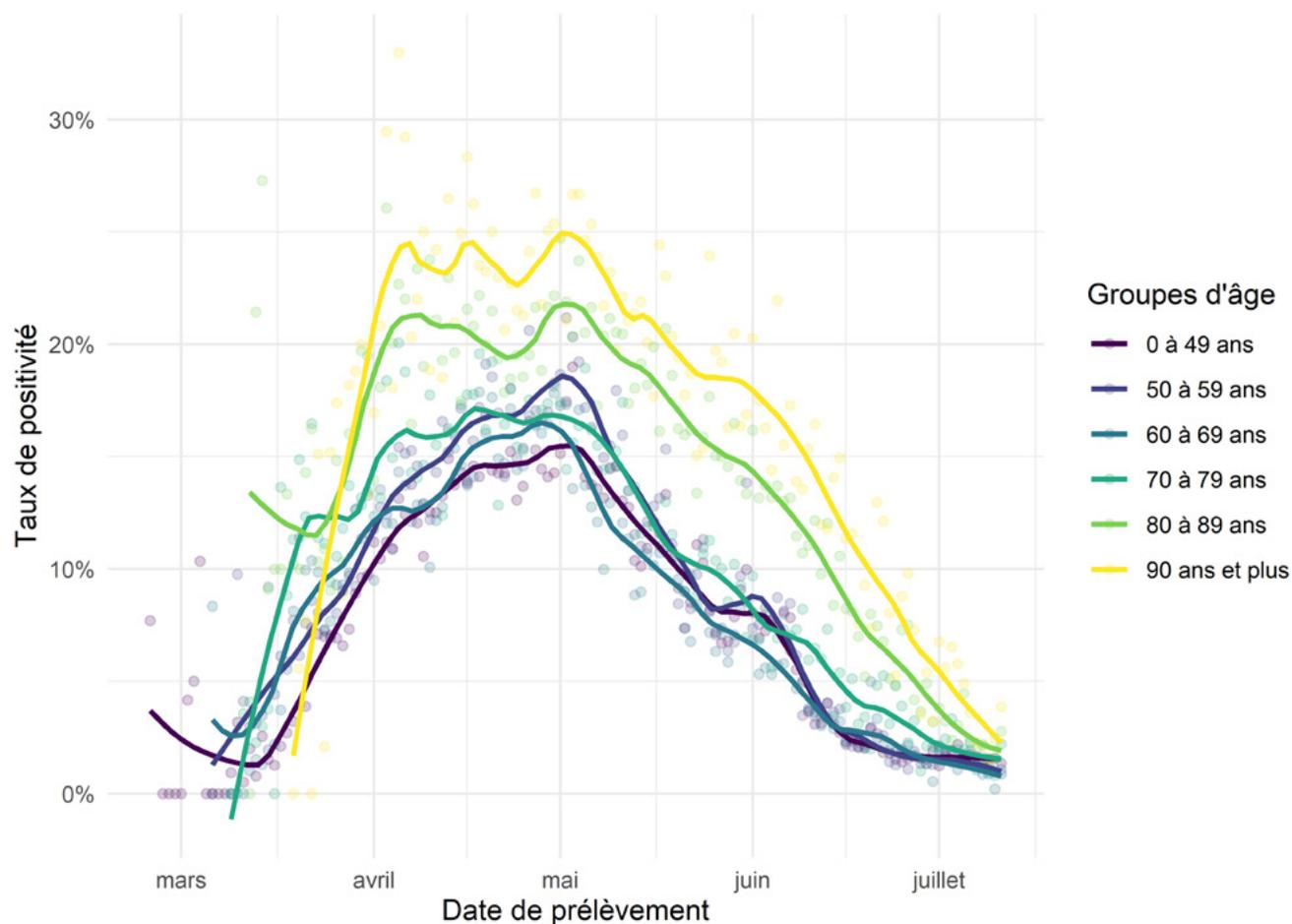
## **La propagation rapide en longue durée a échappé au système de surveillance**

Certains indicateurs montraient un signal clair et précoce de la propagation rapide de l'épidémie en CHSLD au Québec. La considération de ces signaux aurait permis de reconsidérer rapidement la planification pandémique initiale priorisant les hôpitaux. Selon les analyses de Nguyen et al. (2021), le haut taux de positivité des tests PCR chez les personnes âgées de 80 ans et plus, et encore plus chez les 90 ans et plus, était un signal précoce et fiable qui aurait dû permettre un diagnostic en temps opportun de la situation préoccupante en CHSLD, et ce, dès la semaine du 22 mars (figure 8). Cela survient bien avant la prise de conscience précipitée par les événements tragiques en CHSLD relatés dans les médias, à partir du 11 avril. Le pic du taux de positivité (36 %) en CHSLD a été observé le 2 avril. Ce jour-là, plus d'un résident testé sur trois a obtenu un résultat positif.

Ces résultats suggèrent qu'une surveillance effective en temps réel et portée sur les données spécifiques à la population âgée aurait permis d'identifier plus précocement la situation en CHSLD, d'adapter la stratégie de tests et, plus largement, la stratégie pandémique. Il est donc raisonnable de croire que ce délai d'identification, de correction et d'adaptation a eu des répercussions sur la mortalité et la morbidité des résidents lors de la première vague en CHSLD.

L'adoption d'une « lentille aînés » aurait permis de considérer, en temps opportun, les enjeux propres à leur situation. Comme nous l'avons indiqué dans la première partie de notre rapport final portant sur la réponse gouvernementale à la pandémie, une telle approche aurait été appropriée pour l'ensemble des directions du MSSS, notamment la Direction nationale de santé publique, et non pas uniquement la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA).

**Figure 8 : Taux de positivité selon la date et le groupe d'âge au Québec pendant la première vague**



Source : Nguyen et al. (2021)

### Une amélioration importante en deuxième vague

La situation en CHSLD s'est grandement améliorée entre la première et la deuxième vague, comme en témoignent certains indicateurs. En effet, lors de la première vague, le taux de positivité des tests réalisés auprès des résidents en CHSLD était nettement plus élevé que celui des tests réalisés hors CHSLD ; il y est devenu comparable à partir de la mi-juillet et est même resté plus faible par la suite. Également, malgré une transmission communautaire deux fois plus importante durant la seconde vague, les décès en CHSLD sont demeurés 5 fois moins importants que lors de la première vague (tableau 3).

Ainsi, à l'échelle du Québec, un excès de mortalité n'est pas observable en CHSLD du 12 août au 29 décembre. Toutefois, à l'échelle régionale, on constate que les régions atteintes lors de la première vague ont eu une plus faible mortalité à la deuxième vague alors que les régions épargnées à la première vague ont été davantage atteintes.

Au-delà d'une possible immunité naturelle et des décès potentiels des plus vulnérables en première vague, cette amélioration de la situation en CHSLD peut s'expliquer par l'augmentation de la PCI, du lavage des mains et du port des équipements de protection individuelle qui a été notée à partir des données ministérielles, plus particulièrement en zone rouge. Ces observations témoignent du fait que les CHSLD, notamment ceux les plus touchés lors de la première vague, ont appris des défis rencontrés durant cette période et qu'ils se sont améliorés, permettant ainsi de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité dans les installations de longue durée. Cependant, on constate également que les CHSLD des régions épargnées en première vague ont eu plus de difficulté à s'ajuster et à prévenir les décès à l'arrivée de la deuxième vague.

**Tableau 3 : Comparaison des décès selon les milieux de vie sur une période de 30 jours équivalente, au début des première et deuxième vagues respectivement**

	1 <sup>er</sup> avril au 30 avril Première vague	1 <sup>er</sup> novembre au 30 novembre Deuxième vague
<b>Décès totaux</b>	<b>3 354</b>	<b>952</b>
CHSLD	2 246	406
RPA	550	268
RI-RTF	117	30
Autres	441	248

Source : Nguyen et al. (2021)

### **Certains facteurs de risque et de protection sont prédictifs des résultats observés**

Les analyses des chercheurs (Nguyen et al. 2021) ainsi que le mémoire de Zhang (2021) ont permis d'étudier les facteurs de risque et de protection associés au nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 dans les milieux d'hébergement.

Dans les travaux de Nguyen et al. (2021), l'un des objectifs était d'identifier des facteurs de risque de décès associés à la COVID-19 dans les milieux de vie. Ces analyses sont effectuées sur 426 CHSLD, 362 RI, 80 RTF à vocation SAPA et 899 RPA.

Le mémoire de Zhang (2021) s'est intéressé aux facteurs associés aux taux d'infection et de mortalité dans les milieux d'hébergement. Son étude a porté sur l'évolution des éclosions et de la mortalité dans 17 CHSLD publics de Montréal, dont certains ont été fortement atteints, alors que d'autres ont été épargnés pendant la première vague. Cette étude a permis d'élucider les facteurs associés à l'incidence et à la létalité de la COVID-19. Des données institutionnelles ont été recueillies sur les 17 CHSLD du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, et des données individuelles ont été obtenues grâce à une révision manuelle des 1 197 dossiers de patients atteints de la COVID-19 lors de la première vague.

### *Nombre de cas ou taux d'infection associés à la COVID-19 pendant la première vague*

Dans le mémoire de Zhang (2021), les résultats confirment d'abord l'association positive entre le taux d'infection en CHSLD et le taux d'infection qui prévaut dans la communauté. L'influence de certains facteurs organisationnels est aussi statistiquement significative. Ainsi, il en ressort que le fait d'avoir plus de 25 % de postes d'infirmières auxiliaires vacants par rapport à moins de 15 % multiplie le risque de propagation par 3,2, une mauvaise performance aux audits du MSSS sur la PCI multiplie quant à elle le risque par 3, et un score moyen ISO-SMAF élevé multiplie le risque de propagation de la COVID-19 dans un CHSLD par 2,1. La présence d'une zone chaude dans l'installation lui confère par ailleurs un caractère protecteur en diminuant de près de 50 % le risque d'avoir une éclosion importante.

### *Risque de décès associé à la COVID-19 pendant la première vague*

Les résultats de l'étude de Nguyen et al. (2021) indiquent que la densité de la population, le niveau de transmission communautaire initial ainsi que le nombre total de lits du CHSLD ou de la RPA sont associés de façon robuste au premier décès. La transmission communautaire initiale est quant à elle associée à la progression des décès après le premier cas pour les CHSLD.

Bien que les associations entre ces facteurs et le premier décès aillent dans le même sens entre ces deux types d'installation, la force de cette association est différente. L'association avec le premier décès et l'augmentation de la densité de 1 000 personnes/km<sup>2</sup> est plus forte en RPA (rapport de cotes – RC = 3,6) qu'en CHSLD (RC = 2,0), ce qui peut témoigner du plus grand nombre de contacts en RPA avec la communauté environnante. La plus forte association avec le premier décès et la transmission communautaire (une hospitalisation par 100 000 habitants) en RPA (RC = 2,0) qu'en CHSLD (RC = 1,2) suggère aussi cette hypothèse. L'association avec le premier décès et une augmentation de 100 lits par installation est plus faible en RPA (RC = 1,9) qu'en CHSLD (RC = 9,0), ce qui pourrait être expliqué par le rôle plus important des facteurs institutionnels et du personnel de la santé dans la transmission en CHSLD qu'en RPA (p. ex., plus de travailleurs de la santé par lits en CHSLD qu'en RPA).

En ce qui a trait aux facteurs explicatifs propres à chaque RPA pour l'ensemble du Québec, il est notamment observé que la présence de lits de type RI ou CHSLD double le risque de décès à la suite du premier décès. Il en est de même lorsque la moyenne d'âge est de 85 ans et plus comparativement aux installations avec une moyenne d'âge de 75 à 84 ans.

Pour ce qui est des CHSLD, lorsque des ajustements pour différents facteurs de risque ou de protection sont effectués, le statut privé non conventionné est associé au premier décès pour l'ensemble du Québec alors qu'il est associé au nombre total de décès pour les régions rouges et oranges. En effet, les CHSLD privés non conventionnés ont été plus souvent et plus intensément touchés par la COVID-19 que les CHSLD publics.

Quant aux 17 CHSLD étudiés par Dre Zhang, un excès de mortalité du double comparativement à la moyenne des 4 dernières années (2016 à 2019) est observé lors de la première vague. Par ailleurs, la mortalité due à la COVID-19 (tableau 4) est associée à des facteurs cliniques et organisationnels prédisposants. La prévalence de ces facteurs varie entre les CHSLD et certains sont modifiables. Plus spécifiquement, l'âge, le genre masculin, une perte d'autonomie importante, les niveaux d'intervention C et D (versus A)<sup>22</sup>, des diagnostics d'insuffisance cardiaque et de troubles cognitifs sont associés positivement à la mortalité associée à la COVID-19. La prestation d'une thrombo-prophylaxie et le fait d'avoir été infecté après le 20 avril (milieux mieux

22. Selon Zhang (2021, pp47-48), les niveaux d'intervention se définissent comme suit :

- A : prolonger la vie par tous les soins nécessaires ;
- B : prolonger la vie par des soins limites ;
- C : assurer le confort prioritairement à prolonger la vie ;
- D : assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

organisés pour faire face à la pandémie) sont associés négativement à la mortalité. En revanche, le fait d'avoir 25 % et plus de postes vacants d'infirmières auxiliaires et un nombre élevé de lits (taille du CHSLD) est associé positivement à la mortalité. À titre d'illustration, la probabilité de décès<sup>23</sup> d'un individu hébergé en CHSLD avec 25 % et plus de postes vacants d'infirmières auxiliaires était 2,07 fois plus élevée que celle d'une personne vivant dans un CHSLD avec moins de 15 % de postes vacants. À l'inverse, le risque de décès d'un individu ayant été infecté tardivement (20 avril au 9 juin 2020) correspond à la moitié (47 %) de celle d'une personne infectée avant le 20 avril, indiquant un certain effet d'apprentissage dans les différents milieux.

**Tableau 4 : Facteurs associés à la mortalité due à la COVID-19 dans 17 CHSLD de Montréal, lors de la première vague (résultats du modèle de régression logistique à effets mixtes)**

	Facteurs à l'étude	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %
<b>Effets fixes (937 observations)</b>	<b>Âge (par tranche de 10 ans)</b>	1.56	1.34 à 1.83
	<b>Sexe</b>		
	<b>Femme</b>	Référence	
	<b>Homme</b>	2.22*	1.60 à 3.07
	<b>Iso-SMAF</b>	1.12*	1.04 à 1.19
	<b>Niveau d'intervention médicale</b>		
	<b>NIM A</b>	Référence	
	<b>NIM B</b>	1.85	0.86 à 3.97
	<b>NIM C</b>	3.04*	1.44 à 6.42
	<b>NIM D</b>	3.38*	1.42 à 8.08
	<b>Date de l'infection à la COVID-19</b>		
	<b>24 mars au 19 avril 2020</b>	Référence	
	<b>20 avril au 9 juin 2020</b>	0.47*	0.34 à 0.66
	<b>Insuffisance cardiaque</b>	2.19*	1.36 à 3.53
	<b>Trouble neurocognitif</b>	1.50*	1.02 à 2.21
	<b>Thromboprophylaxie</b>	0.47*	0.32 à 0.68
	<b>Postes vacants des infirmières auxiliaires</b>		
	<b>&lt;15 %</b>	Référence	
	<b>15-25 %</b>	1.05	0.64 à 1.70
	<b>25 % et plus</b>	2.07*	1.20 à 3.55
<b>Lits (tranche de 100)</b>	1.70*	1.11 à 2.62	
<b>Effets aléatoires</b>	<b>Groupe : CHSLD</b>	Nb de groupe : 14	Paramètre interception
		Écart-type : 0.19	CIC : 0.01

\* Facteur qui a un effet statistiquement significatif sur le taux de mortalité à la COVID-19

CIC : Corrélation infraclasse

Source : Zhang (2021)

23. Le ratio entre le nombre de décès et le nombre de survivants.

Les résultats originaux de ces travaux de recherche sont corroborés par une étude publiée récemment (Giri, Chenn et Romero-Ortuno, 2021). Il s'agit d'une recension des écrits sur les facteurs dans les centres de soins de longue durée qui ont un impact sur la propagation de la COVID-19 et sur la mortalité. De plus, une revue des mesures employées pour empêcher ces conséquences a été effectuée. Notons que 76 articles de différents pays ont été retenus dans cette recension. Les principaux facteurs identifiés dans cette étude sont résumés dans le tableau 5 ci-après.

**Tableau 5 : Résumé des constats observés sur les facteurs associés à la propagation et les décès liés à la COVID-19 dans la littérature**

Facteurs associés au risque de propagation	Facteurs associés à la mortalité
La démence chez les personnes hébergées, car elles n'appliqueront pas les règles de distanciation sociale et n'utiliseront pas adéquatement les équipements de protection individuelle.	La présence chez la plupart des résidents décédés de plusieurs comorbidités, dont les maladies cardiovasculaires et respiratoires. La COVID-19 aggrave ces conditions, ce qui peut menacer la survie du patient.
L'influx important de personnel et de visiteurs, l'emplacement urbain avec une haute transmission communautaire et le partage d'un espace par plusieurs résidents.	
Un nombre important de lits dans le milieu d'hébergement, un taux d'occupation élevé et le statut à but lucratif.	
Le niveau de dotation réduit, le roulement élevé du personnel, l'assignation du personnel à plusieurs sites, le ratio infirmière/résidents sous le seuil recommandé, le manque de personnel associé à leur contamination.	
Le faible niveau de priorité pour les services de longue durée (p. ex., financement et dotation de personnel inadéquat) dans les politiques de santé a contribué à la faible préparation aux mesures d'urgence et au manque d'équipement de protection individuelle.	
Le caractère asymptomatique de la transmission.	

Source : Giri et al. 2021

En somme, à la question « Quelles ont été les répercussions de la première vague de COVID-19 sur les personnes hébergées dans les différents milieux de vie? », le CSBE conclut qu'elles ont été très importantes et qu'il aurait pu en être autrement. Les faits sont sans équivoque :

- Une première vague qui a lourdement touché les populations de Montréal et de Laval ;
- les décès associés à la COVID-19 sont disproportionnés chez les personnes hébergées en CHSLD. Ils représentent 64 % des décès au Québec, et ce, pour un groupe qui correspond à 0,49 % de la population ;
- Un taux de létalité très important en CHSLD. Il est plus élevé que celui observé en RPA et en RI-RTF ;
- Une attention insuffisante accordée aux taux de positivité chez les personnes âgées en début de crise qui a empêché de prescrire des interventions précoces qui auraient probablement réduit la propagation ;
- Un accent très important sur la préparation des hôpitaux et une négligence quant à la préparation des CHSLD ;
- Une surmortalité en longue durée très importante et plus élevée qu'ailleurs ;
- Les principaux facteurs associés à la mortalité dans les CHSLD du Québec sont similaires à ceux identifiés dans la littérature internationale pour les soins de longue durée à ce jour. Ainsi, au-delà des facteurs reliés aux fragilités individuelles des personnes retenons que les facteurs suivants sont associés à la mortalité dans les CHSLD lors de la première vague :
  - Un niveau élevé de transmission communautaire ;
  - Une taille de CHSLD plus importante (mesurée en nombre de lits) ;
  - Le caractère lucratif des établissements (privé non conventionné) (Nguyen et al. 2021) ;
  - Une proportion importante de postes d'infirmières auxiliaires vacants.

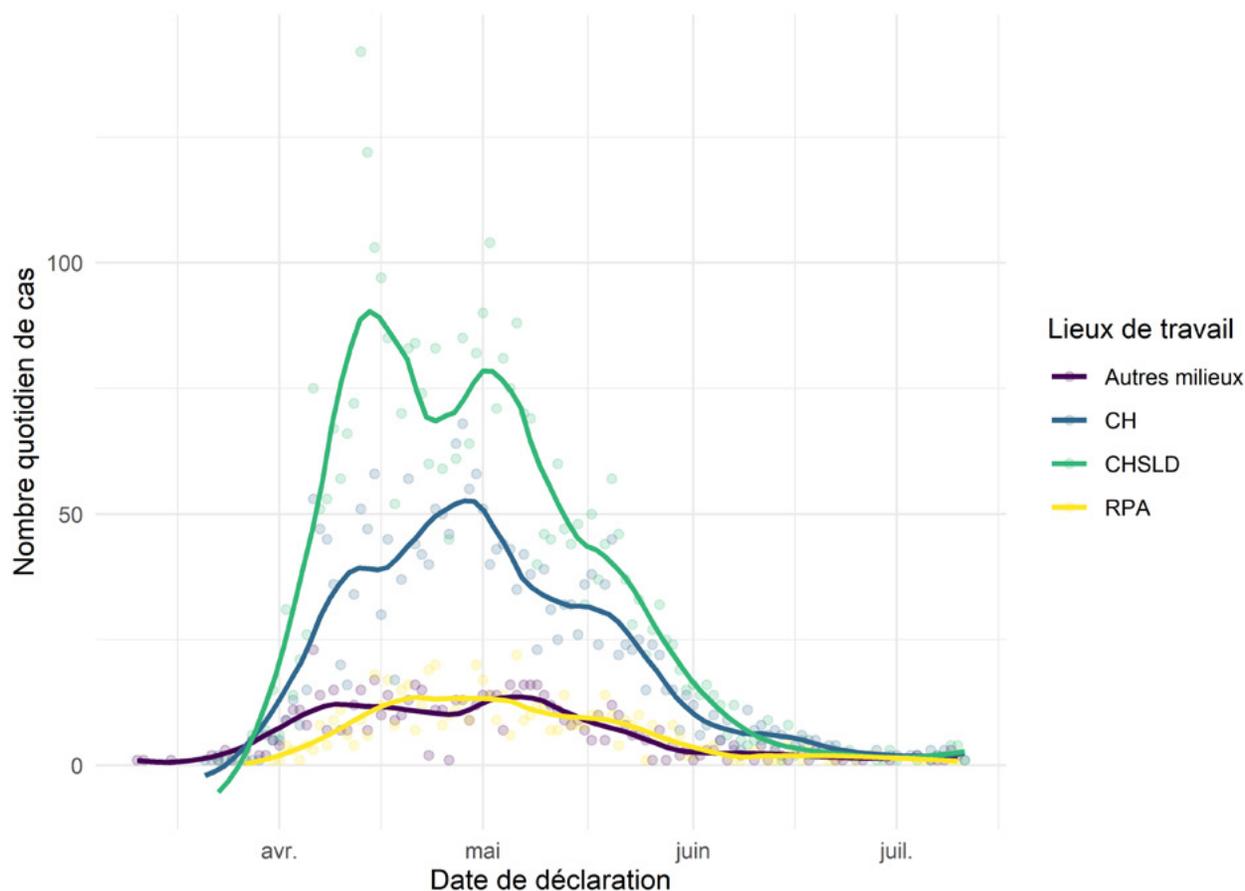
## 2.1.2 Quel a été l'impact de la COVID sur le personnel des CHSLD?

Différentes observations portent à croire que l'impact de la pandémie sur la santé et le bien-être des travailleurs pourrait constituer l'une de ses conséquences les plus préoccupantes.

### Des enjeux majeurs de santé et sécurité au travail

Rappelons d'entrée de jeu que 14 090 cas d'infection par le SRAS-CoV-2 ont été confirmés chez des travailleurs et travailleuses de la santé au cours de la première vague, ce qui représente 25,6 % de l'ensemble des cas confirmés dans la première vague. Parmi ces 14 090 travailleurs, 6 618 œuvraient en CHSLD, ce qui représente près de la moitié (47 %) du personnel du réseau contaminé. Le nombre de cas chez les travailleurs des CHSLD a été plus important que chez leurs collègues d'autres milieux à partir du début du mois d'avril jusqu'à la mi-juin (figure 9). Notons par ailleurs que l'INESSS évalue que les travailleurs de la santé représentent 4,8 % des personnes hospitalisées et 0,2 % de celles décédées entre le 1<sup>er</sup> mars et le 25 juillet 2020 (INESSS, 2020a).

**Figure 9 : Nombre quotidien de cas de COVID-19 chez les travailleurs de la santé selon les lieux d'emploi en régions rouges**



Source : Nguyen et al. (2021)

Rares sont les événements qui ont posé un tel risque pour la santé des intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux. Mais au-delà des risques directement associés au fait de contracter la COVID-19, le CSBE a souhaité aller plus loin dans l'étude de la question de la santé et de la sécurité des travailleurs. Un mandat a ainsi été confié à une équipe dirigée par le Professeur Carl-Ardy Dubois de l'Université de Montréal.

L'équipe dirigée par le Pr Dubois a mené pour le compte du CSBE une enquête inédite, du 8 juin au 19 juillet 2021, auprès de 2 365 personnes ayant travaillé principalement dans un CHSLD public entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 juin 2020 dans 9 CISSS/CIUSSS des régions de Montréal, de la périphérie de Montréal et de deux autres régions urbaines et semi-urbaines de la province. Parmi les travailleurs sondés, on compte les préposés aux bénéficiaires (PAB), les infirmières auxiliaires, les infirmières, les inhalothérapeutes, les médecins, les autres professionnels de la santé, les techniciens, le personnel administratif, les gens de métier et les cadres.

Nous présentons quelques constats préliminaires de cette étude dont les résultats complets seront publiés dans les prochains mois. L'étude identifie que plus de 80 % des travailleurs qui ont répondu rapportent une augmentation de la charge de travail et que près de 60 % disent avoir dû composer avec des exigences d'heures supplémentaires. Mais c'est 86,2 % des travailleurs qui déclarent avoir subi une augmentation de la pression psychologique au travail. Ce sentiment est présent de façon marquée chez tous les groupes de travailleurs sondés et plus particulièrement chez les cadres (97,1 %), médecins (94,4 %), infirmières et inhalothérapeutes (91,8 %), infirmières auxiliaires (87,9 %) autres professionnels de la santé et services sociaux (90,7 %) et PAB (84,5 %).

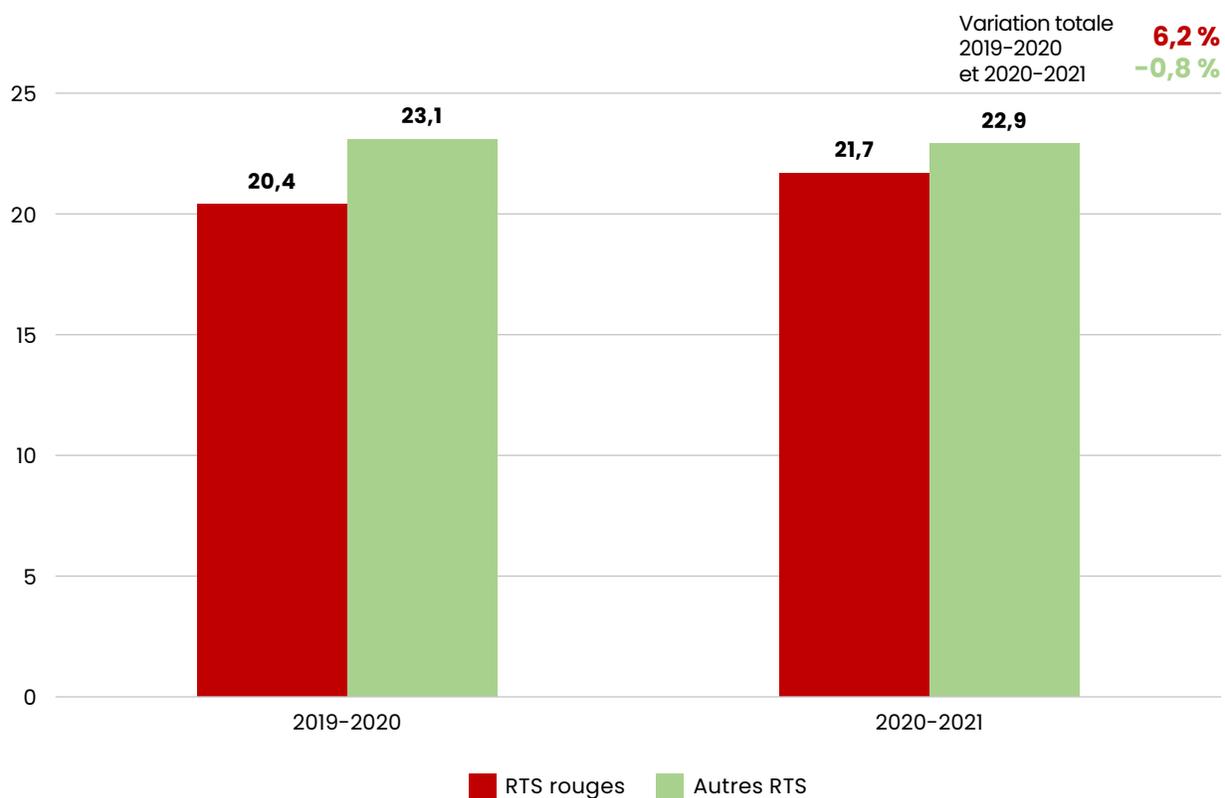
## Des vulnérabilités dans l'organisation du travail qui se sont accentuées

La première vague pandémique a occasionné une augmentation de l'absentéisme, un phénomène qui était déjà présent et important (figure 10)<sup>24</sup>. L'absentéisme à long terme des infirmières et des PAB en CHSLD s'est accru de 1,6 %, particulièrement dans les régions les plus touchées que sont Montréal et Laval. En effet, les absences long terme en zone rouge dans ces catégories d'emploi ont augmenté de 989 579 heures durant l'année de la pandémie, en passant de 4 427 692 heures en 2019-2020 à 5 417 271 heures en 2020-2021, une augmentation de 22 %.

Le recours à la main-d'œuvre indépendante en CHSLD s'est également accru, surtout en région à l'extérieur de la zone rouge (figure 11). Les heures supplémentaires ont, pour leur part, diminué, passant de 8,6 % à 7,1 % des heures totales travaillées en CHSLD, autant en zone rouge qu'ailleurs. Les données disponibles n'ont pas permis d'établir selon quelle proportion les heures supplémentaires étaient effectuées par le personnel à temps complet et à temps partiel.

Pour pallier le manque de main-d'œuvre, les infirmières et les PAB ont augmenté la prestation à temps complet en CHSLD de façon plus marquée en zone rouge (figure 12).

**Figure 10 : Taux d'absentéisme pour absence à long terme\* chez les infirmières et les PAB travaillant en CHSLD**

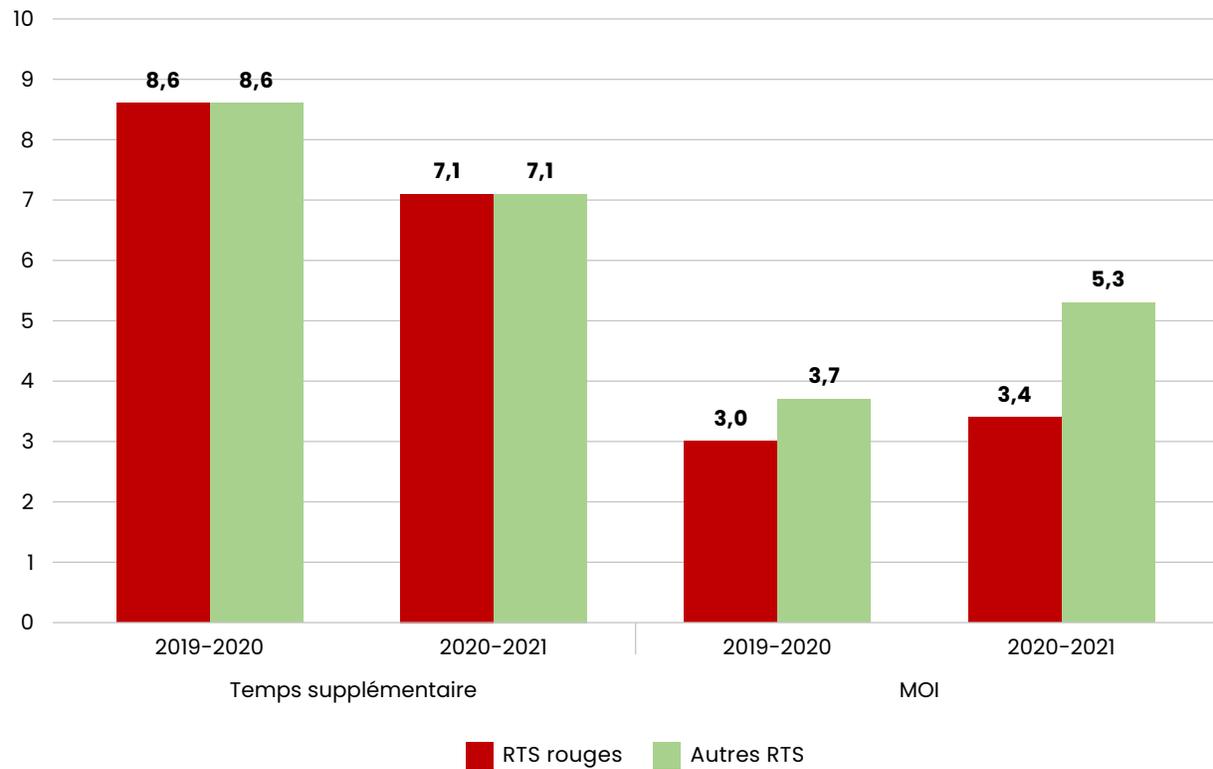


\* Les absences à long terme regroupent les congés parentaux, les congés sans solde, la CNESST, l'assurance salaire et les retraits préventifs

Source : Extraction des données du MSSS (2021), Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22)

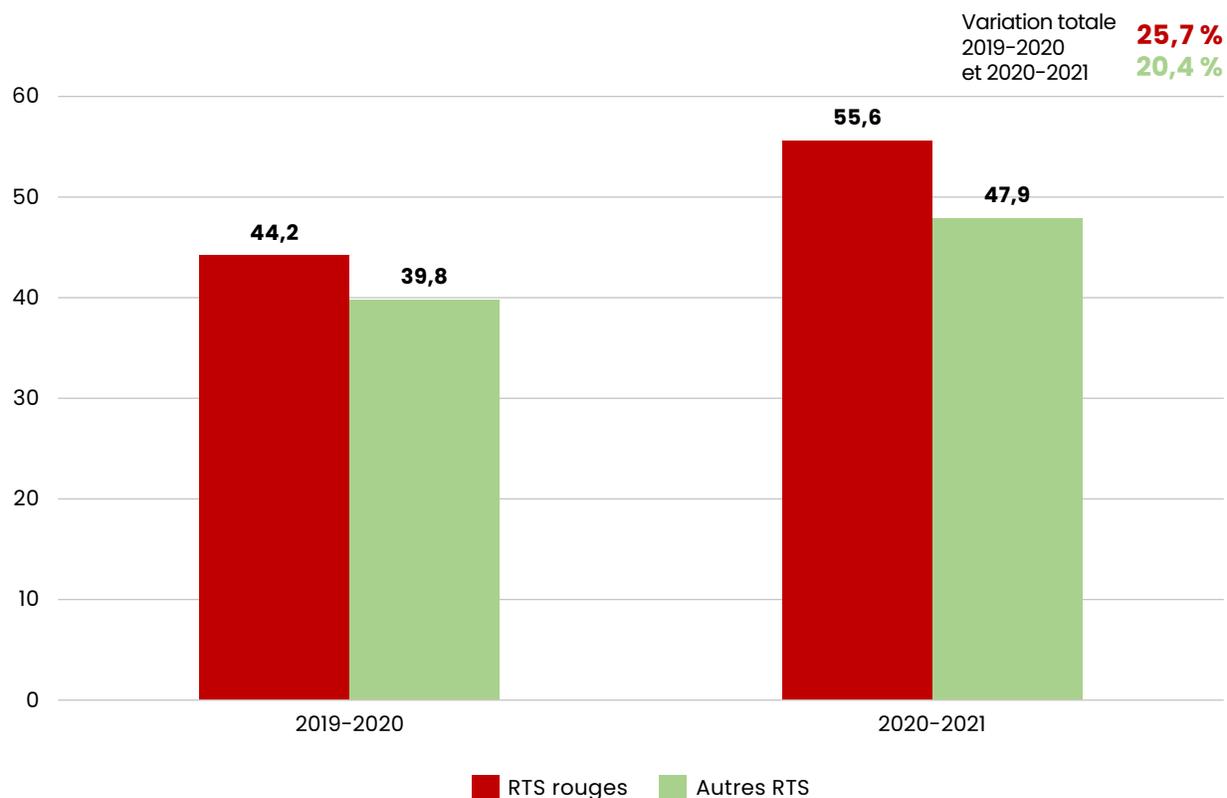
24. Les données présentées dans cette section concernent les CHSLD publics et privés conventionnés et couvrent les années financières complètes; les données sur le personnel des CHSLD privés non conventionnés et sur la période spécifique à la première vague n'étaient pas disponibles.

**Figure 11 : Pourcentage (%) des heures totales travaillées en temps supplémentaire et par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) par les salariés en soins infirmiers et en soins d'assistance en CHSLD**



Source : Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2019-2020 et 2020 2021)

**Figure 12 : Pourcentage (%) des heures totales travaillées en temps complet régulier par les salariés en soins infirmiers et en soins d'assistance en CHSLD**



Source : Extraction des données du MSSS (2021), Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22)

Fait notable, rapporté dans l'étude de Carl-Ardy Dubois, au sortir de la première vague, c'est près du tiers du personnel de CHSLD sondés qui affirment vouloir quitter leur emploi au cours de la prochaine année. Cette proportion est encore plus importante chez les infirmières et les inhalothérapeutes (37,1 %) et les autres professionnels de la santé et services sociaux (37,3 %).

Le choc pandémique aura fortement secoué des ressources humaines déjà fragiles. Les vagues subséquentes de la pandémie n'ont certainement pas soulagé le stress et le sentiment de grande vulnérabilité qui se dégagent des témoignages du personnel sur le terrain. La santé, la sécurité et le mieux-être des travailleurs devront s'inscrire dorénavant comme une priorité en soi, si l'on aspire à une reprise soutenable des activités du système de santé et des services dans l'après-pandémie.

En somme, à la question « Quel a été l'impact de la COVID-19 sur le personnel des CHSLD ? », le CSBE considère qu'il a été marqué et qu'il reste préoccupant.

Les principaux constats évaluatifs sont les éléments suivants :

- 14 090 personnes à l'emploi du réseau ont été contaminées par la COVID-19. Il s'agit du quart des cas totaux pendant la première vague;
- 6 618 de ces travailleurs atteints par la COVID-19 étaient membres du personnel des CHSLD soit 47 % du personnel contaminé;
- 4,8 % des travailleurs infectés ont été hospitalisés et 0,02 % sont décédés des complications de la COVID-19;
- L'absentéisme déjà important s'est aggravé, dont des absences pour motif de CNESST;
- Le recours à la MOI, déjà important, s'est accru;
- Le tiers des employés des CHSLD sondés ont indiqué vouloir quitter leur emploi au cours de la prochaine année.

### **2.1.3 Quels ont été les effets collatéraux de la première vague de COVID-19 sur l'offre de soins de santé et de services sociaux à l'ensemble de la population de 65 ans et plus ?**

Une modification de l'utilisation des soins et services par les personnes de 65 ans et plus a été observée pendant la première vague de COVID-19, comparativement à la même période l'année précédente, particulièrement pour les services spécialisés (médecins spécialistes, chirurgie, hospitalisation et urgence), autant dans la zone rouge d'exposition à la COVID-19 que pour les résidents des autres zones.

#### **Maintien des services de première ligne**

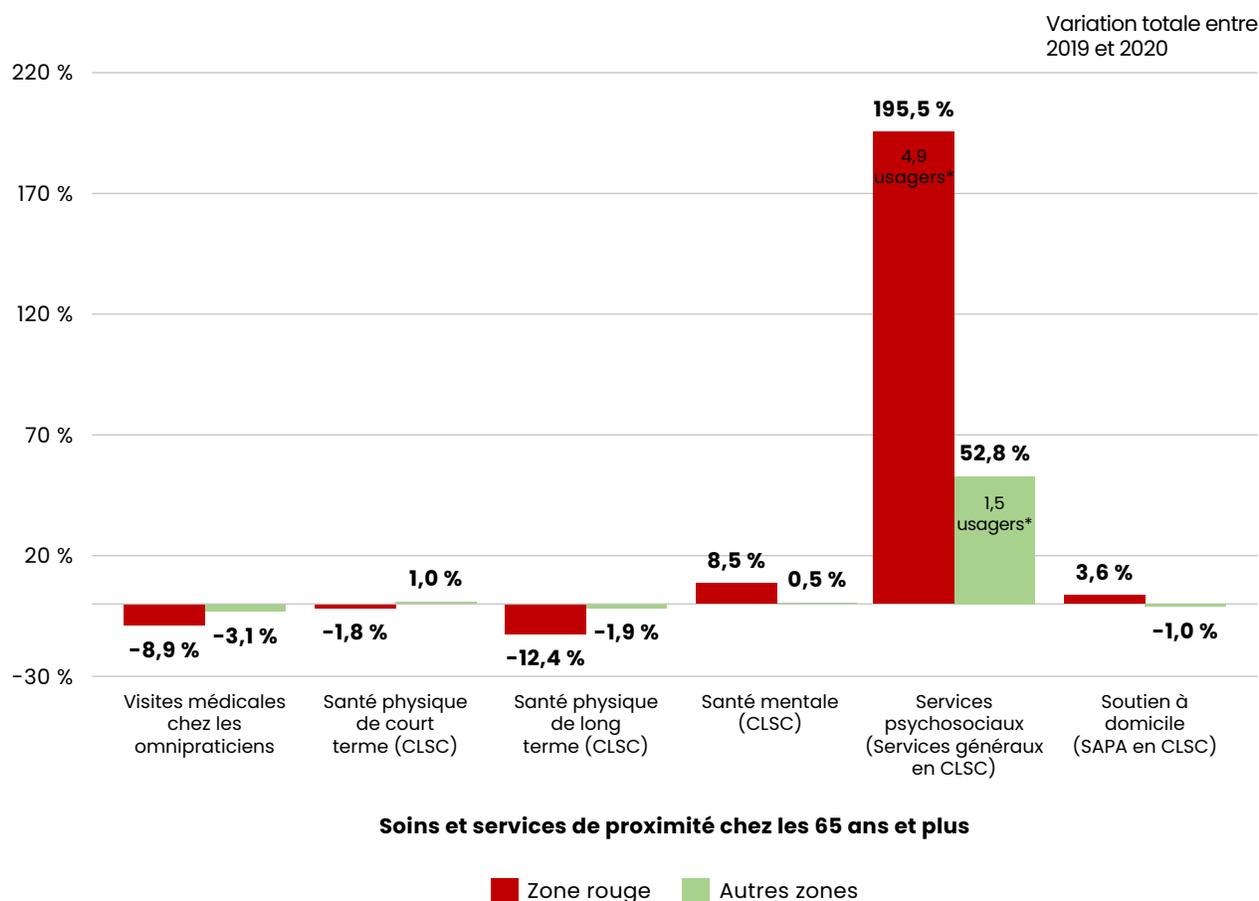
Globalement, la résilience des soins et services de première ligne est à noter. La télémédecine a été rapidement adoptée pour maintenir la prestation de services offerts par les médecins, et ce plus particulièrement par les médecins de famille. De plus, le recours à l'aide psychosociale a été encouragé par les autorités, ce qui s'exprime entre autres par une augmentation du taux d'utilisation de ces services en CLSC dans la plupart des RTS pour les personnes de 65 ans et plus.

Les faits saillants à retenir sont les suivants :

- Une légère diminution des soins et des services de proximité par les omnipraticiens est observée, ce qui se traduit par une réduction de 28 407 visites médicales en zone rouge alors que le nombre de visites est demeuré relativement stable dans les autres zones. Notons que ces soins et services incluent notamment ceux desservis en cliniques médicales privées, en groupes de médecine familiale (GMF), en unités de médecine familiale (UMF) ainsi qu'en CLSC (figure 13);
- L'augmentation de l'utilisation des services psychosociaux en CLSC est importante (zone rouge : 195 %; autres zones : 52,8 %) et plus particulièrement dans la zone rouge où le nombre d'utilisateurs par 1 000 habitants a triplé pendant la première vague comparativement à la même période en 2019. Le nombre d'utilisateurs additionnels qui ont reçu de ces services peu importe la zone d'exposition est d'environ 2 000;

- Pour les autres services en CLSC, l'utilisation fut stable pour les services de santé physique de court terme et le soutien à domicile du programme SAPA. Pour les services de santé physique de long terme, une baisse de 12,4 % du nombre d'usagers par 1 000 habitants est observée pour les RTS en zone rouge, ce qui correspond à une réduction de 1 118 usagers par rapport à 2019. En contrepartie, un accroissement de l'utilisation des services de santé mentale plus important a été noté dans les zones rouges (8,5 %) comparativement à ceux dans les autres zones (0,5 %). Cela représente 229 usagers additionnels recevant un tel service dans les territoires touchés par la COVID-19.

**Figure 13 : Variation du taux d'utilisation des soins et services de proximité chez les personnes de 65 ans et plus par 1 000 habitants de ce groupe d'âge, entre la première vague de COVID-19 (25 février au 11 juillet 2020) et la même période en 2019, selon la zone d'exposition**



\* Ces variations importantes en pourcentage sont une résultante d'une augmentation d'environ 2 000 usagers recevant des services psychosociaux pendant la première vague comparativement à la même période en 2019, peu importe la zone d'exposition. Cela correspond au triple d'usagers pour la zone rouge.

Note : L'unité des services en CLSC correspond à des usagers

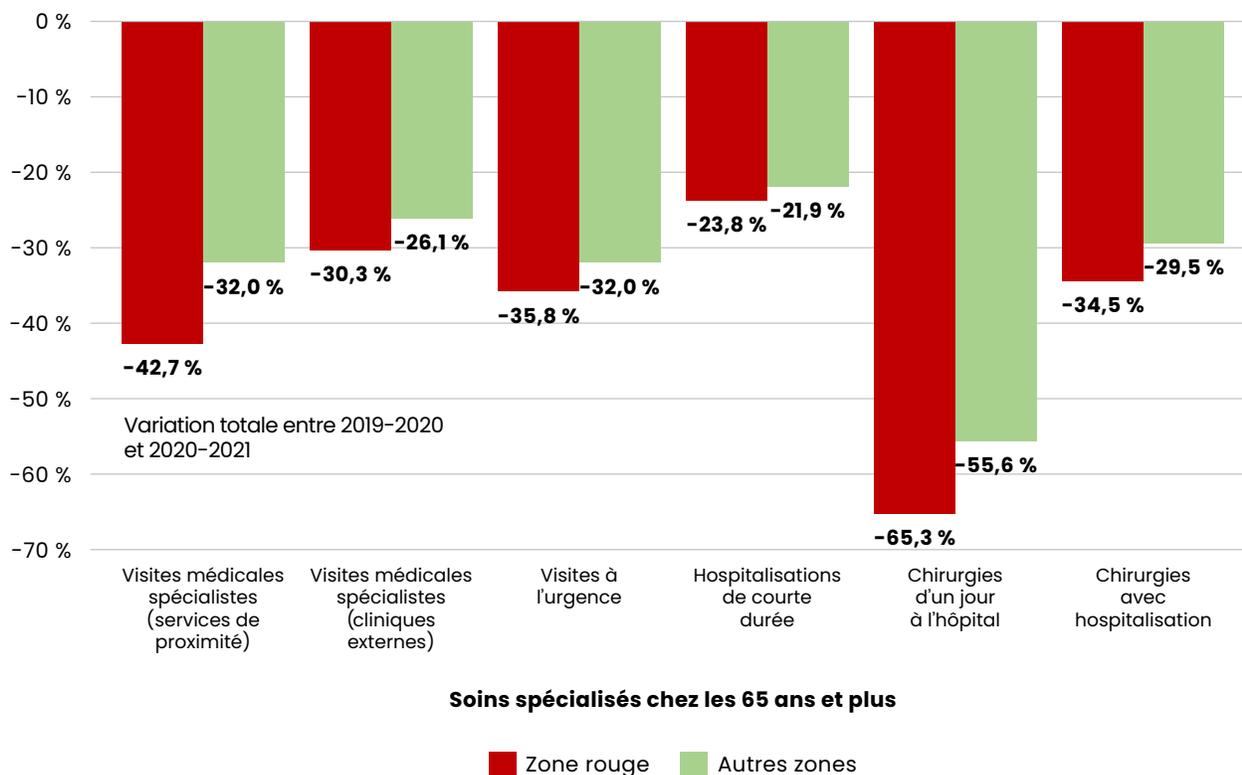
Source : Extraction de données du fichier 2 d'I-CLSC et de la base de données de la RAMQ. Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

## **Baisse importante dans les soins spécialisés partout au Québec, sans égard au niveau réel d'exposition à la COVID-19**

L'impact de la première vague sur les activités cliniques s'est surtout manifesté par une forte réduction de la prestation des services spécialisés à travers l'ensemble du Québec.

- Une forte diminution du nombre de visites médicales chez les médecins spécialistes par 1 000 habitants est relevée autant pour les soins et services offerts en clinique privée (zone rouge : -42,7 %; autres zones : -32,0 %) que ceux dispensés dans les cliniques externes (zone rouge : -30,3 %; autres zones : -26,1 %). Pour les soins et les services en cliniques des médecins spécialistes cela correspond à 115 378 et 154 170 visites en moins dans la zone rouge et les autres zones, respectivement. Pour les soins en cliniques externes, la réduction du nombre de visites a été de 157 808 pour la zone rouge et de 336 099 pour les autres zones (figure 14);
- Une forte diminution du nombre de visites à l'urgence par 1 000 habitants, soit d'un peu plus de 30 %, est observée, ce qui se traduit par une diminution du nombre de visites de 26 450 en zone rouge et de 75 645 pour les autres zones ;
- Une diminution significative de l'utilisation des hospitalisations de courte durée est observée (zone rouge : -23,8 %; autres zones : -21,9 %), ce qui représente 8 169 et 18 475 hospitalisations de moins pour les zones rouges et pour ceux dans les autres zones. Notons également qu'une baisse du recours aux chirurgies avec hospitalisation est notée (zone rouge : -34,5 %; autres zones : -29,5 %) et correspond à 2 893 chirurgies en moins pour la zone rouge et 7 131 pour les autres zones;
- Les chirurgies d'un jour ont aussi diminué de manière très importante (zone rouge : -65,3 %; autres zones : -55,6 %), ce qui représente 10 023 et 25 117 chirurgies d'un jour de moins pour la zone rouge et les autres zones, respectivement.

**Figure 14 : Variation du taux d'utilisation des soins et services spécialisés chez les personnes de 65 ans et plus par 1 000 habitants de ce groupe d'âge, entre la première vague de COVID-19 (25 février au 11 juillet 2020) et la même période en 2019, selon la zone d'exposition**



Source : Extraction de données de la base de données de la RAMQ, de la BDCU, du fichier MED-ECHO. Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

L'un des facteurs explicatifs aux observations précédentes relativement aux soins spécialisés correspond aux directives gouvernementales formulées précocement afin de réduire le nombre d'interventions en milieu hospitalier et libérer des lits dans l'objectif de soigner les patients atteints de la COVID-19. En conséquence, les consultations en cliniques externes, les chirurgies électives nécessitant une hospitalisation et celles d'un jour ont grandement diminué pendant la première vague de la pandémie, et ce dans tous les territoires du Québec, indépendamment du niveau réel de contamination communautaire et incidemment du besoin de libérer des capacités hospitalières.

On peut s'interroger sur la nécessité d'appliquer des directives gouvernementales à l'ensemble des établissements du Québec, et non pas uniquement en zone rouge. L'adoption du principe de précaution par les décideurs centraux, qui a motivé ces choix, était certainement légitime. Mais il faut reconnaître que les personnes âgées vivant à l'extérieur de la zone rouge auraient pu continuer de bénéficier du maintien des services hospitaliers et spécialisés dans leur région.

Par ailleurs, c'est probablement la crainte des gens de contracter la COVID-19 en milieu hospitalier qui peut expliquer, du moins en partie, la baisse importante dans les visites à l'urgence. Notons que cette baisse est observable autant chez la clientèle sur civière que chez la clientèle ambulatoire de 65 ans et plus, mais dans une mesure plus importante chez la dernière clientèle. Des constats semblables sont notés pour les zones rouges et ceux dans les autres zones.

Notons que les données de toute l'année 2020 suggèrent une légère reprise des activités pendant les mois qui ont suivi la première vague. La diminution des taux d'utilisation des services, quoi que toujours importante par rapport à 2019, est moins marquée à compter du mois de juillet 2020.

En somme, à la question « Quels ont été les effets collatéraux de la première vague de COVID-19 sur l'offre de soins de santé et de services sociaux à l'ensemble de la population des 65 ans et plus? », le CSBE conclut qu'ils ont été très significatifs et que dans certains cas, ils auraient pu être moins importants dans les zones peu touchées par la première vague.

Les principaux faits sont les suivants :

- Globalement un maintien des services de première ligne, marqué par une adoption rapide de la télémédecine, autant dans les zones rouges qu'ailleurs au Québec.
- Une augmentation des services psychosociaux et de santé mentale de première ligne.
- Une réduction importante de l'utilisation des services spécialisés tels que les visites médicales auprès des médecins spécialistes, des hospitalisations, des chirurgies ainsi que des visites à l'urgence autant pour les territoires très touchés par la première vague que pour les autres beaucoup moins affectés.
- Les consignes de délestages pour l'ensemble du territoire ont freiné l'accès à des services spécialisés qui auraient autrement été offerts, alors que ces décisions n'étaient pas toujours justifiées par la réalité épidémiologique.
- Le CSBE n'a pu mesurer l'impact de ce déstagement de soins et services sur la santé et le bien-être présent et futur des personnes âgées.

## 2.2 État de la situation avant d'entrer dans la première vague de la pandémie

Certains facteurs comme l'évolution des besoins des aînés en perte d'autonomie et différentes vulnérabilités liées aux ressources financières, matérielles et humaines des CHSLD ont créé un contexte propice à la contreperformance observée lors la première vague de COVID-19. Examinons les principaux facteurs documentés par le CSBE.

### 2.2.1 L'offre de services correspondait-elle aux besoins des aînés au moment de l'entrée en pandémie?

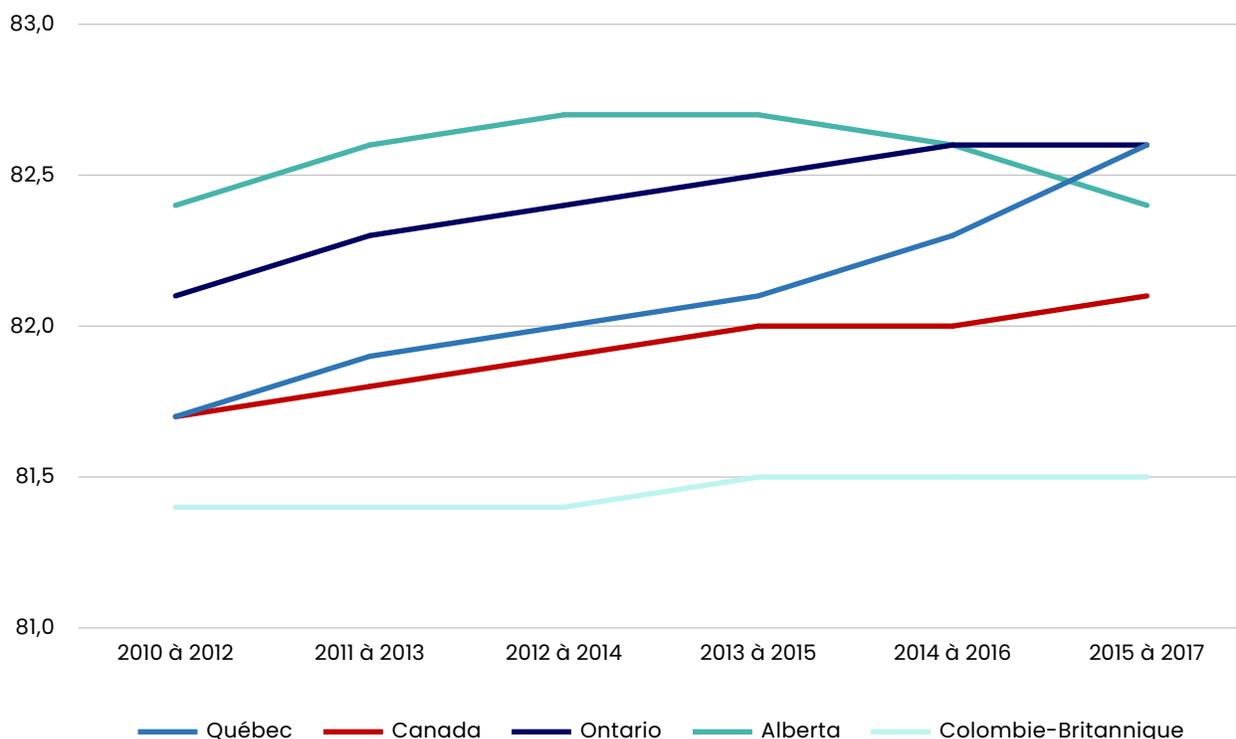
Il s'agit d'une question cruciale pour le mandat d'évaluation confié au CSBE. Pour y répondre, nous examinerons d'abord l'évolution des besoins pour ensuite décrire comment et dans quelle mesure l'offre de services aux personnes âgées s'y est adaptée, notamment en matière d'hébergement.

#### *Une demande de soins et services aux aînés en perte d'autonomie en forte croissance*

On assiste depuis plus de 40 ans à un vieillissement rapide de la population, un phénomène plus prononcé au Québec que dans la majorité des pays développés et des provinces canadiennes. Cette tendance démographique est largement tributaire des taux faibles de fécondité et d'immigration du siècle dernier.

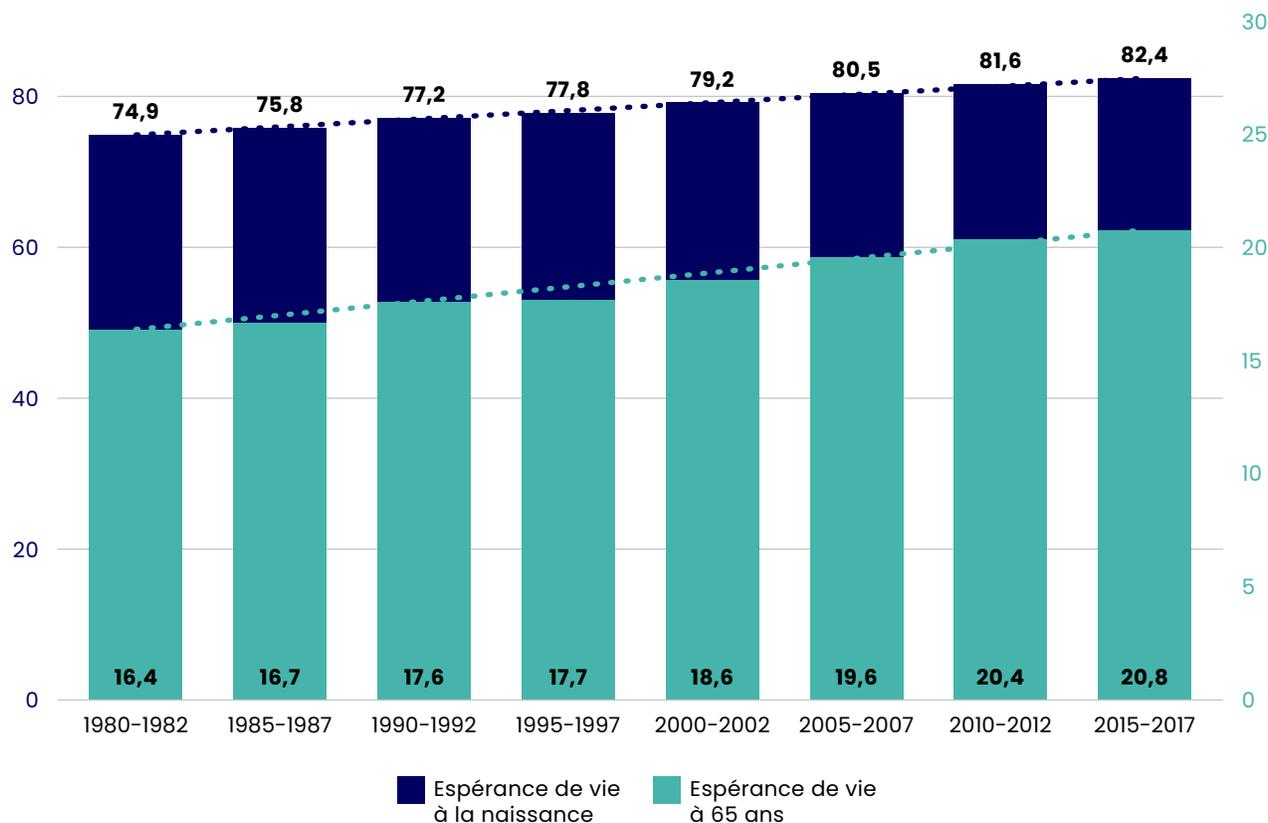
Il faut toutefois souligner que l'augmentation significative de l'espérance de vie contribue, elle aussi, au vieillissement de la population. Au Québec, l'espérance de vie à la naissance tous sexes confondus s'établit à 82,4 ans pour la période de 2015 à 2017, alors qu'elle se situait à 74,9 ans au cours de l'intervalle 1980-1982 (figure 16). À noter que c'est au Québec qu'on observe les gains les plus considérables en la matière de 2010-2012 à 2015-2017 par rapport aux provinces canadiennes comparables. En effet, le Québec est passé de la dernière position en 2010-2012 à la première position en 2015-2017, rejoignant ainsi l'espérance de vie à la naissance ontarienne (figure 15).

**Figure 15 : Espérance de vie, Québec, Canada et certaines provinces, 2010-2012 à 2015-2017**



Source : Extraction des données de Statistique Canada (2019), Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues [Tableau 13-10-0389-01].

Si l'on considère plus spécifiquement la santé des aînés, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 4,4 ans entre 1980-1982 et 2015-2017, passant de 16,4 à 20,8 ans (figure 16). Le nombre de Québécois âgés de 65 ans et plus a ainsi triplé entre 1980 et 2020, passant de ± 550 000 à un peu moins de 1,7 million. La proportion des aînés de 65 ans et plus se situe actuellement à 19 % de la population québécoise. Cette croissance du nombre de Québécois de 65 ans et plus devrait se poursuivre au cours des prochaines années ; il devrait dépasser les 2 millions en 2026 et atteindre près de 2,5 millions en 2041.

**Figure 16 : Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Québec, 1980-1982 à 2015-2017**

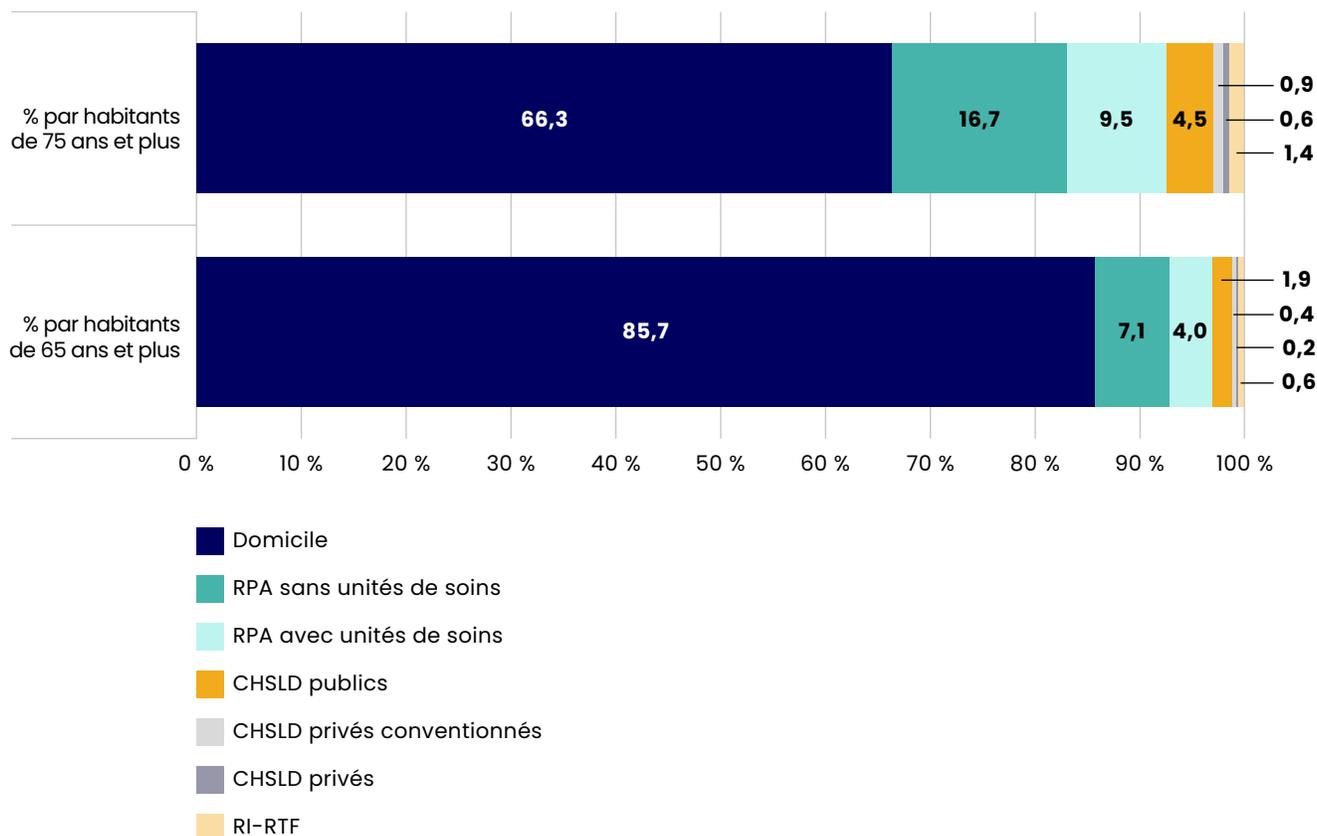
Source : Adaptation d'un tableau web de l'ISQ (2021), Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2020<sup>25</sup>.

En 2019-2020, à partir du nombre de places disponibles dans les différents types d'installation et les taux d'occupation, nous estimons que plus de 85 % des personnes de 65 ans et plus vivent à domicile (figure 17). Cette proportion diminue toutefois à 66 % pour les personnes de 75 ans et plus. Une personne sur quatre âgée de 75 ans et plus vit en résidence privée pour aînés (RPA), que ce soit dans une résidence qui peut accueillir ou non une partie de sa clientèle dans des unités de soins.

Environ 6 % de la population de 75 ans et plus réside en CHSLD, les trois quarts en CHSLD public. Les Ressources intermédiaires et les Ressources de type familial (RI-RTF), qui appartiennent elles aussi au secteur privé, comptent enfin 1,4 % de la population hébergée de 75 ans et plus. À noter que les RI-RTF desservent une clientèle en perte d'autonomie dont plus de la moitié présentent une atteinte mentale prédominante.

25. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/esperance-de-vie-a-la-naissance-et-a-65-ans-selon-le-sexe-quebec>

**Figure 17 : Proportion estimée de personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus occupant les différents milieux de vie ou se trouvant à domicile, Québec, 2019-2020**



Sources : Extraction des données du MSSS, Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478, Rapport 2019-2020), Répartition des capacités et des services autorisés au permis par installation, Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF), Registre des résidences privées pour aînés.

Une étude récente, dirigée par Clavet, Décarie, Hébert, Michaud et Naveaux (2021), énonce certaines projections des besoins en matière d'hébergement et de soutien à domicile pour les personnes âgées. Selon cette étude, ces besoins augmenteront de façon importante de 2020 à 2050, mais les CHSLD sont le milieu de vie qui connaîtra la plus forte croissance.

D'après ces prévisions, le nombre de résidents en CHSLD passera de 38 767 en 2020 à 80 911 en 2040 et à 99 591 en 2050. Cela représente un doublement du nombre de places requises en CHSLD d'ici 20 ans pour répondre aux besoins de cette clientèle. Ainsi, par rapport à l'année 2020, le coût total des services de soutien à l'autonomie serait multiplié par 2,3 d'ici 2035 et par 4,2 d'ici 2050 selon le scénario de référence<sup>26</sup>.

### La clientèle hébergée s'est alourdie depuis les dernières années

Tel que mentionné précédemment, le nombre d'aînés ayant des besoins d'hébergement s'accroît rapidement et continuera vraisemblablement de le faire au cours des prochaines décennies. Les aînés vivent plus longtemps, plus souvent seuls, et cumulent généralement plusieurs problèmes de santé complexes, un phénomène appelé multimorbidité. D'ailleurs, selon les données disponibles, la clientèle hébergée en CHSLD en 2020, avant la pandémie, semble s'être sensiblement alourdie depuis les 5 dernières années.

26. Le scénario de référence considère que le nombre de personnes de 65 ans et plus, qui ont un profil Iso-SMAF de 11 à 14 et qui reçoivent des services du programme SAPA augmentera de façon considérable entre 2020 et 2050. De plus, 67,2 % de ces personnes iront en CHSLD.

Il faut noter que nous ne sommes pas en mesure de décrire précisément l'état de santé de la population hébergée puisqu'il n'existe pas de système d'information clinique en place au Québec dans les CHSLD et les autres milieux d'hébergement.

C'est l'approche Iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), développée à la fin des années 90 par une équipe du Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) de Sherbrooke, qui a été déployée chez nous pour évaluer et planifier les besoins individuels liés à la perte d'autonomie. Il ne s'agit cependant pas d'un système d'information clinique qui documente les soins et services offerts aux aînés ni les différents diagnostics, comorbidités et complications. Les profils Iso-SMAF correspondent à des groupes homogènes de personnes qui présentent des caractéristiques semblables et qui requièrent des services similaires à des coûts similaires selon le milieu de vie considéré. La classification en 14 profils Iso-SMAF est basée sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités de la vie domestique (Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau et Trottier, 2006 et CISSS de Laval, 2019). Les profils sont généralement regroupés en quatre<sup>27</sup> ou cinq catégories. En voici la liste :

- Catégorie 1 : Atteinte aux tâches domestiques seulement (profils 1 à 3);
- Catégorie 2 : Atteinte motrice prédominante (profils 4, 6 et 9);
- Catégorie 3 : Atteinte mentale prédominante (profils 5, 7, 8 et 10);
- Catégorie 4 : Aide à la mobilité (profils 11 et 12);
- Catégorie 5 : Alité et dépendant pour les AVQ (profils 13 et 14).

À la suite d'une évaluation, 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 orientés selon le profil d'accueil des établissements ou des 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. Selon l'orientation ministérielle, les résidents hébergés en CHSLD devraient se retrouver dans les profils 10 à 14, ce qui est le cas pour la très grande majorité des résidents actuellement hébergés en CHSLD au Québec.

Dans le cadre de l'évaluation du CSBE, les données de SICRA<sup>28</sup> ont été utilisées afin de comparer la lourdeur relative des personnes hébergées au moment de leur hébergement<sup>29</sup> des années financières 2015-2016 à 2019-2020. Puisque les profils Iso-SMAF étaient toujours en cours d'implantation en 2015-2016, ont été considérés comme présentant un profil « lourd » les usagers dont la plus récente évaluation (généralement réalisée au moment de l'admission) était :

- soit supérieure ou égale à 3 heures-soins par jour;
- soit incluse dans les profils Iso-SMAF 10 à 14.

Il ressort d'abord que le pourcentage de patients « plus lourds » a légèrement augmenté de 2015-2016 à 2019-2020, passant de 73 % à 76 % de l'ensemble des usagers hébergés en CHSLD.

---

27. Les catégories 4 et 5, qui comprennent les Iso-SMAF 11, 12, 13 et 14, sont souvent regroupées sous l'appellation « Catégorie 4 – atteintes mixtes » (Gervais, Tousignant, Hébert et Connangle, 2009).

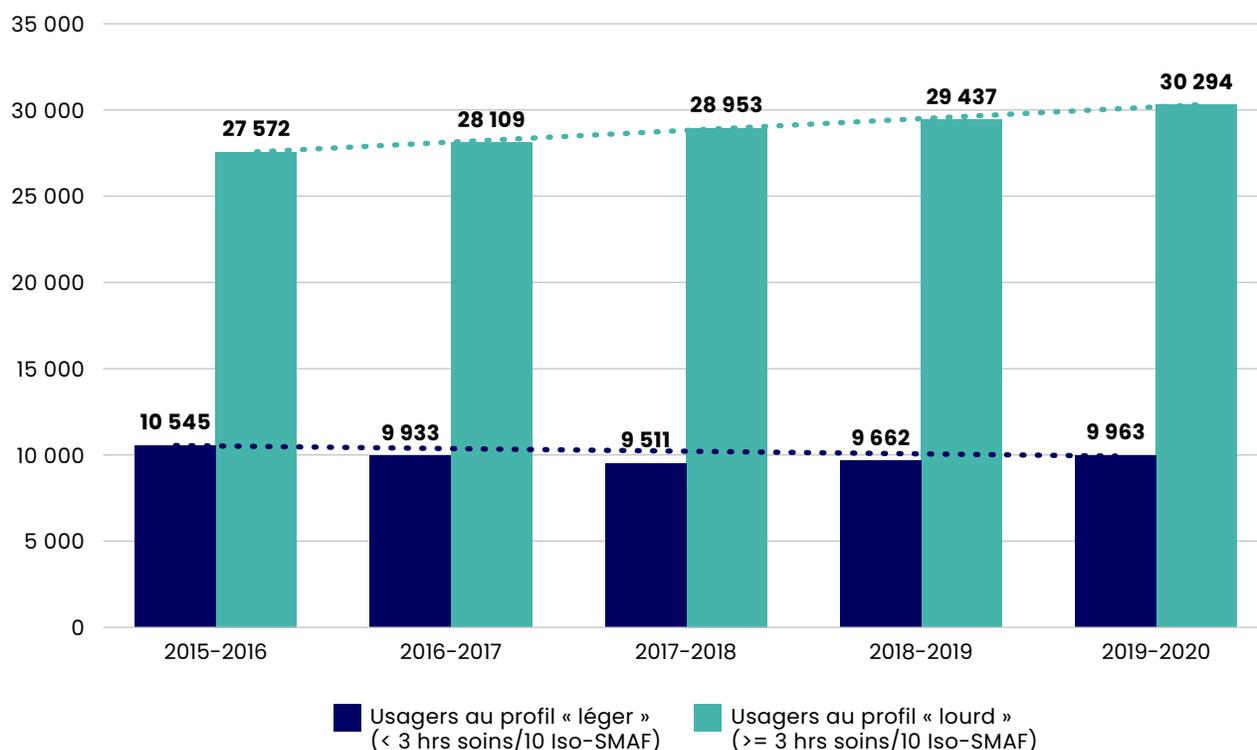
28. Le système SICRA est le système d'information pour la coordination régionale des admissions dans les soins d'hébergement. C'est une banque de données qui sert à documenter les besoins des personnes référées en hébergement et les délais d'accès aux différentes ressources selon l'atteinte et la provenance des personnes.

29. Données compilées à la dernière période (P13) de chaque année financière.

En revanche, le nombre absolu d'usagers hébergés avec un profil « lourd » a augmenté de façon plus importante que le nombre d'usagers dans les profils « légers » au cours de la même période, ce qui va dans le sens d'un accroissement des besoins (figure 18). Ainsi, à la fin de 2019-2020, on dénombrait 30 294 usagers hébergés avec un profil « lourd », contre 27 572 en 2015-2016, ce qui représente une augmentation de 9,9 % sur 4 ans (2 722 personnes de plus). En contrepartie, le nombre d'usagers hébergés avec un profil « léger » a diminué de 5,5 % au cours de la même période, passant de 10 545 2015-2016 à 9 963 en 2019-2020 (582 personnes de moins).

Un autre indice pointe dans la même direction. En effet, le nombre moyen d'heures travaillées en soins d'assistance et soins infirmiers par jour pour les usagers hébergés en CHSLD publics et privés conventionnés a augmenté progressivement de 2015-2016 à 2019-2020, passant de 3,2 heures à 3,7 heures par jour, ce qui laisse présager un alourdissement certain de cette clientèle.

**Figure 18 : Nombre de personnes hébergées en CHSLD (1) selon leur profil lors de l'évaluation la plus récente au dossier (2), Québec, 2015-2016 à 2019-2020**



(1) Dernière période de l'année financière.

(2) Cette date correspond la plupart du temps à la date d'admission.

Source : Extraction des données du MSSS (2021), Système d'information pour la coordination régionale des admissions (SICRA), Nombre d'usagers hébergés en CHSLD au cours de la P13.

Au début de la pandémie en mars 2020, on dénombrait 43 200 lits d'hébergement permanent en CHSLD. L'âge moyen était de 83,6 ans et les femmes représentaient 65,3 % des résidents. Le quart (24,8 %) des usagers avaient une atteinte mentale prédominante, 13,9 % une atteinte physique prédominante et plus de la moitié (56,4 %) avait une atteinte mixte. Notons que cette dernière catégorie s'est accrue de 20 % en 5 ans, ce qui participe à l'alourdissement des clientèles et pose des défis croissants au niveau de l'organisation et de l'intensité des services.

Concernant les autres milieux de vie en mars 2020, il y avait 132 100 places en RPA et 11 500 places en RI-RTF. En RPA, 47,8 % des résidents avaient 85 ans ou plus. La majorité (55,6 %) vivait dans une résidence sans unités de soins alors que plus du tiers (36,7 %) occupait une place dans une RPA qui offre des unités de soins à certains de leurs résidents<sup>30</sup>. Le registre gouvernemental des RPA ne présente pas les profils de perte d'autonomie des usagers et les services utilisés par ces derniers. En RI-RTF, l'âge moyen était de 81,8 ans et 63,2 % étaient des femmes. Près des deux tiers (62,6 %) avaient une atteinte mentale prédominante, une augmentation de 13 % dans les cinq dernières années.

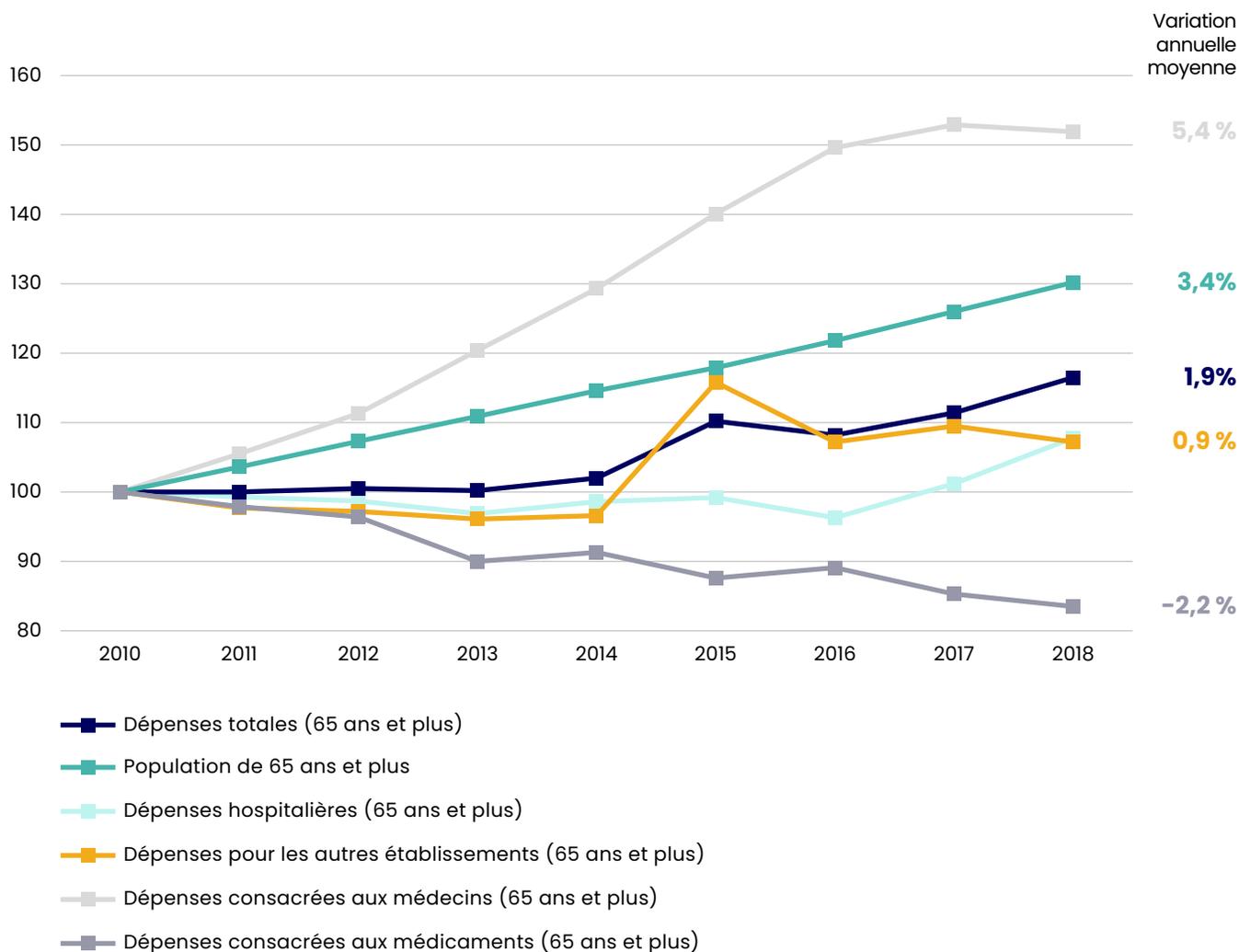
### **L'accroissement du financement public consacré aux soins et services des personnes âgées est modeste compte tenu du vieillissement de la population**

De 2010 à 2018, les dépenses totales de santé du gouvernement du Québec consacrées aux personnes de 65 ans et plus ont moins augmenté que la taille de cette population (figure 19). Les dépenses per capita pour les 0 à 64 ans ont cru annuellement (1,5 % en moyenne) alors qu'on observe une diminution chez les personnes de 65 ans et plus (-1,2 % en moyenne). On constate que ce sont les coûts des services médicaux pour les personnes de 65 ans et plus qui ont le plus augmenté au cours de la période à l'étude, soit de 5,1 % annuellement, ce qui est aussi observé pour l'ensemble des groupes d'âge. Cette forte augmentation implique la nécessité de compresser la croissance des dépenses dans les autres secteurs. Notons cependant que les résultats obtenus en lien avec cette croissance des coûts ne sont pas clairs.

---

30. Précisons que ces proportions sont établies à partir du nombre total de places de la ressource et de sa description au registre gouvernemental des RPA.

**Figure 19 : Indice de base 100 des dépenses totales ou par allocation de fonds du gouvernement du Québec pour les 65 ans et plus (\$ constants de 2010) et de sa population de 2010 à 2018**



Source : Extraction des données de l'ICIS (2021), Tendances des dépenses nationales de santé, 2020 : tableaux de données.

Les dépenses du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), qui comprennent le soutien à domicile, l'hébergement non institutionnel (RI-RTF, résidence d'accueil et autres ressources) et l'hébergement en CHSLD, sont en augmentation depuis 5 ans. En dollars constants de 2015, les coûts directs bruts associés à ce programme par personne de 75 ans et plus ont augmenté de 2,2 % annuellement en moyenne, passant de 4 994 \$ en 2015-2016 à 5 434 \$ en 2019-2020. Plus spécifiquement, l'augmentation des coûts encourus pour le soutien à domicile par personne de 75 ans et plus a été de 4,9 % comparativement à 1,5 % pour celles du volet hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés et 1,2 % pour celles du volet hébergement non institutionnel. Des trois volets du programme, ce sont donc surtout les sommes consenties au soutien à domicile qui sont en progression, même si elles ne représentent encore que 22 % des coûts directs bruts du programme SAPA en 2019-2020. Notons que la part des coûts pour le volet en hébergement en CHSLD est passée de 65,2 à 63,6 % de 2015-2016 à 2019-2020.

Selon Hébert (2021), le financement des CHSLD a augmenté d'à peine 2 % en dollars constants de 2001 à 2019. Si l'on considère le vieillissement de la population, le financement per capita des CHSLD a donc diminué au cours des deux dernières décennies.

### **Un accès à l'hébergement difficile en temps opportun**

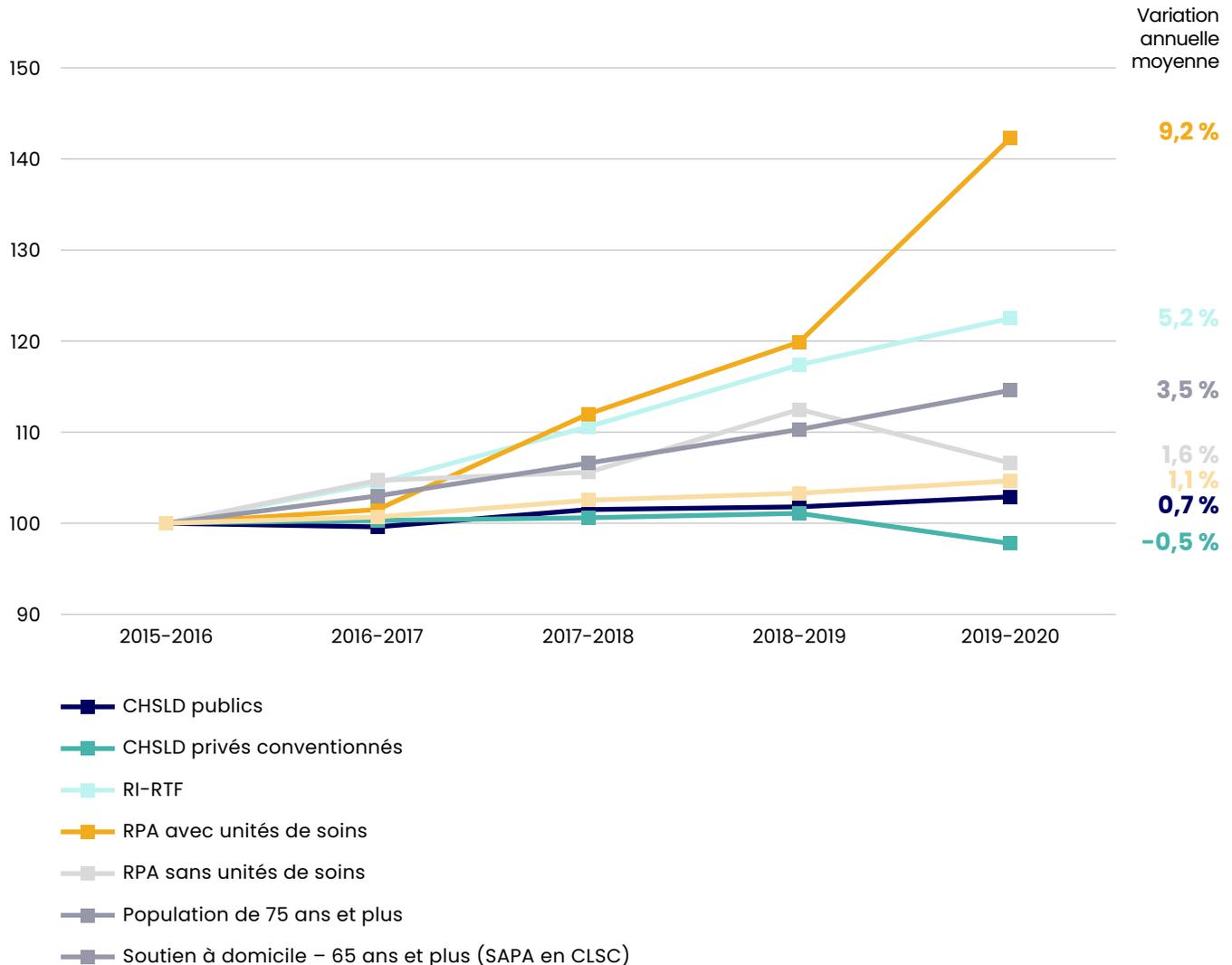
Au début de la pandémie, 5 963 personnes âgées étaient en attente d'une place permanente en CHSLD, 43 % de ces personnes étant alors hébergées de manière transitoire. En 2019-2020, le temps d'attente moyen pour obtenir une dans le CHSLD de son choix s'élevait à près de 6 mois lors de la dernière présence de l'utilisateur sur la liste d'attente. Autre reflet d'un accès difficile qui prévaut, plus de 41 % des personnes ayant attendu une place en CHSLD au cours de l'année 2019-2020 ont été admises de façon transitoire avant d'obtenir un lit d'hébergement permanent.

En RI-RTF, ce sont 4 100 personnes âgées qui étaient en attente d'une place au début de la pandémie. Par rapport au CHSLD, l'attente pour une place en RI-RTF est plus longue; soit de près de 8 mois lors de la dernière présence de l'utilisateur sur la liste d'attente en 2019-2020. L'admission transitoire est par ailleurs moins courante en RI-RTF qu'en CHSLD; elle caractérise un peu plus de 20 % des personnes ayant attendu une place de ce type au cours de l'année 2019-2020.

### **Accroissement notable du rôle du secteur privé dans les services en milieu collectif et d'hébergement**

La lente augmentation des financements du volet hébergement en CHSLD du programme SAPA contraste fortement avec l'accroissement notable du rôle du secteur privé dans les services en milieux de vie pour aînés. La Figure 20 illustre bien l'évolution différenciée de l'offre publique et privée pour les années financières 2015-2016 à 2019-2020. On peut y voir que le nombre de places en CHSLD n'augmente pas aussi rapidement que la population de 75 ans et plus. La croissance du nombre de places en RPA qui ont certaines unités de soins suit la courbe de croissance de la population de 75 ans et plus jusqu'en 2017-2018 pour ensuite enregistrer une nette augmentation en 2019-2020. Notons, toutefois, que le CSBE ne dispose pas spécifiquement du nombre de places avec unités de soins en RPA et ne peut quantifier la croissance de ces unités sur la période à l'étude. De 2015-2016 à 2019-2020, la croissance des places en RI-RTF est quant à elle constante et importante (variation annuelle moyenne de 5,2 %, soit de 8 155 à 9 900 places).

**Figure 20 : Indice de base 100 du nombre de places en hébergement ou milieu de vie et de la population de 75 ans et plus, au Québec de 2015 à 2020**



Sources : Extraction des données du MSSS, Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478, Rapports 2015-2016 à 2019-2020), Répartition des capacités et des services autorisés au permis par installation, Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF), Registre des résidences privées pour aînés, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC). Extraction des données du MSSS (2020), Estimations (1996-2019) et projections (2020-2041) de population par territoire sociosanitaire. Tableaux de données produits par l'ISQ.

En 2019-2020, le Québec dénombrait 233 861 places d'hébergement et de vie incluant les RPA qui ont des unités de soins. Le secteur public achète un certain nombre de places dans ces RPA. Cette pratique d'achat de services apparaît peu encadrée, pouvant s'effectuer selon des modalités de gré à gré et parfois même sans contrat écrit, et elle s'est presque décuplée en 5 ans (Plourde et Pratte, 2021). Selon une étude de l'IRIS, les établissements publics auraient procédé à l'achat de services d'hébergement en RPA pour un montant de 77,8 M\$ en 2020-2021 pour un total de 197 M\$ depuis 2015.

Ainsi, à la question, « L'offre de services aux aînés correspondait-elle aux besoins de cette population au moment de l'entrée en pandémie? », le CSBE doit répondre non.

Cette réponse est appuyée par les faits suivants :

- Un nombre plus important de résidents en CHSLD présentent des profils plus lourds depuis les dernières années alors que le financement du volet hébergement en CHSLD a peu progressé de 2001 à 2019 et l'augmentation des investissements depuis 5 ans est demeurée modeste ;
- Le nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés n'a à peu près pas augmenté au cours des 5 dernières années contrairement au nombre de personnes de 75 ans et plus et alors que nous devons nous attendre à ce que les besoins d'hébergement doublent au cours des 20 prochaines années ;
- Au cours des 5 dernières années précédant la pandémie, c'est l'augmentation importante de l'offre de places en RPA et en RI-RTF, deux secteurs en marge du secteur public, qui ont permis de répondre à une partie des besoins croissants d'hébergement ;
- Près de 6 000 personnes étaient en attente d'une place permanente dans le CHSLD de leur choix avant la pandémie et les délais d'attente étaient de près de 6 mois. La situation est équivalente pour l'obtention d'une place permanente en RI.

## **2.2.2 Est-ce que les organisations et le personnel avaient la capacité de réagir adéquatement à la première vague pandémique ?**

### **Une offre de soins de longue durée qui opère au maximum de sa capacité et laisse peu de marge de manœuvre**

Au moment de l'entrée en pandémie, le réseau des soins et services de longue durée au Québec fonctionnait au maximum de sa capacité dans une majorité de régions. Notons qu'au cours des 5 dernières années, nous observons des taux d'occupation en CHSLD constamment supérieurs à 97 %. C'est ce plafonnement des capacités qui nuit à la réponse rapide aux besoins d'hébergement comme nous l'avons vu précédemment. D'ailleurs plusieurs patients en fin de soins actifs occupent un lit en soins de courte durée en attendant d'être transférés vers des ressources d'hébergement.

En 2019-2020, l'équivalent de 345 lits de soins aigus dans les hôpitaux étaient occupés par des personnes âgées de 65 ans et plus en attente d'une place d'hébergement. Ce phénomène est la conséquence de l'engorgement des soins de longue durée et témoigne des difficultés du système à répondre aux besoins changeants de la population. La disponibilité des places d'hébergement n'étant pas homogène à travers les différents établissements du Québec, la pression qu'exercent ces personnes en attente d'hébergement sur les hôpitaux est variable. En 2019-2020, le niveau d'occupation des lits par cette clientèle variait selon les territoires de zéro à 31 lits occupés en permanence.

## Des défis importants en lien avec la qualité des services en CHSLD

Le résultat des visites ministérielles effectuées révèle que le niveau de qualité en CHSLD est souvent inadéquat<sup>31</sup>. Au terme du plus récent cycle d'évaluation, seulement 59 % des CHSLD ont eu une évaluation adéquate ou très adéquate de leur milieu de vie. Cette situation ne s'est pas améliorée entre les deux derniers cycles d'évaluation. À titre d'exemple, la qualité s'est améliorée dans 28 % des CHSLD tandis qu'elle s'est détériorée dans 28 % des CHSLD. Cette situation défavorable était similaire dans toutes les régions du Québec au moment d'entrer en pandémie.

À la dernière évaluation en 2018-2020 qui couvrait les deux tiers des CHSLD (ce qui inclut les centres publics, privés et privés conventionnés), les résultats révèlent qu'aucune cible n'était atteinte dans 100 % des CHSLD même si certaines semblaient en voie de l'être. Les résultats obtenus pour certains critères étaient particulièrement décevants. Ainsi, les cibles étaient atteintes dans 25 % des CHSLD pour les espaces intérieurs sécuritaires, propres et bien entretenus, dans 40 % des CHSLD pour les activités sociales, occupationnelles et de loisirs adaptés aux caractéristiques des résidents et dans 38 % des CHSLD pour une organisation des repas structurée afin de répondre adéquatement aux besoins des usagers.

Notons également que le personnel infirmier formé en prévention et contrôle des infections (PCI) n'était pas en nombre suffisant dans les CHSLD avant la pandémie, particulièrement dans les régions fortement touchées, et ce, malgré qu'une norme ministérielle de 1 ETP par 250 lits existe depuis plusieurs années. Le taux observé en 2019-2020 dans les CHSLD des régions rouges était de 0,80 ETP par 250 lits. Les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) ayant une certification en PCI sont pour leur part quasi inexistantes en CHSLD au Québec. Les pratiques de lavage des mains, dans les CHSLD pour lesquels les données étaient complètes, présentaient des lacunes et n'atteignaient pas la norme ministérielle établie à 80 %. Soulignons au passage qu'aucune information sur les taux d'infections pour les maladies nosocomiales par exemple, dans les CHSLD du Québec n'est disponible au niveau national.

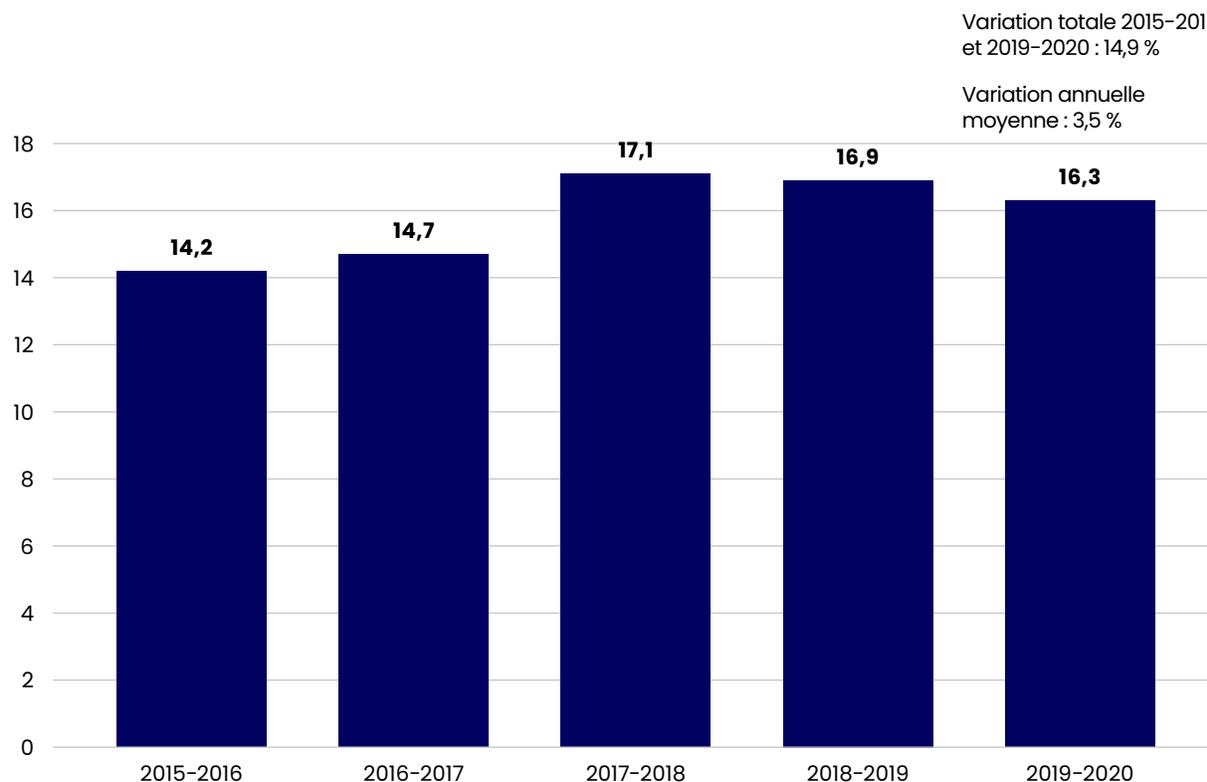
Soulignons enfin que la réponse aux besoins cliniques des résidents en CHSLD est variable d'un CHSLD à l'autre. Ceci peut se manifester, entre autres, par des transferts à l'urgence et des hospitalisations potentiellement inappropriées des résidents de CHSLD. Cela pourrait expliquer la grande variation dans les pratiques entre les installations d'une même région ainsi qu'entre les régions.

Le taux annuel d'hospitalisations des résidents de CHSLD est de 16 par 100 lits au Québec, un taux qui varie de 6 à 37 hospitalisations/100 lits selon les territoires en 2019-2020. Ces taux d'hospitalisations sont plus importants en région métropolitaine de Montréal. Il s'agit d'un phénomène qui a pris de l'ampleur au Québec depuis 2015-2016, avec une progression moyenne de 3,5 % annuellement et de 14,9 % sur 5 ans (figure 21). Un taux élevé d'hospitalisations et de transferts aux urgences peut être associé à une difficulté des équipes interdisciplinaires en place de gérer adéquatement les problèmes de santé présentés par la clientèle hébergée. Il nous a toutefois été impossible de vérifier si les variations observées étaient attribuables à de telles difficultés des équipes, faute d'information clinique disponible en CHSLD.

---

31. Calculé à partir d'une extraction de données du MSSS, Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, cycles 1 à 3

**Figure 21 : Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée des résidents de CHSLD pour 100 lits dressés en CHSLD, années financières 2015-2016 à 2019-2020**



Source : Extraction des données du MSSS (2021), Base de données Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)

### **Une problématique persistante en matière de ressources humaines, particulièrement en CHSLD**

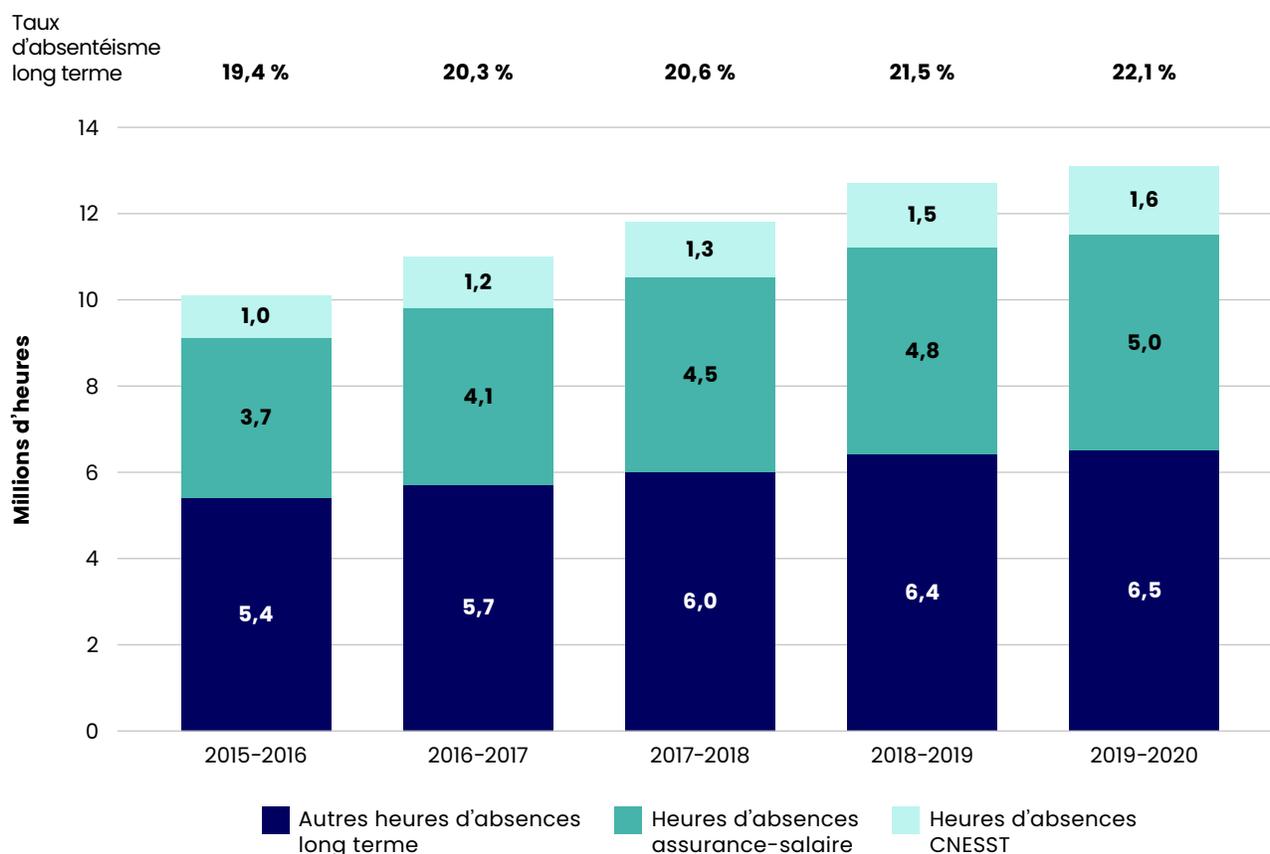
Dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, le nombre de personnes en emploi a augmenté de 9,3 % entre 2015-2016 et 2019-2020 tandis que le nombre d'équivalents en temps complet (ETC), une mesure qui reflète plus justement la prestation de travail réelle, a augmenté moindrement, soit de 7,6 %. Ces personnes s'absentent l'équivalent d'une journée rémunérée sur 5, toutes causes confondues. Autrement dit, c'est comme si chaque personne à l'emploi du réseau s'absentait une journée toutes les semaines de l'année. Si ce phénomène reste relativement stable depuis 2015-2016, cet absentéisme doit être compensé par des modalités qui peuvent accroître les vulnérabilités de la prestation de travail. À cet effet, on observe que le pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire dans l'ensemble du réseau a augmenté de 16,4 % annuellement entre 2015-2016 et 2019-2020, en passant de 2,7 % à 4,9 %. Au cours de la même période, le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) a quant à lui augmenté de 7,8 % annuellement, en passant de 2,3 % à 3,0 %.

### Qu'en est-il de la réalité du personnel des CHSLD ?

Ce sont 9 920 infirmières et 18 920 préposés aux bénéficiaires (PAB) en ETC qui travaillaient dans les CHSLD en 2019-2020. Ces effectifs ont augmenté de 2015-2016 à 2019-2020 selon les mêmes proportions que dans l'ensemble du réseau c'est-à-dire de 6,5 % pour les infirmières et de 4,2 % pour les PAB (pour un total de 566 infirmières et de 771 PAB de plus, en ETC). Malgré cette augmentation du nombre d'infirmières et de PAB en CHSLD, tel que nous le verrons plus loin, les heures régulières ne semblent pas combler les besoins actuels. L'absentéisme du personnel et l'augmentation de la lourdeur des clientèles doivent être compensés par des heures de travail effectuées par de la main-d'œuvre externe ou par des heures supplémentaires.

De 2015-2016 à 2019-2020, les taux d'absences à long terme chez les infirmières et les PAB travaillant en CHSLD, qui incluent notamment les absences pour motif de problèmes de santé liés au travail (CNESST) et d'assurance salaire, sont passés de 19 % à 22 % (figure 22). En nombre absolu, ces absences long terme représentaient 10 124 420 heures en 2015-2016 et 13 053 423 heures en 2019-2020.

**Figure 22 : Heures totales d'absences long terme\*, pour motif de CNESST et d'assurance salaire chez les salariés en soins infirmiers et soins d'assistance en CHSLD (CA 6060 et 6160) selon l'année financière**



\* Les absences long terme regroupent les congés parentaux, les congés sans solde, la CNESST, l'assurance salaire et les retraités préventifs

Source : Extraction des données du MSSS (2020), Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22)

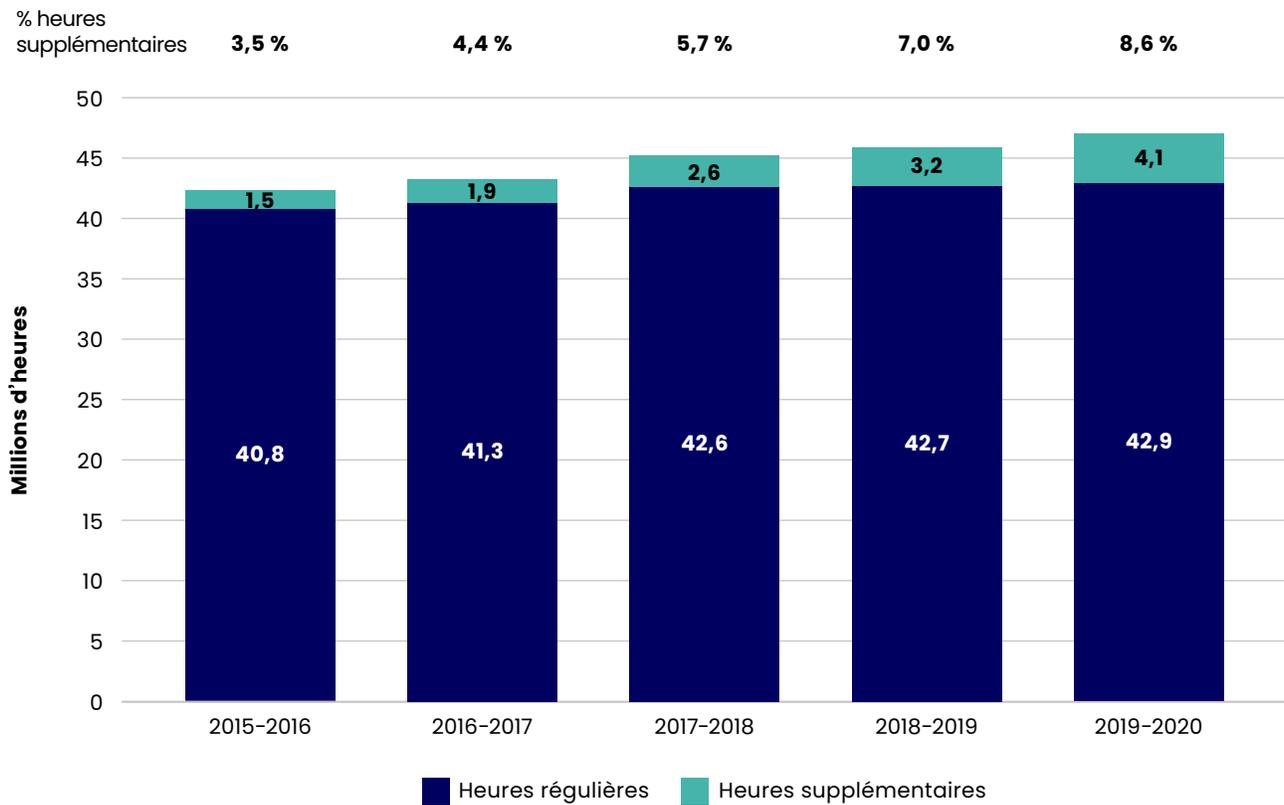
D'ailleurs, le recours au temps supplémentaire et à la MOI est plus fréquent en ce qui concerne le personnel infirmier et les préposés aux bénéficiaires (PAB) travaillant en CHSLD qu'ailleurs dans le réseau. Cette pratique de gestion met une fois de plus en lumière le manque d'effectifs pour couvrir les activités courantes d'autant plus que, depuis 2013, le nombre d'infirmières travaillant en soins de longue durée au Québec compte parmi les plus faibles au Canada<sup>32</sup>. Le CSBE n'a pas pu documenter le niveau de prestation médicale en CHSLD, ni l'intensité des soins multidisciplinaires, puisqu'aucune donnée ne permet de le faire au niveau provincial.

Plus spécifiquement, on observe qu'en CHSLD (publics et privés conventionnés), le pourcentage (%) des heures totales travaillées qui le sont en temps supplémentaire en soins infirmiers et en soins d'assistance est passé au cours des 5 dernières années de 3,5 % à 8,6 %. Cela représente une augmentation de 2 582 194 heures travaillées en CHSLD en temps supplémentaires par les infirmières et les PAB, passant de 1 469 766 heures en 2015-2016 à 4 051 960 en 2019-2020. Ces observations reflètent vraisemblablement une surcharge de travail pour certains employés en même temps qu'un aménagement du temps du travail pour un personnel à temps partiel qui est volontaire pour travailler un plus grand nombre d'heures. Cela dit, en 2019-2020, juste avant la pandémie, c'est presque 1 heure travaillée sur 10 qui l'était en temps supplémentaire (figure 23). Pour ce qui est du recours à la MOI, celui-ci a pratiquement doublé de 2015-2016 à 2019-2020 en CHSLD publics. Notons que cette pratique est encore plus fréquente en CHSLD privés conventionnés. Dans l'ensemble des CHSLD, cela représente une augmentation de 878 845 heures sur 5 ans, passant de 807 686 heures travaillées par de la MOI en 2015-2016 à 1 686 531 heures en 2019-2020 (figure 24).

---

32. Extraction des données de l'ICIS (2019), Le personnel infirmier au Canada, 2019 : tableaux de données.

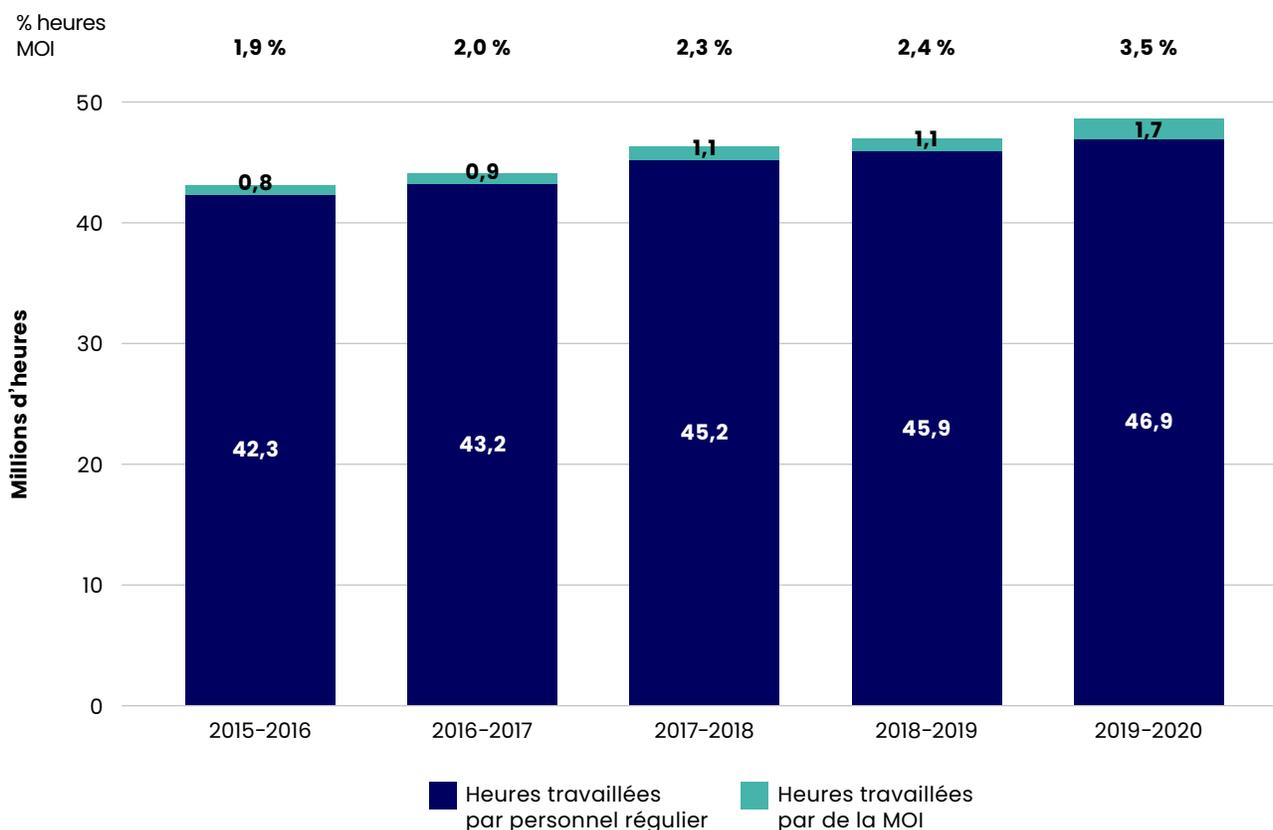
**Figure 23 : Heures totales travaillées\* en temps supplémentaire dans le programme SAPA en CHSLD (publics et privés conventionnés) en soins infirmiers et en soins d'assistance (CA 6060 et 6160)**



\* Les heures totales travaillées comprennent celles en heures régulières et en heures supplémentaires, mais excluent celles travaillées par de la MOI et par du personnel-cadre

Source : Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

**Figure 24 : Heures totales travaillées\* par de la MOI et par le personnel régulier dans le programme SAPA pour les soins infirmiers et les soins d'assistance en CHSLD (CA 6060 ET 6160)**



\* Les heures totales travaillées comprennent les heures travaillées en heures régulières, en heures supplémentaires et par de la main-d'œuvre indépendante (MOI), mais excluent les heures travaillées par du personnel-cadre.

Source : Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

Pour faire face à cette situation, les gestionnaires doivent adopter des moyens pour combler les absences de façon à maintenir la prestation directe et indirecte de travail auprès des résidents. Or, ces vulnérabilités dans l'organisation du travail se sont accompagnées d'une diminution de l'encadrement ce qui a pu nuire à la capacité de pallier ces différentes vulnérabilités. Le nombre de cadres dans le réseau de la santé et services sociaux a en effet diminué de 10,7 %, ce qui correspond à 1 093 cadres ETC, mesure conforme à l'orientation du plan stratégique 2015-2020 du MSSS qui visait une réduction importante du nombre de cadres dans le réseau.

Le pourcentage des heures totales travaillées par le personnel-cadre de premier niveau dans le programme SAPA en CHSLD publics et privés conventionnés est demeuré autour de 1 % depuis 2015-2016<sup>33</sup>. Ce résultat revient à dire qu'en CHSLD, pour 100 heures travaillées, une heure est travaillée par du personnel-cadre de premier niveau. On sait enfin que la charge de travail des gestionnaires dans le réseau s'est alourdie puisque le ratio global d'encadrement est passé de 20,6 employés par cadre en 2015-2016 à 25 employés par cadre en 2019-2020.

33. Mentionnons que ce pourcentage ne doit pas être interprété comme un taux d'encadrement en CHSLD à proprement dit, puisque certains cadres peuvent se trouver dans des centres d'activités transversaux. Il concerne les cadres de premier niveau, et non ceux des niveaux supérieurs.

En somme, à la question « Est-ce que les organisations et le personnel avaient la capacité de réagir adéquatement à la première vague pandémique? » le CSBE conclut que non.

Le CSBE estime que les CHSLD présentaient plusieurs vulnérabilités au début de la pandémie :

- Les CHSLD, tout comme les hôpitaux, fonctionnent au maximum de leur capacité et sont dans plusieurs régions débordés, ce qui nuit à leur agilité de réponse à des besoins ponctuels importants nécessitant de dégager la capacité requise ;
- Les pratiques en prévention et contrôle des infections en CHSLD étaient insuffisantes, ne respectant pas les normes en vigueur ;
- Les résultats des visites ministérielles dénotent une qualité et une sécurité sous-optimales dans plusieurs CHSLD notamment sur les critères de qualité de vie et de sécurité des lieux ;
- parmi les autres vulnérabilités, retenons la diminution importante de l'encadrement, l'augmentation des absences long terme et le recours important aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante ;
- La prestation de travail s'effectuait donc déjà dans un contexte de fragilité avant que la pandémie ne vienne aggraver la situation de l'absentéisme et l'état de santé du personnel.

Les renseignements obtenus par le CSBE ont permis d'analyser la réponse du système de santé et de services sociaux à la première vague de la pandémie. Les résultats chiffrés témoignent de la présence de plusieurs défis déjà présents au moment de l'entrée en pandémie. Les faits confirment l'impact considérable de la pandémie sur les milieux de vie, qui s'est traduit par un excès de mortalité qui aurait pu être maîtrisée plus rapidement. Les facteurs associés à la propagation de l'infection et à la mortalité ont également été identifiés, et sont similaires à ceux qui ont été reconnus dans d'autres États.

Clairement, le séisme pandémique a frappé ici plus fort qu'ailleurs. Les équipes cliniques en sont encore fortement ébranlées. Comme mentionné, plusieurs vulnérabilités rendaient les milieux plus fragiles. Examinons-les maintenant en donnant la parole aux acteurs.

## SECTION 3 – CONSULTATIONS SUR LES VULNÉRABILITÉS DU SYSTÈME : LE POINT DE VUE DES ACTEURS

Dans la section précédente, nous avons évalué l'état du système d'offre de soins et de services aux aînés à l'arrivée de la pandémie. Cet examen révèle un certain nombre de vulnérabilités qui ont nui à la réponse gouvernementale à la pandémie de COVID-19, mais soulève aussi des questions sur l'adéquation des soins et services de santé aux aînés hors pandémie. Le CSBE souhaite rendre compte, dans la présente section, des résultats des consultations sur les vulnérabilités existantes dans la gouvernance des soins et services aux aînés à l'arrivée de la pandémie, particulièrement quant à l'offre de ces soins et de services. Les perspectives recueillies font souvent écho à des résultats de rapports produits par divers organismes avant et pendant la pandémie. Les points de vue des acteurs rencontrés illustrent les défis de gouvernance en termes de planification, de contrôle de la qualité, et de gestion des ressources humaines, informationnelles et infrastructurelles. La parole de ces acteurs nous aide à comprendre les enjeux de gouvernance qui seront explorés en détail dans la section 4.

### L'approche méthodologique

Le CSBE a adopté une approche qualitative pour la réalisation de ses consultations, afin de traduire l'expérience, ainsi que les points de vue des acteurs engagés dans la gestion de la crise sanitaire de la COVID-19. L'approche retenue ne permet pas de quantifier l'importance des phénomènes et perceptions décrites, mais vise plutôt à rendre visible l'expérience vécue et perçue par les personnes rencontrées.

Notre échantillon est de type intentionnel, alors que les acteurs ont été sélectionnés pour rendre compte d'une diversité de réalités pendant la première vague de la pandémie. Des entrevues ont été menées avec des cadres supérieurs, des gestionnaires de haut niveau de domaines d'expertise variés (ressources humaines, soins et services aux aînés, logistique, etc.) dans les établissements, des représentants officiels d'organismes et des représentants des aînés. Au total, 104 entrevues semi-dirigées, individuelles et de groupe, ont été réalisées entre novembre 2020 et mai 2021 (le tableau 6 présente le portrait détaillé des profils d'acteurs rencontrés). Les schémas d'entrevue ont été adaptés au type d'acteurs rencontrés. Les entrevues ont été transcrites, et saisies et codées à l'aide du logiciel NVivo 12 Pro.

Notre approche comporte les forces et les limites inhérentes aux approches qualitatives, notamment concernant la possibilité de généraliser l'expérience vécue au-delà des participants à la consultation et de leur contexte et profil particuliers.

**Tableau 6 : Répartition des entrevues individuelles et de groupe selon la catégorie d'acteurs rencontrés**

CATÉGORIE DE RÉPONDANTS	NOMBRE D'ENTREVUES
Acteur politique	7
Acteur du MSSS	27
Acteur d'établissements (CISSS-CIUSSS et établissement non fusionné)	38
Associations et regroupements représentant les milieux de vie des aînés	5
Associations ou regroupements représentant les aînés, les comités des usagers et les personnes proches aidantes	3 (2 rencontres individuelles et 1 rencontre de groupe <sup>34</sup> )
Syndicats, associations et ordres professionnels	15
Premières Nations	2 (1 rencontre individuelle et 1 rencontre de groupe <sup>35</sup> )
Autres (p. ex., bénévoles, organisme d'accréditation)	7
<b>TOTAL</b>	<b>104 entrevues</b>

### 3.1 Vulnérabilités de la gouvernance

L'analyse des consultations réalisées dans le cadre de notre mandat a permis d'identifier certaines vulnérabilités dans la gouvernance de l'offre de soins et services aux personnes âgées hébergées en milieu de vie qui ont été révélées lors de la première vague de la pandémie. De façon générale, les intervenants rencontrés ont identifié l'absence de vision dans la planification des soins et des services aux personnes âgées hébergées, les contours de la responsabilité des acteurs et de leur imputabilité peu définie et, enfin, le peu d'autonomie décisionnelle conférée aux CISSS/CIUSSS dans la détermination des services devant correspondre à leurs communautés.

#### 3.1.1 Vision et planification

*J'ai l'impression qu'il n'y a pas de plan. J'ai l'impression qu'on ne veut pas planifier puis atteindre des objectifs. (...) Qu'est-ce qu'on veut faire avec les CHSLD? Comment on veut que les aînés soient pris en charge? Quelle qualité de vie on veut leur donner et de là, on va créer un plan avec un échéancier, avec des buts et des objectifs, c'est du praticopratique. Intervenant*

34. À laquelle participaient 9 organisations différentes

35. À laquelle participaient 14 organisations différentes

L'absence d'un plan d'action global et intégrateur, reflétant une vision de l'offre de soins et services destinés aux personnes âgées hébergées et des objectifs clairs correspondant à cette vision, est ressentie par les intervenants. Ils décrivent un système axé sur les soins hospitaliers qui a mis de côté le soutien continu offert aux usagers des milieux de vie pour des personnes âgées. La force des directions responsables des services aux aînés semble limitée par rapport à la force du « médical » présente au sein du MSSS.

*C'est là l'iniquité dans le financement et dans les moyens qui sont donnés, qui font en sorte que dans le partenariat, il y en a qui vont tirer la couverture beaucoup plus que d'autres, et avec des moyens pour le faire beaucoup plus importants. Intervenant*

*C'est sûr que moi, si j'en avais une seule [recommandation ce serait] une considération autour de la personne âgée au Québec (...) C'est qu'il y a eu vraiment du déni, je pense, des besoins des personnes âgées, de la réalité des personnes âgées (...) On fait tous nos examens de conscience avec ce qui s'est passé au niveau de la première vague, je me suis dit (...) Comment je n'ai pas été capable de convaincre plus mon organisation, le ministère, de ce qui était inacceptable? C'est inacceptable au niveau gouvernemental de ne pas prévoir la main-d'œuvre. Les ratios, ça fait longtemps qu'on décrit les ratios, mais derrière ça, je pense que c'est de l'âgisme. Intervenant.*

Selon les intervenants rencontrés, plusieurs rapports antérieurs ont fait état des besoins et des préférences des personnes âgées hébergées, besoins et préférences qui ne semblent pas s'intégrer dans la vision actuelle du réseau quant à l'offre de soins et de services aux personnes âgées. Nous avons demandé aux intervenants rencontrés ce qui, selon eux, expliquait les obstacles à la résolution de problèmes pourtant bien identifiés dans ces rapports, ainsi que l'inaction des gouvernements quant à l'implantation des recommandations issues de ces rapports. Plusieurs sont d'avis que l'influence d'objectifs politiques sur les orientations et les actions du MSSS représente un facteur déterminant :

*Puis avec le ministère, c'est plate à dire, mais pandémie, pas pandémie, quand il y a des risques médiatiques, il y a des décisions qui sont prises parce que c'est politique. Intervenant*

Nos consultations révèlent le défaut d'adapter l'offre de soins et de services en milieux de vie pour leur permettre de répondre aux besoins accrus des résidents, ce qui, pourtant, devrait s'inscrire dans la vision propre au déploiement de cette offre :

*Il y a quinze ans, les résidents de CHSLD arrivaient en voiture dans leur propre voiture. (...) On a restreint la clientèle admissible. C'est comme si on avait gardé un niveau de service pour ceux qui conduisent leur auto, avec une clientèle qu'on a admise et qui, maintenant, est dans les quatre derniers échelons de l'Iso-SMAF. Intervenant*

*On ne veut pas en faire des hôpitaux (les CHSLD). Ce n'est pas ça l'idée, mais, ce qui arrive actuellement, c'est que c'est resté un peu sur le modèle où, avant, les personnes qui étaient en CHSLD avaient un haut niveau d'autonomie et recevaient leurs familles. C'était vraiment leur maison. Maintenant, c'est encore leur maison, mais la lourdeur des soins qui sont à l'intérieur est beaucoup plus élevée. (Mais) on demeure dans une structure qui est très hospitalo-centrée. Ce qui arrive, c'est que la personne âgée va se détériorer à l'intérieur de son CHSLD, et elle va être amenée à l'urgence de l'hôpital. Pour les personnes âgées qui ont des troubles dégénératifs ou neurocognitifs, les déplacer comme ça, ça vient vraiment exacerber leur condition. Il faut être en mesure de les soigner à l'intérieur de là où ils sont. Intervenant*

La Commission de la santé et des services aurait, en 2016, constaté le problème des transferts évitables vers les hôpitaux, problème qui découle notamment de l'insuffisance des services médicaux en milieu de vie. Nous ferons part, plus tard dans cette section, des commentaires issus de notre consultation sur le manque d'attraction des médecins et des IPS dans ces milieux et les enjeux de planification que ça soulève.

### 3.1.2 Capacité et autonomie décisionnelle des CISSS/CIUSSS

Au palier national, le MSSS est l'autorité qui détermine les priorités d'action, d'intervention, les objectifs et les orientations en matière de santé et de services sociaux. Les CISSS/CIUSSS ont la responsabilité de s'assurer que des services de santé et services sociaux continus, accessibles et de qualité soient offerts à la population de leur territoire, et ce, en fonction de ses besoins et réalités, le tout dans le respect du principe de la responsabilité populationnelle. Les CISSS/CIUSSS sont administrés par un conseil d'administration (CA) dont les membres sont approuvés par le MSSS. Le MSSS approuve aussi le choix du PDG, qui gère les affaires courantes des CISSS/CIUSSS. Le PDG veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et s'assure que soit transmise à ce dernier toute l'information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités.

*Le ministère est là pour donner des orientations. Il faut qu'il y ait des décisions qui soient prises. Mais ce qui est important, c'est que, après ça, on ait de la place pour faire ce que nous, au niveau populationnel, on doit faire. Ça n'est pas du ressort du ministère, puis ce qui me heurte le plus, c'est que le ministère est dans le « comment ». C'est ça qui me dérange. **Intervenant***

Pour certains des acteurs rencontrés dans nos consultations, trop de pouvoirs sont attribués actuellement au MSSS, ce qui laisse trop peu d'autonomie de fonctionnement aux CISSS/CIUSSS. Les CISSS/CIUSSS doivent ainsi composer avec des cadres rigides qui ne sont pas toujours adaptés aux réalités terrain de l'offre de soins et de services aux personnes âgées hébergées :

*[...] le ministère donne des orientations qui fixent des cibles nationales. Après, ça se décline dans des cibles régionales par établissement. Je n'ai pas trop de problèmes avec ça, en autant qu'ils nous écoutent. [...], mais je n'ai pas nécessairement besoin de me faire dire toujours le « comment ». Puis quand on se fait dire le « comment », ça devient extrêmement rigide. **Intervenant***

Alors que les CISSS/CIUSSS sont sous la gouverne d'un CA, leur rôle demeure limité, car étroitement encadré par les politiques, les règles et les approbations requises du MSSS :

*C'est triste à dire, mais depuis le début de l'existence des CIUSSS et des CISSS, il y a beaucoup de top-down de la part du ministère. Donc, les choses arrivent déjà préfaites, prémâchées, et le Conseil d'administration, c'est plate à dire, puis je vais utiliser un terme anglais, mais c'est du rubber stamp. (...) **Intervenant***

D'autres enjeux nous ont été rapportés par les acteurs, notamment au niveau des fonds accordés par le MSSS aux CISSS/CIUSSS qui sont souvent accompagnés de critères stricts à respecter pour que les dépenses soient jugées admissibles. Ainsi, les cibles de ces allocations ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins de la population âgée identifiée par le CISSS/CIUSSS et les modalités d'application (délais à respecter, reddition de compte, etc.) peuvent être difficiles à honorer. Ainsi, lorsque les CISSS/CIUSSS ne peuvent répondre aux critères édictés par le MSSS, ces derniers risquent de perdre certaines opportunités de soutien financier :

*Il y avait de l'argent, en février, qui est descendu pour les proches aidants. [...] Les critères d'attribution sont très précis. Il faut que ça aille dans chaque petite case, et conclusion, il y avait dix millions quelque part qui dormaient, alors que ça aurait pu être utilisé à vraiment développer des services et du soutien. **Intervenant***

*L'enjeu est qu'au niveau, souvent quand on reçoit une tonne d'argent [...], mais on n'a pas de monde. Puis on ne peut pas la bouger. Fait que là il y a des investissements qu'on va perdre parce qu'on n'a pas réussi à mettre quelqu'un dessus, alors qu'il y en a d'autres qui n'ont pas été utilisés. **Intervenant***

### 3.1.3 Imputabilité et responsabilité populationnelle

L'imputabilité est un élément essentiel à la performance d'un système de santé et à la qualité des services de ce système (Maynard, 2013; Comité des politiques publiques et de la santé et Bureau des politiques de la santé, 2012). L'imputabilité repose sur l'idée qu'une instance supérieure impose à un gestionnaire ou à une instance dirigeante des objectifs, des résultats, des orientations et des standards à atteindre ou à satisfaire (Denis, 2014; Brinkerhoff, 2003; Emanuel et Emanuel, 1996). Le principe de l'imputabilité suppose ensuite que ce gestionnaire ou cette instance dirigeante soit responsable d'atteindre ou de satisfaire les objectifs, les résultats, les orientations et les standards prédéterminés.

#### Identification et atteinte des objectifs, cibles et résultats

L'un des enjeux soulevés par les intervenants rencontrés est que, de façon générale, les objectifs prioritaires définis par le MSSS et dont les établissements sont imputables sont des objectifs de volume de production d'activités et d'accès, et non des objectifs de résultats sur la santé et le bien-être des usagers et de la population du territoire. **Il en résulte ainsi une attention démesurée, selon eux, sur la production d'actes sans suffisamment d'égards à la pertinence ou la qualité de réalisation de ceux-ci.** Pour enrichir l'évaluation du continuum aîné, il serait donc pertinent d'accorder une importance accrue à la perspective des usagers (satisfaction des usagers).

*... je pense qu'on fait beaucoup des indicateurs de nombre et de volume, parce que ce sont les plus faciles. On ne fait pas beaucoup d'indicateurs de suivi de satisfaction d'usagers. C'est ce qu'on mesure le moins, parce que c'est ce qui est le plus subjectif et le plus difficile pour tirer des conclusions. **Intervenant***

Certains intervenants ont mentionné que les ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) comprennent un très grand nombre d'indicateurs, de sorte qu'il est difficile d'en dégager une vision d'ensemble, de déterminer ce qui est prioritaire pour l'établissement et de prévoir une stratégie coordonnée pour rencontrer les engagements identifiés. Il ressort de nos consultations que les indicateurs budgétaires et d'accès sont privilégiés et sont ceux sur lesquels les gestionnaires se basent pour évaluer leurs services :

*Honnêtement, on a tellement d'indicateurs de performance, je pense que notre tableau est de huit pages. On doit avoir à peu près 80 indicateurs de performance, 80 cibles différentes. Donc, est-ce que les bonnes sont à l'intérieur? Oui, les bonnes priorités sont là, mais elles sont noyées. D'en avoir 80, c'est comme ne pas en avoir, parce qu'il y en a tellement qu'on ne peut pas les prioriser. **Intervenant***

Au-delà de l'imputabilité en regard des EGI et du rapport annuel de gestion, le MSSS, par le biais de ses différentes directions, peut exiger d'autres types de reddition de compte aux établissements. Le MSSS ne semble pas toujours avoir une vision d'ensemble et intégrée de ce qui est demandé aux CISSS/CIUSSS. Souvent la même information est demandée dans plusieurs formulaires. Cette vision morcelée des informations demandées aux CISSS/CIUSSS et pour lesquelles ils sont imputables génère une bureaucratie importante :

*Moi, je pense qu'avant de lancer de nouvelles redditions de comptes, ça serait intéressant que le ministère valide auprès des établissements, quel est l'effort requis pour compléter cette reddition de compte, et surtout, à quoi elle va servir. Si elle sert à prendre des décisions, à voir où est ce qu'on en est rendu, il faut y aller fort. Si elle sert à pas grand-chose, ou qu'on répète la même information dans trois formulaires différents, parce que ça ne se parle pas nécessairement au ministère... **Intervenant***

## Décentralisation de l'imputabilité

Il est reconnu qu'avec des pouvoirs, des capacités et de l'autonomie vient l'imputabilité (Greer, Wismar, Figueras, 2016 ; Han et Hong, 2016). Or, le ministre verra rarement sa responsabilité engagée s'il fait défaut d'assurer une offre de qualité de soins et de services dans les milieux de vie pour personnes âgées. Pour ce qui est son imputabilité, outre celle envers la population, le ministre doit rendre compte, d'une part, envers le gouvernement et le premier ministre, ce dernier pouvant démettre le ministre de ses fonctions s'il juge que les résultats ne sont pas atteints (Brun, Tremblay et Brouillet, 2008). D'autre part, le ministre est imputable des actions du MSSS envers l'Assemblée nationale (*Loi sur l'administration publique*, art. 1, 2, 11 et 26).

Les propos des intervenants rencontrés, démontrent une certaine dichotomie dans la gouverne des soins et des services destinés aux personnes âgées hébergées. Alors qu'il y a une centralisation du pouvoir décisionnel qui semble émaner du MSSS, l'imputabilité, quant à elle, semble plutôt décentralisée vers les équipes des CISSS/CIUSSS, leurs différentes directions ainsi que leur personnel :

*Et ce qu'on a vécu aussi sur le terrain, c'est qu'on a senti que **dans un système hyper centralisé, l'imputabilité elle était mystérieusement décentralisée**. [...] on devenait subitement responsable de ce qui arrivait sur le terrain, mais sans avoir (...) la capacité décisionnelle à la hauteur de cette imputabilité-là. **Intervenant***

Or, il est jugé primordial par les intervenants, de donner la marge de manœuvre nécessaire aux acteurs si on désire qu'ils puissent être pleinement responsables :

*C'est de s'assurer d'abord qu'il y ait une décentralisation en échange d'une imputabilité. Mais pour qu'il y ait une imputabilité, il faut qu'il y ait une certaine marge de manœuvre qui soit donnée. **Intervenant***

Plusieurs acteurs rencontrés nous ont par ailleurs indiqué une ambiguïté dans l'identification des personnes qui sont réellement imputables, mais aussi au niveau des conséquences auxquelles s'exposent les CISSS/CIUSSS qui ne répondent pas ou ne se conforment pas aux attentes formulées à leur égard :

*Tu as différentes responsabilités qui sont données à plusieurs acteurs, mais ce qui fait en sorte que tu te retrouves dans une situation où il y a plusieurs acteurs qui ont des responsabilités, mais il manque un fil conducteur, puis il manque un partage possiblement d'informations. Ce genre de situation implique une problématique de gouvernance. [...] Malheureusement, quand tu as trop de personnes responsables, tu augmentes ton risque que ça tombe entre deux chaises. C'est malheureusement au niveau des systèmes de gestion de la qualité, là il y a travail à faire à ce niveau-là, et on y travaille actuellement. **Intervenant***

Dans le contexte de la pandémie, cette ambiguïté dans les rôles et responsabilités s'est répétée au niveau du personnel qui a peiné à identifier les personnes pouvant répondre à leurs besoins et demandes urgents pour effectuer adéquatement leur travail dans le respect des normes et standards attendus :

*C'est quelque chose dont j'ai fait l'expérience quand j'ai commencé en CHSLD, j'ai remarqué qu'il nous manquait énormément de poubelles. On s'entend, en temps de pandémie, quand il faut enlever du matériel tout le temps, les poubelles sont quelque chose de fondamental pour s'assurer que l'on respecte les directives de la santé publique et je me suis rendu compte assez rapidement que je n'avais aucune idée qui contacter pour obtenir plus de poubelles, s'il n'y en avait pas dans le CHSLD. Donc j'avais parlé à mon coordinateur à ce moment-là qui m'a dit : « Je ne sais pas, il faudrait contacter le quelqu'un au CIUSSS ». Qui contacter? Ce n'était pas du tout clair. [...] Ça prend beaucoup de temps, ça m'a pris plusieurs heures avant de trouver des informations pour envoyer des courriels. **Intervenant***

*C'est tellement gros [les établissements] que les gens ne sont pas capables de voir qui, à l'intérieur de notre établissement, pourrait être aidant. On ne s'y retrouve même pas dans les organigrammes de notre établissement. On n'a pas de bottin unifié dans notre établissement. [...]. **Intervenant***

Bien que le MSSS ait finalement nommé des gestionnaires responsables en CHSLD pendant la pandémie, les contours de la responsabilité et de l'imputabilité de ces derniers demeuraient, au moment de la tenue de nos consultations, encore flous. Des acteurs ont soulevé des questionnements quant à leur autonomie décisionnelle et capacité d'action réelles :

*Sur la question de la nomination d'une personne responsable dans chacun des CHSLD, le mot que le ministre de la Santé a utilisé, c'est l'imputabilité. Nous, ce qu'on dit, c'est que tu ne peux pas être imputable si on ne te donne pas l'autorité pour agir rapidement sur toutes les problématiques. Tu ne peux pas dépendre d'un supérieur qui est tellement loin que ça prend deux semaines avant d'avoir l'autorisation. OK pour l'imputabilité, c'est bien beau. S'il arrive encore une très grande problématique, dans un CHSLD quelconque, on va le nommer, le blâmer, et le mettre à la porte, mais est-ce qu'on va lui avoir donné les moyens financiers et l'autorité nécessaire pour agir immédiatement et régler les problèmes le plus rapidement possible? **Intervenant***

Selon des intervenants rencontrés, cette ambiguïté dans les rôles et responsabilités peut avoir contribué au fait que la pandémie a touché si fortement les milieux de vie où étaient hébergées les personnes âgées lors de la première vague.

*Nous, ce qu'on entend du milieu, c'est qu'il n'y a pas de gestionnaires partout. Ils sont là par intérim. Ils n'auraient pas beaucoup de pouvoir, semble-t-il. Donc, est-ce que ce problème est réglé? Je ne suis pas convaincu. **Intervenant***

## **Responsabilité populationnelle**

Les CISSS/CIUSSS sont responsables d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) de leur territoire. Les CISSS/CIUSSS et leurs partenaires partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés qui correspond aux besoins de leur population et qui visent à favoriser le maintien et l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. À la lumière des consultations réalisées, on constate une variabilité dans la perception de l'étendue de cette responsabilité et de ses implications à l'égard de la qualité de l'offre de soins et services dans les milieux de vie.

Si certains y voyaient une responsabilité du CISSS/CIUSSS avant la pandémie envers les milieux de vie privés, pour d'autres, cette responsabilité aurait été étendue pendant la pandémie pour prêter main forte à ces milieux qui, pour certains, se sont trouvés dans une situation critique :

*Avec les arrêtés ministériels, les établissements, comme vous le savez, se sont fait confier la responsabilité de tous les milieux privés aussi. Notre priorité dans la première vague était d'épargner le plus possible les hôpitaux en allant donner les soins en proximité aux patients, dans les RPA entre autres. Les CHSLD, c'était déjà assumé. **Intervenant***

*La préparation des CHSLD, des RI, et des RPA rendent conscients les CISSS et les CIUSSS que la responsabilité populationnelle ne se limite pas aux institutions dans lesquelles ils gèrent. Les clients, ou les gens qui ont des besoins, dans l'ensemble du territoire, qu'ils soient dans un CHSLD privé conventionné, dans une RPA, dans une Ressource intermédiaire, s'ils ont une responsabilité populationnelle, ont droit aux mêmes droits, services, protection, et soutien. **Intervenant***

Le manque de ressources des CISSS/CIUSSS a pu, selon plusieurs intervenants, jouer un rôle clé dans la capacité du système d'offre de soins et de services destinés aux personnes âgées hébergées, à bien répondre à cette responsabilité populationnelle dans le contexte de la pandémie, quand ils étaient appelés à assurer non seulement la qualité, mais aussi compléter les services dans ces centres d'hébergement.

*C'est comme si tu as un restaurant, et soudainement, on te dit : « Tu n'as pas juste un restaurant à t'occuper. Tu vas maintenant t'occuper de tous les casse-croûtes de ton territoire ». Tu vas leur dire : « Voyons, ma cuisine n'est pas faite pour ça. J'ai deux serveurs et deux cuisiniers, et je m'occupe de tous les casse-croûtes soudainement ». C'était ça en début de première vague, et c'est encore ça. Il faut être capable de soutenir s'il y a des enjeux dans les RPA et les CHSLD privés. **Intervenant***

Finalement, la pandémie a mis en lumière ce besoin de mieux définir les contours de la responsabilité populationnelle des CISSS/CIUSSS et de voir à ce qu'on mette à leur disposition les ressources et les leviers nécessaires pour y répondre notamment en regard des milieux de vie privés pour aînés :

*Toute la notion de responsabilité populationnelle n'a jamais bien été définie, sauf de dire qu'on a une responsabilité populationnelle. Il y a un travail énorme à faire là-dedans. C'est beau de dire qu'on a la responsabilité populationnelle, si on n'a pas le levier pour obliger les exploitants, par exemple, à se conformer à ce qu'on leur demanderait de se conformer, si on prétend que l'on est capable de faire les évaluations partout. On n'a pas ce levier-là. On peut décider qu'on ferme, on a le pouvoir là dans le fond, c'est le seul levier que l'on. **Intervenant***

### **IL DÉCOULE DE NOS CONSULTATIONS SIX CONSTATS SUR LA VISION QUI GUIDE L'ACTION DU SYSTÈME ET LA MARGE DE MANŒUVRE DES ACTEURS :**

1. Il n'existe pas de planification à partir d'une vision conforme à l'évolution des besoins et aux valeurs des aînés hébergés.
2. Les conseils d'administration détiennent peu d'autonomie et de pouvoir décisionnel.
3. Les CISSS/CIUSSS ne disposent pas d'une marge de manœuvre suffisamment grande pour répondre aux besoins propres de leur population territoriale.
4. Les objectifs prioritaires définis par le MSSS et dont les établissements sont imputables sont des objectifs de volume de production d'activités et d'accès, et non des objectifs de résultats de santé et de bien-être pour la population.
5. Les ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) comprennent un très grand nombre d'indicateurs, de sorte qu'il est difficile de déterminer ce qui est prioritaire et de rendre les établissements imputables.
6. La responsabilité populationnelle des CISSS/CIUSSS n'est pas suffisamment définie quant à l'assurance d'une offre de soins et services de qualité dans les CHSLD privés et les RPA.

## **3.2 Mécanismes de contrôle**

Dans la présente section, nous abordons les vulnérabilités associées aux mécanismes de contrôle de qualité qui ont été relevées dans le contexte de nos consultations et qui, selon certains intervenants, ont contribué à exacerber l'impact de la pandémie sur les personnes âgées hébergées au Québec.

Le Québec bénéficie d'un large éventail de mécanismes de contrôle de la qualité (MSSS, 2021a, p. 41) La récente **Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent** fait état des divers mécanismes de contrôle de qualité qu'elle associe au terme « mécanisme d'assurance qualité ». Ces mécanismes représentent un ensemble de moyens mis en place pour **améliorer** la qualité des soins et des services.

Toutefois, les consultations révèlent que le déploiement de ces mécanismes ainsi que de leur intégration dans une stratégie globale ayant pour objectif spécifique l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et services aux personnes âgées hébergées en milieu de vie semble faire défaut. Si nous savons que l'efficacité de ces mécanismes est aussi intrinsèquement liée à la responsabilisation des acteurs et à leur imputabilité, il s'avère difficile pour un acteur d'être imputable s'il ne dispose pas des capacités requises pour exercer ses responsabilités.

### **3.2.1 Les principaux mécanismes de contrôle de la qualité**

#### **Commissaire aux plaintes**

Le rôle du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (« Commissaire aux plaintes ») est de recueillir les plaintes des usagers ainsi que les dénonciations ou signalements. Il fait rapport de ces travaux au CA de son établissement.

Les consultations révèlent que les régimes d'examen des plaintes et de dénonciations sont assez bien connus des usagers, des gestionnaires et des professionnels de la santé, mais certains usagers, leurs représentants et des employés auraient une réticence à soumettre des plaintes ou à faire des dénonciations par peur de réprimande dans les milieux de vie privée.

*Donc, les personnes qui sont hébergées, peu importe l'endroit, n'ont pas la facilité ou n'ont pas le goût de dénoncer. Ils vont peut-être formuler quelques petites plaintes, mais même entre eux, ce n'est pas bien vu de dénoncer au niveau de la nourriture, au niveau des soins. Donc, cette loi du silence, ça fait en sorte qu'effectivement, les dégâts sont là. **Intervenant***

Selon les intervenants rencontrés, le manque de formation et/ou de connaissances des employés quant au processus de plaintes et de dénonciation pourrait aussi en partie expliquer la réticence des usagers et de leurs représentants à formuler des plaintes. Une plus grande promotion du rôle du Commissaire aux plaintes dans les milieux de vie privés ainsi qu'une meilleure connaissance de ce qu'implique la « maltraitance » est suggérée par plusieurs afin de pallier cette situation.

Les intervenants rencontrés nous ont indiqué que l'efficacité du régime de traitement des plaintes et de dénonciation est fortement dépendante de la relation entre le Commissaire aux plaintes et son établissement, relation qui semble variable d'un établissement à l'autre.

Rappelons que la *Loi sur les soins de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS ») prévoit que le Commissaire aux plaintes est indépendant et qu'il relève du CA de l'établissement. Le Commissaire aux plaintes siège également au Comité de vigilance et de la qualité du CISSS/CIUSSS. Or, la place parfois limitée laissée au commissaire aux plaintes au sein des réunions du CA et la reconnaissance variable de l'importance de ses activités par un CA peuvent, selon des intervenants rencontrés, expliquer que des problèmes de qualité au sein de milieux de vie pour personnes âgées soient passés sous le radar dans certains CISSS/CIUSSS pendant la pandémie.

*J'ai un CA qui respecte le processus de plaintes et qui me donne toute la place dont j'ai besoin – et le comité de vigilance également –, mais quand je parle avec mes autres collègues commissaires, ce n'est vraiment pas le cas dans tous les établissements. J'ai une commissaire de [information confidentielle supprimée] qui ne siège même pas sur le comité de vigilance, alors que la loi le prévoit. Ce n'est pas un choix, c'est ce qui est écrit dans la loi, mais son DG a décidé que ça ne se passerait pas comme ça. **Intervenant***

Les consultations révèlent que le rôle du Comité de vigilance et de la qualité semble aussi tout particulièrement varier d'un établissement à l'autre. La loi prévoit par ailleurs que le PDG doit être présent lors des réunions de ce comité. Or, il ressort de nos consultations qu'en pratique, cela n'est pas le cas dans certains établissements où le Comité de vigilance revêt plus le rôle d'un comité créé pour répondre aux exigences légales, mais sans que celui-ci soit réellement considéré par certains CA et PDG d'établissements :

*On ramène toujours les membres du comité de vigilance à leur rôle. Ils ne sont pas là pour faire des examens, ou pour dire quoi faire non plus à tout le monde, mais ils sont là pour que les directeurs leur fassent une reddition de comptes, et que les directeurs répondent à leurs inquiétudes, pour pouvoir transmettre aux membres du CA le suivi de l'établissement dans les dossiers de qualité. **Intervenant***

À la lumière des entrevues réalisées, nous constatons qu'il peut être difficile d'avoir une vue d'ensemble de la qualité de l'offre de soins et de services dans le réseau en raison d'une variation importante dans les pratiques des Commissaires aux plaintes. Depuis juin 2021, avec l'entrée en vigueur de la *Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés*, les Commissaires aux plaintes des CISSS/CIUSSS reçoivent et traitent désormais, non seulement les plaintes et les dénonciations qui découlent de l'offre de soins et de services dans les CHSLD publics, mais également des CHSLD privés ainsi que des RPA, et ce sans que soient ajoutées les ressources leur permettant de bien exercer leurs fonctions.

## Agrément

L'agrément est une accréditation certifiée par un organisme externe (Agrément Canada pour le Québec) qui offre une reconnaissance publique du fait qu'un établissement de santé se conforme à un ensemble de normes de qualité reconnues et s'engage continuellement dans un processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité de ses services.

Les intervenants rencontrés nous ont indiqué que l'implantation du processus d'agrément au sein des établissements a fortement contribué à favoriser la qualité dans le réseau. Certaines faiblesses ont toutefois été portées à notre connaissance, notamment que les suivis systématiques relatifs à l'implantation des recommandations suivant une visite d'agrément semblent faibles et qu'on ne porte peu d'attention aux résultats en matière de qualité.

*Vous avez une grille d'observation et les gens vont cocher la présence de conformité ou non. (...). Parce que tout ça, ce sont des processus. Ce n'est pas une mesure de la qualité, il n'y en a aucun qui est une véritable mesure de la qualité. Tout ce qu'on en a, ce sont des processus qui nous disent que lorsque c'est présent, on a vraisemblance qu'il y a de la qualité. (...) La façon idéale serait une mesure de la qualité, c'est certain. C'est ce qui est le top. Intervenant*

## Comité des usagers et de résidents

Il ressort de nos consultations que les représentants du MSSS voient les comités d'usagers et de résidents comme un mécanisme clé du contrôle de la qualité. Toutefois, il appert que le rôle et la valeur de ces comités soit parfois peu reconnus au sein des établissements. Cette situation est présente tant dans les établissements publics que privés. D'ailleurs, et possiblement une réflexion de cette situation, ces comités n'ont pas été consultés dans le contexte de la pandémie :

*C'est sûr que durant la première vague, la collaboration et le partenariat, toutes ces bonnes pratiques-là, avec les comités d'usagers et même avec les organismes nationaux, tout ça a pris un peu le bord. [...] Encore aujourd'hui, on est loin d'être la première vague. Il y a des comités de résidents qui n'ont pas accès aux étages. Ils ne peuvent pas voir ce qui se passe, donc ils ne sont pas capables d'exercer leur mandat concrètement. Intervenant*

## Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie

De façon générale, il est reconnu par les intervenants rencontrés que les visites ministérielles, lorsqu'elles ont lieu, complètent bien l'exercice d'autres mécanismes intervenus en amont (p. ex. agrément, recommandations par le Commissaire aux plaintes et par le Protecteur du citoyen). Ce mécanisme, lorsqu'il est activé, semble ainsi assez efficace pour susciter le changement et favoriser l'amélioration de la qualité dans un milieu de vie donné. Néanmoins, des faiblesses de ce mécanisme nous ont été soulevées. Le nombre et la fréquence des visites ministérielles et le nombre d'inspecteurs permettant d'accroître la fréquence des visites ministérielles semblent particulièrement manquants.

*Le problème est qu'il n'y a pas assez de visites de contrôle pour les mettre en place ou garantir que les critères ont été respectés. Dans les CHSLD publics, des fois, il y a des visites de contrôle qui se font aux deux ou trois années. Dans les CHSLD privés, ça peut aller jusqu'à cinq ans. À un moment donné, comment voulez-vous assurer le suivi des détails qui ont été mis en place? On peut avoir de bonnes lois, mais ces lois-là ne peuvent pas se mettre en place comme telles. Intervenant*

Pendant la pandémie, ces visites ont été, selon des intervenants consultés, remplacées par des visites de « vigies » destinées à assurer la transmission de connaissances en lien avec les mesures PCI. L'évaluation des aptitudes des employés des milieux de vie à maîtriser les mesures de PCI et l'évaluation de la qualité de ces mesures en milieu de vie ne semblent pas faire l'objet d'un contrôle systématique et complet d'assurance qualité, que ce soit via l'agrément, via l'exercice de la responsabilité populationnelle des CISSS/CIUSSS ou via les visites du MSSS ou les EGI.

### **Liens collaboratifs avec les milieux privés pour assurer la qualité**

Les consultations révèlent que les CISSS/CIUSSS manquent de moyens et de ressources pour assumer leur responsabilité lorsque la qualité au sein des partenaires privés semble faire défaut. Les acteurs consultés identifient une collaboration absente ou difficile entre les acteurs publics et privés et l'absence de pouvoir d'intervention des CISSS/CIUSSS auprès des milieux de vie privés comme étant les principales limites à l'exercice de leur responsabilité.

À la lumière des consultations, nous comprenons qu'avant la pandémie, les CISSS/CIUSSS entretenaient très peu de liens collaboratifs avec les milieux de vie privés. Or, il est reconnu que l'amélioration de la qualité se génère plus facilement à travers l'accompagnement, la collaboration et la formation (Busse, Klazinga, Panteli, et Quentin, 2019; Largenté, 2018; Rodríguez et Rojas, 2012; Berwick et al., 1989). Les acteurs rencontrés abondent également dans ce sens.

*L'agilité va bien quand il y a une bonne collaboration. (...) Pour agir sur un établissement privé, la LSSSS n'a pas été pensée pour intervenir de force dans un établissement qui est plus ou moins volontaire. Intervenant*

Les acteurs consultés nous ont dit que la collaboration de certains milieux de vie privés, avec les CISSS/CIUSSS, est souvent difficile. D'une part, les milieux de vie privés sentent que les CISSS/CIUSSS assument deux rôles contradictoires en étant à la fois des prestataires de services, mais aussi des évaluateurs de qualité. D'autre part, les milieux de vie privés ne souhaitent pas que les CISSS/CIUSSS s'immiscent dans leur gestion. Ils se considèrent les seuls responsables. Néanmoins, les consultations révèlent que la pandémie semble avoir favorisé (et, dans certaines situations, « forcé ») la collaboration des milieux de vie privés avec les CISSS/CIUSSS :

*En période de pandémie, on a vu que quand ils ont eu de la difficulté à mettre en place des mesures de protection, ils se sont retournés vers les CIUSSS pour dire : « Venez donc nous aider, parce que nous, on ne connaît pas les zones chaudes et les zones froides ». Les équipes de nos CIUSSS se sont déplacées et sont allées les aider à mettre en place, parce qu'ils ont une responsabilité populationnelle. Intervenant*

Il ressort par ailleurs de nos consultations qu'en l'absence de collaboration, les CISSS/CIUSSS disposent de peu de pouvoir d'action. Les acteurs consultés nous ont dit que les CISSS/CIUSSS, qui constatent un problème de qualité dans un milieu de vie privée, ne disposent pas des moyens leur permettant d'inciter et d'assurer l'action recommandée pour améliorer la qualité et ainsi protéger les résidents.

Plusieurs intervenants nous ont indiqué que les mécanismes de contrôle de la qualité actuels étaient essentiellement axés sur l'accompagnement vers une amélioration de la qualité et qu'aucun ne prévoyait de réelles sanctions en cas de manquement sauf des sanctions extrêmes difficilement applicables comme le retrait d'une certification, la terminaison d'un contrat ou encore la mise sous tutelle. La gradation des mesures « incitatives – punitives » est ainsi absente, ce qui pourrait avoir pour effet, selon certains intervenants, de limiter la réponse aux changements de certains milieux de vie privés.

*Ce qui a été fait comme choix, aussi, c'est beaucoup d'aller vers ce qu'on appelle l'amélioration continue, c'est-à-dire d'accompagner les milieux vers une amélioration constante et non pas de leur dire tu n'es pas bon, on arrête et puis on s'en va. C'est un choix que je pense qu'on est en train peut-être de revoir un petit peu. Dans le sens qu'on peut accepter d'accompagner des milieux à l'amélioration continue, mais il faut se poser la question quand même combien de temps on les accompagne? **Intervenant***

*C'est une difficulté de notre réseau qu'on a parce qu'on nous confère la responsabilité, l'imputabilité professionnelle, mais on ne nous donne pas les leviers pour l'assurer pleinement. Je pense que vous allez l'entendre de l'ensemble de mes collègues. On en parle souvent, on a beau rentrer par la porte arrière avec les évaluations qui sont faites, les visites vigies, de milieux avec nos collègues de la BQAPE, mais on n'a pas souvent les leviers qu'il faut pour pouvoir assurer. Je vous dirais qu'on travaille énormément, on sollicite la collaboration des partenaires. Dans les RPA, même dans les RI, on réussit à pouvoir les accompagner, à les aider à se structurer, que ça soit aux nouveaux processus, que ce soit au niveau des fonctionnements, des responsabilités. Il reste que ce sont des instances privées, qui ont leurs propres fonctionnements. **Intervenant***

## **Vulnérabilités particulières des mesures de contrôle de la qualité en RPA**

Les consultations réalisées révèlent que les mécanismes actuels de contrôle et d'amélioration de la qualité applicable aux RPA sont soit faibles ou absents, malgré que la clientèle de certaines de ces résidences présente des profils lourds, surtout que de plus en plus de CISSS/CIUSSS concluent des ententes de services avec les RPA pour accueillir, souvent temporairement, des personnes âgées en perte d'autonomie importante. C'est pour cette raison que nous y consacrons une section particulière. Nos consultations révèlent des failles au niveau de la certification, particulièrement dans un contexte où les RPA reçoivent une clientèle avec des besoins de plus en plus lourds, ainsi que dans la tenue de registres d'incidents et accidents.

Plus spécifiquement, les consultations révèlent que la certification des RPA est insuffisante pour assurer la qualité des soins offerts et qu'elle ne s'inscrit pas dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

*Effectivement, il y a des critères de certification qui s'appliquent, mais on a vraiment l'impression que, finalement, il n'y a aucun mécanisme qui oblige à ce que ces critères soient respectés. Une fois que la certification est obtenue, l'impression qu'on a de l'extérieur, c'est que la résidence peut faire presque ce qu'elle veut et il n'y a pas de mécanisme en place. Il y a un autre mécanisme, on le sait. C'est, en principe, les CISSS et les CIUSSS qui sont responsables, mais à l'évidence, il y a des cas où ces mécanismes-là ne fonctionnent pas. **Intervenant***

*(...) c'est vraiment une préoccupation de voir l'augmentation des soins de la clientèle dans les RPA. Du nombre de personnes en attente de places en CHSLD. C'est énorme. C'est nouveau : depuis environ deux ans, il y a de l'achat de places en RPA pour la clientèle qui est en attente d'une place en CHSLD. **Intervenant***

Par ailleurs, le retrait de la certification, comme seule mesure punitive dans le contexte d'une RPA refusant de faire suite à des recommandations destinées à améliorer la qualité, est souvent une avenue difficile à considérer :

*(...) 300 places, faut que tu sois en mesure de relocaliser l'ensemble de ces gens dans un village, la RPA c'est souvent là où tous les aînés de ce village finissent. Ils se connaissent tous et ont toujours vécu ensemble, fermer une RPA c'est déraciner tout ce monde-là. Ce ne sont pas des décisions qui se prennent à la légère, mais si on pouvait avoir un meilleur processus d'accompagnement, probablement c'est qu'on échapperait à moins de choses. **Intervenant***

Les acteurs consultés nous ont également dit que l'accroissement de la lourdeur des profils des résidents en RPA commanderait le déploiement de mécanismes de contrôle de la qualité, autres que la certification, afin d'apprécier et de suivre la qualité de l'offre de soins et de services dans ces milieux. De tels mécanismes devraient faire en sorte d'assurer, sur les lieux, du personnel formé pour prendre en charge une clientèle qui présente un besoin de prise en charge de plus en plus complexe.

*Au Ministère, il y a six inspecteurs pour la certification des RPA. Elles ne sont pas toutes du même niveau non plus. Au niveau de la vulnérabilité de leur clientèle, t'as des RPA, t'as des personnes très autonomes qui n'ont à peu près pas de soins de santé, puis t'as d'autres RPA avec une unité prothétique, avec une unité de convalescence, des gens qui sont beaucoup plus vulnérables. Les mécanismes de qualité doivent être modulés en fonction de la vulnérabilité de la clientèle. [...] Mais après ça, les CISSS et les CIUSSS ont le pouvoir d'intervention, mais souvent c'est que tu n'as pas... Une RPA, par exemple, elle est ouverte ou elle est fermée. **Intervenant***

La tenue d'un registre d'incidents et d'accidents est obligatoire pour les RPA et représente un des mécanismes de contrôle de la qualité. Or, il ressort de nos consultations que la tenue d'un tel registre est soit absente dans certaines RPA ou soit remplie de manière inconstante et avec peu de rigueur. Les CISSS/CIUSSS ne reçoivent pas une copie de ces registres, ce qui limite aussi leur connaissance de la qualité de l'offre de soins et services au sein des RPA de leur région. Cela affecte, nécessairement, leur capacité à exercer pleinement leur responsabilité populationnelle, et ce, même si les CISSS/CIUSSS via les directeurs de la qualité sont responsables de faire compléter ces registres.

*Il y a un registre des incidents/accidents qui est obligatoire dans les résidences privées pour aînés. Quand on arrive en inspection, on pose énormément de questions. Il faut qu'il y ait une responsable du registre. Souvent, ils ne le savent même pas. [...] Des fois, ce n'est pas comptabilisé, ce n'est pas là, ou c'est vraiment un paquet de feuilles pêle-mêle dans le fond d'un tiroir qu'ils vont nous sortir. **Intervenant***

### 3.2.2 Suivis et intégration des mécanismes

De façon générale, les consultations révèlent que nos mécanismes de contrôle de la qualité, bien que présents et multiples, sont faibles en raison de l'absence de suivis, de leur non-intégration, ainsi que de l'absence de leviers réels assurant l'exercice de ces mécanismes et l'amélioration des pratiques.

#### Absence de suivis

Les consultations confirment ce que d'autres ont déjà révélé, c'est-à-dire que l'efficacité des nombreux mécanismes d'assurance qualité est grandement affectée par l'absence de suivis réels et constants une fois qu'un problème de qualité est constaté dans une installation donnée.

*Dans les CHSLD publics, parfois, il y a des visites de contrôle qui se font aux deux ou trois années. Dans les CHSLD privés, ça peut aller jusqu'à cinq ans. À un moment donné, comment voulez-vous assurer le suivi des détails qui ont été mis en place? On peut avoir de bonnes lois, mais ces lois-là ne peuvent pas se mettre en place comme telle. **Intervenant***

#### Absence d'intégration des mécanismes

Les consultations révèlent que l'absence d'intégration des mécanismes d'assurance qualité semble jouer un rôle déterminant dans la capacité des établissements et du MSSS à assurer la qualité de l'offre de soins et de services dans les milieux de vie.

*Mais chaque milieu quand on regarde effectivement les assises légales, le contour semble avoir tout ce qu'il faut pour assurer la qualité des milieux de vie. Mais ce on se rend compte, c'est que ces mécanismes de qualité communiquent mal ensemble, puis on a de la difficulté à avoir un portrait global de la qualité parce qu'il y a différents acteurs qui font chacun un petit bout. **Intervenant***

Les consultations révèlent que le manque d'intégration des mécanismes d'assurance qualité, au MSSS et dans les CISSS/CIUSSS, découle du fait que le contrôle de la qualité dans les milieux de vie et d'hébergement relève de plusieurs acteurs, ce qui ne donne pas une vue d'ensemble de l'exercice des mécanismes de contrôle de la qualité dans le réseau. Il nous a toutefois été rapporté que des efforts étaient en cours afin de favoriser la collaboration entre les directions du MSSS de façon à permettre un meilleur regard global sur la qualité de l'offre de soins et de services dans le réseau.

### **Absence d'outils informationnels**

Les consultations révèlent également que l'absence d'outils numériques permettant la consolidation de l'information découlant de l'exercice des mécanismes d'assurance qualité ressort comme un autre facteur déterminant qui explique le manque de connaissances de la qualité de l'offre de services en milieu de vie par les gestionnaires et le manque d'information sur la gravité de la situation dans certains milieux. Nous soulignons que le MSSS a, depuis le début de la pandémie, débuté la création d'un outil informationnel lui permettant d'avoir le portrait des recommandations relatives aux CHSLD du réseau (p. ex., celles du Protecteur du citoyen, du Coroner, du Commissaire aux plaintes).

Nos consultations suggèrent que bien que nous disposions d'un éventail enviable de mécanismes de contrôle de la qualité destinés améliorer la qualité de l'offre de soins et de services dans les milieux de vie, leur non-intégration et l'absence de suivis qu'ils génèrent rendent questionnable leur efficacité. Rappelons que nous ne disposons pas, au Québec, d'une politique globale visant l'amélioration de la qualité dans les milieux de vie, ni d'un organisme – indépendant ou non – qui soit responsable de surveiller cette qualité.

#### **IL DÉCOULE DE NOS CONSULTATIONS SEPT CONSTATS SUR LES MÉCANISMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ**

1. Le rôle des commissaires aux plaintes et des comités des usagers dans le contrôle de la qualité n'est pas toujours reconnu par les CA et PDG des CISSS/CIUSSS.
2. L'agrément tient compte du respect de certaines normes ou processus, mais ne permet pas d'attester de la qualité des services dispensés.
3. Les inspections ministérielles ne sont pas assez fréquentes.
4. En l'absence de collaboration, les CISSS/CIUSSS disposent de peu de pouvoir d'action pour assurer la qualité des soins et services dans les milieux privés.
5. Les besoins plus lourds des résidents accueillis en RPA demanderaient le déploiement de mécanismes de contrôle de la qualité autres que la certification.
6. Il n'y a pas un suivi adéquat afin d'assurer que les problèmes identifiés via les mécanismes de contrôle de la qualité sont résolus.
7. L'absence d'intégration des mécanismes de contrôle diffuse les responsabilités et peut mener à des recommandations difficilement conciliables.

### 3.3 Planification et gestion des ressources humaines

Nos consultations s'ajoutent aux nombreuses études qui insistent sur l'importance d'une meilleure planification et gestion des ressources humaines si nous souhaitons atteindre les objectifs sociétaux que nous nous sommes fixés, c'est-à-dire offrir des milieux de vie et de soins aux personnes âgées où elles sont assurées que leurs droits à l'autonomie, à la sécurité et à la dignité seront respectés. En centre d'hébergement pour aînés, augmenter le nombre d'infirmières et le personnel se traduit par une préservation de l'autonomie des résidents et par un taux de mortalité plus bas (Giri et al., 2021; Phillips, Malliaris et Bakerjian, 2021; Harrington, Zimmerman, Karon, Robinson et Beutel, 2000; Rafferty, Calarke, Coles, Ball, James, McKee et Aiken, 2006; Bostick, Rantz, Flesner et Riggs, 2006).

Il ressort de nos consultations que le système de soins et de services aux personnes âgées hébergées souffrait depuis longtemps de lacunes relatives aux ressources humaines, liées aux capacités de gestion, au manque de main-d'œuvre et à l'instabilité du personnel, à l'adéquation de sa formation, et à la disponibilité de soins médicaux. La réponse à la pandémie en milieu d'hébergement a souffert de ces vulnérabilités. La pandémie les a aussi exacerbées.

#### 3.3.1 Les obstacles à une gestion de proximité

Nous tenons à souligner que les gestionnaires et fonctionnaires rencontrés dans le contexte de nos consultations démontraient une fatigue extrême et un sentiment d'impuissance face au manque de ressources humaines. Il nous a aussi semblé qu'une plus grande écoute de ces derniers dans les processus décisionnels, notamment au sein de la sphère ministérielle et décisionnelle du MSSS, aurait et pourrait contribuer à l'apport de solutions innovantes.

Les intervenants soulignent la transformation et l'alourdissement du travail des gestionnaires avec la réforme de 2015 qui a mené à l'abolition de plusieurs postes de gestion, dont des postes visant la présence de gestionnaires en CHSLD. Pour les gestionnaires consultés, ces changements laissent envisager un ratio insuffisant de gestionnaires et de cadres intermédiaires pour assurer une gestion de proximité, un encadrement des équipes et un suivi de la performance. Ils notent un mouvement de personnel important au niveau des gestionnaires, situation qui résulte en une perte d'expertise et met à l'épreuve les relations établies avec les partenaires, notamment avec les milieux de vie et d'hébergement. Le manque de gestionnaires est important. Il est difficile de trouver des personnes avec les compétences requises. Le nombre de gestionnaires et de cadres intermédiaires est limité et fortement contrôlé par le MSSS.

*On a un nombre maximum de « postes » de gestionnaires qu'on nous dit qu'on peut ouvrir. C'est 400 postes de gestionnaires qu'on peut ouvrir, donc je ne peux pas ouvrir un poste de gestionnaire si mes 400 postes sont atteints* **Intervenant**

Il en ressort aussi que le gestionnaire en CISSS/CIUSSS connaît très peu les employés dans ses différentes installations. Il semble aussi exister une difficulté à gérer un aussi grand nombre d'employés, de syndicats et d'ordres professionnels en même temps.

*La proximité c'est quelque chose qu'il va falloir se redire dans plusieurs éléments de la chaîne du réseau de la santé. Elle est élémentaire à revoir, ça, c'est sûr, on le fait plus rapidement pour les CHSLD à cause la crise, mais on pourrait parler longtemps de la proximité à plusieurs niveaux... Nos directrices de soins avec tout leur secteur clinique devraient avoir beaucoup plus de proximité de terrain avec les professionnels en soins, RH aussi, notamment sur les horaires, la prévention des infections. Je pense qu'il va falloir travailler sur la proximité. C'est trop loin et c'est trop gros. Ce sont des mégastructures. Tout le monde est loin, tout le monde se parle par courriel. Finalement quand ça sort sur le plancher, imaginez-vous on est rendu là comme si on était des numéros.* **Intervenant**

La pandémie a mis en lumière ce besoin d'une gestion de proximité en CHSLD alors que la qualité des soins et services offerts a été déficiente, et l'intégration de gestionnaires responsables de CHSLD au courant de la pandémie devrait permettre d'améliorer le soutien et l'encadrement des employés dans ces milieux. Nous soulignons que de nouveaux gestionnaires sont maintenant en poste et des démarches sont en cours pour le développement des compétences requises afin de bien les soutenir dans leur nouveau rôle.

*Et cette gestion de proximité qui est tellement importante parce qu'il faut que le personnel, les résidents, les proches, les familles sentent qu'il y a une personne qui est dédiée au milieu et qui est là, comme représentant officiel et s'occupe d'un milieu donné dans les CHSLD donnés. La pandémie a soulevé cet enjeu là qu'on n'avait toujours pas cette mise en place de gestion de proximité et il y a eu une décision qui était prise par les autorités de dire on ne fait plus ça, on va mettre en place des gestionnaires responsables dans chacune des installations de CHSLD. Ce qui a donné lieu à la démarche actuelle. **Intervenant***

### 3.3.2 Planification de la main-d'œuvre

*... dans le réseau de la santé, on fonctionne depuis des années en sous-effectif, on patche par-ci, par-là. **Intervenant***

*(D)ans notre CIUSSS, nous subissons chaque semaine des demandes de recrutement qui arrivent des directions. Donc c'est sûr qu'avant la COVID, nous avons entre 700 et 800 besoins d'embauche, régulièrement. [...] Là, nous sommes plus à 900, donc c'est sûr que la COVID a exacerbé ce besoin d'embauche. **Intervenant***

Les intervenants rencontrés soulignent plusieurs causes à l'origine du manque de main-d'œuvre dans le réseau : une planification et un financement basés sur des ratios insuffisants, des conditions de travail peu attractives, et l'absence d'investissements dans les milieux de vie pour aînés qui diminue l'attractivité de ces milieux pour y travailler.

Depuis plusieurs années, on reconnaît les ratios professionnels/résidents, particulièrement en CHSLD, comme étant insuffisants. Il semble difficile pour des établissements de revoir les ratios à la hausse puisque le calcul du financement est directement lié aux ratios minimums de l'échelle Voyer<sup>36</sup> et l'établissement ne semble ainsi pas avoir de réelle marge de manœuvre.

*Les ratios n'ont pas de sens [...] c'est toujours le plus bas palier qu'ils prennent en considération. [...] Si dans une unité tu as des résidents un peu plus autonomes ou qui ont des pathologies moins lourdes, c'est correct que tu mettes moins d'employés, mais il faut que tu sois capable dans une autre unité où les résidents ont des pathologies plus compliquées, d'avoir plus d'employés. **Dans le réseau de la santé, il n'y a pas cette flexibilité.** C'est comme du mur-à-mur qu'on fait tout le temps, mais a nivelé par le bas bien sûr. **Intervenant***

*Les ratios Voyer sont bien connus. C'est généralement ce qui va être mandaté dans les appels d'offres et les contrats. Il n'y a aucune reconnaissance, à ce moment-là, de la lourdeur de la clientèle qui doit être référée. Parfois, ça devient très problématique, parce qu'évidemment, on peut tomber dans la technique, mais parfois, il y a de la clientèle qui va devenir très lourde, très difficile à s'occuper. **Intervenant***

36. Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K., et Tremblay, S. (2016). « Les ratios infirmière/résidents en CHSLD, Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? »

En ce qui concerne le financement des CHSLD privés, il ressort de nos consultations que leurs ententes conclues avec les CISSS/CIUSSS ne permettent pas de couvrir leurs coûts de services pour répondre aux besoins réels des aînés hébergés. Il appert que les ententes conclues par les CISSS/CIUSSS avec les RPA, lorsque des places sont manquantes en CHSLD, sont hautement variables ainsi que les exigences en termes de ratios. En ce qui concerne les RI-RTF, on décrit que les ratios sont ajustés en fonction du profil des besoins de la personne (iso-SMAF) selon une échelle de rétribution. Le financement corrélatif à la lourdeur des profils et à leur évolution semble aller de soi. Toutefois, comme le note un intervenant, ce mode de financement représente néanmoins un frein à l'amélioration de l'état des résidents en RI.

*Si la ressource travaille bien et que l'usager devient plus autonome – par exemple, s'il n'était pas capable de s'habiller tout seul, mais qu'on a mis en place toutes sortes de méthodes pour qu'il arrive à le faire lui-même –, la ressource est pénalisée, parce qu'on va descendre son per diem. Les ressources appellent ça la pénalité à la performance. Plus la ressource est performante, moins elle est payée. Intervenant*

Le manque de main-d'œuvre en milieu de vie et d'hébergement affecte la qualité des soins et services y étant prodigués, affectant à son tour la santé, la sécurité, l'autonomie et la dignité des résidents ainsi que la santé et la sécurité des professionnels de la santé, des employés et des gestionnaires. La planification des ressources professionnelles ne se fait pas en fonction des besoins des résidents. Nécessairement, les multiples impacts négatifs du manque de main-d'œuvre dans les milieux de vie et d'hébergement auront été amplifiés par la pandémie. Nous avons montré, dans la Section 2, qu'il existe une relation positive statistiquement significative entre la pénurie d'infirmières auxiliaires et le taux d'infections et de létalité à la COVID-19 dans 17 CHSLD.

### 3.3.3 Le cercle vicieux de la « pénurie » d'infirmières

Il ressort de nos consultations que le manque d'infirmières dans les milieux d'hébergement a aussi un impact important sur la motivation du personnel, sur le recours aux agences privées de placement, sur le nombre d'heures supplémentaires et TSO ayant à son tour un impact sur la motivation et la santé des infirmières ainsi que sur la décision de plusieurs de quitter les milieux de vie pour se diriger vers les agences de placement ou elles peuvent contrôler leur horaire.

*C'est un cercle vicieux. Moins il y a d'infirmières, plus les autres écopent à en faire plus, ils font plus de temps supplémentaire, donc vont être plus fatigués, donc quand on est plus fatigué, on fait plus d'erreurs, il y a plus d'erreurs, il y a plus de découragement, il y a moins de reconnaissance... On ne se le cachera pas, et en plus, c'est les emplois qui sont durs psychologiquement. Soit aider des gens qui sont en détresse, soit parler à des familles qu'un proche vient de mourir, ce sont des emplois qui ne sont pas faciles. (...) Puis, effectivement, les conditions ne sont pas évidentes, de travailler de soir, de nuit, changement de shift. Quand tu as une famille, la conciliation travail-famille, c'est difficile. Intervenant*

Il nous semble important de souligner que le manque d'infirmières, souvent qualifié de « pénurie », apparaît, selon plusieurs intervenants rencontrés, non pas être la conséquence d'un « manque » d'infirmières au sens propre, mais bien, plutôt, la conséquence d'une **mauvaise utilisation de leurs compétences et d'une organisation de leur travail non adaptée aux besoins et non optimale**.

## Mauvaise utilisation des compétences

L'ampleur des tâches administratives dont doivent s'occuper les infirmières afin de répondre à des exigences importantes de reddition de comptes semble représenter un facteur déterminant quant à la disponibilité de cette main-d'œuvre au sein des milieux de vie :

*Les infirmières sont encore en train de faire des horaires de garde, de gérer du personnel absent, de faire toutes sortes de tâches qui ne sont pas des tâches d'une infirmière. Sans augmenter le nombre d'employés dans le système de santé, si on leur faisait faire ce pour quoi ils sont censés être employés, on serait déjà beaucoup plus efficaces.*

Intervenant

*Pouvez-vous juste dire aux infirmières qu'elles arrêtent de faire des notes? Ils feront des notes quand ça va mal, quand il y a quelque chose d'inhabituel. (...) Ils perdent un temps fou à faire ça. Ils devraient juste faire leur job et écrire : « Journée normale ».*

Intervenant

La littérature abonde également dans le même sens, soulignant que la mauvaise utilisation de l'expertise infirmière affecte négativement la qualité et la sécurité des soins et services en milieu de vie ainsi que **l'efficacité des équipes de soins** (Voyer, Abran, Bérubé, Côté, Coulombe, Desrochers, Joyal, Jacques, Lavoie, Malenfant, Poirier et Tremblay, 2016). Les demandes non cliniques sur le temps des infirmières sont devenues plus lourdes pendant la pandémie (CMQ, OIIQ et OIIAQ, 2021).

La mauvaise utilisation des compétences ne s'arrête pas aux infirmières. Il ressort de nos consultations que plusieurs PAB doivent, comme les infirmières, effectuer du travail pour lequel une autre ressource serait plus appropriée.

*Puis ça suit toute la chaîne de commandement. Après, ça finit par être des préposés aux bénéficiaires qui finissent par faire le ménage. Et quand c'était la grosse crise au début, on avait proposé « mais pourquoi il n'y a pas des compagnies extérieures qui remplacent pour la salubrité? », parce que ça a été un enjeu aussi. C'était des préposés qui faisaient des cloisons, puis qui essayaient d'organiser les divisions.*

À la lumière de nos consultations, il nous semble aussi indéniable que la rigidité des conventions collectives et du corporatisme professionnel a un impact sur l'offre de soins et services dans les milieux de vie pour personnes âgées et qu'elle a aussi impacté la rapidité d'action dans ces milieux lors de l'arrivée de la première vague de la pandémie. Le décloisonnement des champs de pratique réservés a été permis pendant la pandémie principalement en raison de la gouvernance par décrets et arrêtés ministériels. Mais les intervenants constatent une résistance même en état d'urgence.

*Les conventions collectives, les mouvements de personnel, la liberté pour appliquer un peu partout, tout le temps, avec l'ancienneté, je trouve que ça a beaucoup d'effet sur l'organisation et l'efficacité.*

## Conditions de travail

Selon les perspectives des intervenants rencontrés, beaucoup d'infirmières ne souhaitent pas de postes à temps complet, mais plutôt une certaine flexibilité dans leur horaire de travail. En même temps, nous notons une réelle perception, tant chez les représentants du MSSS que des CISSS/CIUSSS, que le rehaussement de postes à temps plein aura un impact sur la rétention des infirmières dans le secteur public.

*Le risque de rehausser les postes temps partiel vers le temps plein est financier. Toutefois, les avantages pour rehausser la qualité de vie et les conditions de travail deviennent intéressants pour les établissements. Je pense que nos chances sont excellentes pour qu'on procède minimalement au rehaussement de tous à temps complet. (...) C'est mieux d'avoir des ressources qui ont une qualité de vie et des conditions de travail intéressantes, de façon plus stable, que de miser sur le temps supplémentaire qui donne un résultat financier encore plus désastreux et des conditions de travail qui font que le monde s'en va sans revenir. C'est tout gagnant pour nous. **Intervenant***

*(...) il faut que les syndicats embarquent... Parce que, puis ils savent tout ça, il n'y a pas d'invention là-dedans, mais l'impossibilité, on est vraiment pris, les PDG et autres, (...) les infirmières, elles ne veulent pas travailler à temps plein. **Intervenant***

D'ailleurs, la priorisation du temps plein semble être la voie privilégiée par le MSSS afin de faire cesser la mobilité de la main-d'œuvre, des auteurs notant que 45 % des infirmières et infirmiers étant à temps partiel (CSQ, FSQ-CSQ, 2020).

*On a vu le fait de ne pas donner des postes à temps complet fait en sorte que le sentiment d'appartenance de nos infirmières auxiliaires envers l'établissement est moins grand. Je peux quand même me reporter à plusieurs années où moi, en arrivant, j'avais un poste complet en CHSLD. Je faisais partie d'une équipe de soins. Au lieu de dire, le matin : « Je ne rentrerai pas travailler ce matin », je me disais : « Est-ce que je mets mon équipe dans le trou, parce que je ne rentrerai pas ce matin ? » **Intervenant***

Le sentiment d'appartenance contribue à la qualité des soins et des services dans un environnement donné et au dévouement du personnel envers les résidents et leur équipe clinique (OIIAQ, 2020 ; INESSS, 2018).

Bien qu'ils aspirent à la création de postes à temps plein, les CISSS/CIUSSS sont actuellement à privilégier les emplois à temps partiel en raison du coût financier associé à la dotation de postes à temps complet avec rehaussement des conditions.

*Quand tu demandes aux établissements de nous livrer des plans de compressions budgétaires significatifs, et que tu leur demandes en même temps de stabiliser les jeunes à des postes à temps plein, avec des conventions collectives très rigides, il y a une adéquation qui est difficile à faire... **Intervenant***

Une plus grande autonomie des établissements dans la gestion des budgets associés aux ressources humaines pourrait favoriser la stabilité du personnel.

*Le jour où, je pense, les gestionnaires de la santé vont avoir l'assurance que leur budget ne sera pas amputé, ils vont probablement changer leur modèle, et être capables d'avoir l'assurance qu'ils vont pouvoir mettre le monde qu'il faut à temps plein avec des horaires, et d'organiser le système correctement. **Intervenant***

La tendance à favoriser le temps complet selon un modèle rigide et traditionnel semble contribuer au fait que plusieurs postes temps plein ne sont pas comblés. Il ressort de nos consultations que le temps complet pourrait s'avérer intéressant dans la mesure où les postes permettent un rehaussement des conditions, une plus grande flexibilité dans la gestion des horaires et des innovations quant à la reconnaissance de la valeur des jeunes infirmières ce qui semble difficile présentement en raison de procédures établies. Des options comme les quarts de 12 heures ou l'octroi de postes par blocs pourraient peut-être représenter une option à considérer.

La planification des horaires par des gestionnaires éloignés des milieux de travail qui ne permet pas de planification à long terme et fait face à des rigidités s'est avérée un enjeu particulièrement important lors de la première vague de COVID-19. Il y a aussi là une des sources majeures d'insatisfaction chez les infirmières non seulement en CHSLD, mais partout dans le système.

*Mais la gestion d'horaire quotidienne, puis à la semaine actuellement, c'est un désastre. [...] (D)e remettre les humains en arrière de cette gestion-là ça va faire une différence puis on va encore avoir encore moins de temps supplémentaire (...) L'informatique a ses limites à gérer tout aujourd'hui. **Intervenant***

Un intervenant lors de nos consultations nous a fait part d'un projet pilote visant à octroyer davantage d'autonomie aux infirmières – y inclut les jeunes infirmières qui ne bénéficient pas des premiers choix accordés par ancienneté – dans la confection de leur horaire. L'autonomie dans la confection de leur horaire s'avère porteuse et limiterait l'absentéisme au travail. (Fungchroen, 2018 ; Enns, Currie et Wang, 2014 ; MacPhee et Svendsen Borra, 2012 ; Bluett, 2008),

*... parce que l'on comprend que nos jeunes infirmières sont aussi nos jeunes mères de famille qui ont besoin d'aller faire vacciner le bébé à la l'hôpital ou peu importe. Alors là, leur permettre de choisir eux-mêmes leurs cellules, elles vont bloquer les journées où elles doivent se déplacer pour la famille. Cela devrait améliorer le nombre et d'ailleurs le progrès est là : cela a augmenté le nombre de présences de ces infirmières à temps partiel. **Intervenant***

### 3.3.4 Préposés aux bénéficiaires

À l'arrivée de la pandémie, les milieux de vie souffraient d'un manque important de préposés aux bénéficiaires (PAB). Le métier n'a pas très bonne presse, il est très difficile et peu valorisé. La faible rémunération des PAB fait en sorte que plusieurs d'entre eux occupent plus d'un emploi afin d'être en mesure de subvenir à leurs besoins.

*J'ai des employés qui travaillent chez nous à temps plein, et chez la ressource voisine à temps plein aussi. Ils font du quatre-vingts heures semaine. À treize piastres de l'heure, c'est ce qu'il faut qu'ils fassent pour arriver à nourrir les enfants et à avoir un rythme de vie qui leur convient. Ils travaillent le soir chez nous, et de nuit ailleurs. C'est comme ça depuis longtemps. On le sait, c'est documenté. **Intervenant***

La reconnaissance de la pénurie de PAB par le gouvernement a rapidement mené, lors de la première vague, à un objectif de recrutement massif pour former et embaucher 7 000 PAB avec un salaire bonifié. Notons que cette action de former rapidement des PAB en alternance travail-étude a été permise par la gouvernance par arrêtés et décrets pendant la pandémie, alors que les conventions collectives en vigueur actuellement limitent ce type d'initiative. Certains acteurs déplorent le fait que ce bassin de nouveaux PAB n'était pas disponible pour les milieux privés, qui sont également aux prises avec une rareté de main-d'œuvre. Cette mesure conjuguée à d'autres actions ponctuelles n'apparaît toutefois pas suffisante et doit faire partie d'une stratégie plus globale de développement de la main-d'œuvre en santé qui regarde les conditions de travail, l'organisation du travail et des modèles de prestation des services.

### 3.3.5 La mobilité et l'instabilité du personnel

La majorité des acteurs rencontrés insistent, et c'est omniprésent dans les rapports et la littérature récents, sur l'importance d'assurer tant la stabilité des gestionnaires que du personnel soignant en milieu de vie afin de favoriser la performance et d'assurer la qualité des services et le respect des droits à l'autonomie, à la sécurité et à la dignité des personnes âgées.

*Tu connais le comportement de tes patients. Et si ce comportement change, ça veut dire quelque chose. Si tu es sur une équipe volante ou tournante, tu ne vois jamais les mêmes personnes parce que d'une semaine à l'autre, il se peut que tu ne sois même pas sur le même étage, même pas sur la même unité ou même pas dans le même CHSLD. Il est certain que tu ne verras pas ce changement-là. Et pour toi, peut-être que Mme Tremblay souffre probablement de démence. Mais pour quelqu'un qui est habitué à la voir, Mme Tremblay a sa tête et ce comportement-là n'est pas normal. Cela peut vouloir dire qu'elle est en train de faire une infection ou qu'elle a de la fièvre ou est déshydratée. Ce sont des symptômes qui sont compatibles. [Intervenant](#)*

Nos consultations confirment que la mobilité et l'instabilité du personnel sont non seulement toujours présentes, mais qu'elles se sont même accentuées pendant la pandémie. Nécessairement, l'instabilité du personnel par sa mobilité aura fortement et malheureusement contribué à propager le virus dans les milieux de vie.

Différents facteurs expliquent le manque de stabilité et la mobilité du personnel en milieu de vie. La fusion des différents établissements en la mégastructure qu'est un CISSS/CIUSSS (réformes 2015) fait en sorte que l'employeur (le CISSS/CIUSSS) a plusieurs installations où ses employés peuvent travailler. Avant la réforme, l'employeur (CSSS) avait beaucoup moins d'installations, ce qui limitait la mobilité de la main-d'œuvre. Les conventions collectives, qui permettent de changer fréquemment d'un poste à un autre, ressortent aussi comme un facteur générant l'instabilité tant au niveau des infirmières que des gestionnaires. Au niveau des gestionnaires, cette situation nuit non seulement à la relation entre les CISSS/CIUSSS et les milieux d'hébergement, mais affecte aussi l'expertise au sein du réseau.

*Chaque fois qu'on se met en lien, soit pour un nouveau dossier ou pour faire valoir de nouvelles stratégies ou de nouvelles orientations (...) les gestionnaires changent. Il y a un gros roulement du côté des gestionnaires et cette démonstration-là est toujours à refaire. [Intervenant](#)*

*C'est comme une espèce de running gag. On doit être rendu à notre septième intervenante à la qualité. Alors comment voulez-vous avoir un bon suivi? On est toujours en train de développer de nouvelles relations. (...) On perd un temps fou. [Intervenant](#)*

Par ailleurs, depuis la réforme de 2015, les conventions collectives prévoient la mobilité du personnel au sein du territoire des CISSS/CIUSSS. Ceci fait en sorte qu'une infirmière, par exemple, peut, selon le poste qu'elle détient, être appelée à se déplacer dans les différents CHSLD de ce même CISSS/CIUSSS.

*Les employeurs ont en effet convenu avec les syndicats... des modalités pour atténuer la pénurie. La modalité, c'était la mobilité de la flexibilité dans les horaires pour être capable de dire, malgré un bassin de main-d'œuvre qui n'était pas en très grande évolution, comment on peut mieux couvrir nos besoins. [Intervenant](#)*

*Les conventions collectives, ça a été un des gros enjeux des renégociations, suite à la réforme Barrette d'inclure des principes de mobilité pour les travailleurs de la santé. Le syndicat s'est battu contre ça, mais à plusieurs endroits. À cause des fusions, on était plus employé d'un CHSLD, on était employé d'un groupe de CHSLD. Donc la mobilité du personnel a été très favorisée par la renégociation des conventions collectives. [Intervenant](#)*

## L'attrait des agences

Le recours des CISSS/CIUSSS et des milieux d'hébergement aux agences privées de placement représente un des facteurs déterminants de la mobilité du personnel qui œuvre dans ces milieux. L'intérêt accru des infirmières envers les agences va de pair avec une tendance à la hausse du recours à ces dernières par les employeurs. Il ressort de nos consultations que le personnel voudrait bien rester dans le réseau public, mais quitte vers les agences parce que l'organisation du travail est déficiente dans le réseau public. (CSQ, et al., 2020)

*... par le fait de l'organisation du travail qui est très déficiente, les gens ont tendance à démissionner, et passer par l'agence pour revenir. Dans le fond, c'est un cri du cœur. C'est être capable de poursuivre la profession, mais avec des conditions qui sont plus réalistes, parce qu'à ce moment-là, elles choisissent leur quart de travail. Elles ne sont pas obligées de faire du temps supplémentaire. Intervenant*

Certains intervenants nous ont indiqué que les agences privées de placement sont aussi attrayantes du fait qu'elles présentent une possibilité de se développer professionnellement par l'accès à des formations et à des expériences de travail qui correspondent davantage aux intérêts des personnes et qui ne sont pas entravées par des considérations d'ancienneté ou syndicales.

*Une chose aussi qui, à mes yeux, est très importante,... c'est au niveau du respect de la compétence, puis de la formation. Je donne un exemple quelqu'un, une infirmière qui a travaillé 5 ans – ans dans le réseau et puis qui a toujours voulu faire de la chirurgie, mais qui n'a jamais pu, à cause des considérations d'ancienneté syndicales. (...) elles s'en vont (en agence) et elles demandent d'être formées. ... il y a des formations sur mesure qu'on va donner, qu'on va payer, mais aussi l'intégration à l'intérieur d'un milieu; ça, ça fait en sorte que les gens sont heureux. Ils se sentent respectés dans leurs compétences parce qu'on les écoute. Intervenant*

Certaines petites agences de placement semblent aussi favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance envers l'agence :

*C'est clair que si j'avais 200 000 infirmières, probablement, j'aurais beaucoup de difficultés à toutes les appeler pour leur souhaiter bonne fête; ça, c'est sûr et certain. Mais il y a cet aspect, comme vous le dites, humain qui crée de l'engagement envers l'organisation. Il faut utiliser plein de choses pour que ces gens soient fiers de travailler pour l'agence (telle ou telle). Je pense que cet engagement-là et cette fierté-là, c'est perdu un peu à travers le réseau parce que les gens sont épuisés. Intervenant*

Malheureusement, plusieurs intervenants rencontrés nous ont indiqué que le recours aux agences de placement contribue, d'un autre côté, à limiter le sentiment d'appartenance envers un milieu d'hébergement qui ne devient plus le lieu de travail de l'individu (CSQ, et al., 2020).

*... quand tu es engagé par une agence, tu vas faire ton travail pendant huit heures, et tu t'en vas. Tu n'as pas ce qu'on appelle l'intérêt de dire : « Comme elle était hier? Est-ce qu'il y a eu une amélioration? Qu'est-ce qui s'est passé? ». Comme on fait quand on est tous les jours avec la même personne. Intervenant.*

## L'impact des agences sur les coûts et la qualité

Les impacts économiques du recours aux agences sont importants (CSQ, et al., 2020; Gagnon, 2020). Le personnel des agences peut se montrer exigeant sur le plan des compensations financières demandées notamment pour les déplacements, les frais d'hébergement, les visites à leurs proches, etc. La pandémie et la rareté de personnel ont contribué à l'explosion des frais demandés par les entreprises privées de personnel soignant.

Le recours aux agences privées de placement a été identifié par plusieurs intervenants et auteurs comme un vecteur de transmission du virus qui a contribué aux éclosions de la COVID-19 dans les milieux de vie, notamment en raison de la mobilité du personnel, de déficiences dans le respect des normes PCI ou encore l'accès aux équipements de protection individuelle (CSQ, et al., 2020).

*Je pense que minimalement, il faudrait être beaucoup plus sévère et aussi reconnaître l'impact extrêmement négatif qu'ils ont eu sur la propagation de la COVID19 en CHSLD au Québec pendant la pandémie. Ils ont été un facteur non négligeable, un vecteur important et c'est quelque chose à définitivement adresser. Intervenant*

Aux yeux d'une majorité d'intervenants rencontrés, « il est difficile de superviser les nouveaux préposés qui proviennent d'agences et connaissent peu ou pas le milieu de vie » (Protecteur du citoyen, 2019). Certains CHSLD choisiront par ailleurs de travailler en sous-effectifs plutôt que de recourir au personnel d'agence.

*Il n'y a aucun encadrement de ces agences-là. Il n'y a pas autre que l'Ordre des infirmières, qui doit encore délivrer le permis de l'infirmière qui y travaille... À part ça, ce sont des entreprises privées qui n'ont pas de paramètres règlementaires, et qui n'ont aucun lien avec le ministère pour les orientations, les directives, ou quoi que ce soit. Elles n'ont aucun mécanisme de validation des compétences et d'évaluation de la pratique de continuité. Intervenant*

### 3.3.6 La formation du personnel

Les intervenants rencontrés s'entendent pour dire que les besoins des personnes hébergées ont grandement évolué depuis les 20 dernières années. Il y a une *complexification des besoins* et conséquemment *des soins* requis pour cette clientèle. Les intervenants rencontrés nous ont fait état de personnes qui présentent des *troubles de comportement* majeurs ou des atteintes neurocognitives ou encore de personnes en CHSLD avec des *profils iso-SMAF plus élevés* qu'auparavant, ce qui nécessite une intensité et une offre de soins plus élevées. Les soins de longue durée requièrent une expertise de manière à pouvoir offrir les bonnes interventions et les bons soins (de qualité) et nécessitent la mise en collaboration d'expertises variées (travail interdisciplinaire). Cette évolution des besoins requiert un personnel qualifié et en mesure de répondre aux besoins complexes des aînés.

Le besoin de rehausser la formation initiale des infirmières et d'assurer une formation continue qui inclut **le processus de vieillissement et les soins requis** est bien reconnu par la profession (OIIQ, 2014). Outre le manque de formation, des acteurs notent que le manque d'expérience « terrain » du personnel peut également limiter la qualité des soins et services offerts en milieu de vie (CMQ, et al., 2021).

*Les gens qui viennent travailler en centre de soins prolongés, au niveau des syndromes comportementaux de la démence qui sont excessivement fréquents, sont très peu à l'aise avec ce type de problématique là, et ils sont très peu formés. Je pense que la formation des intervenants de terrain doit être vraiment axée là-dessus pour que les gens soient plus à l'aise. Ils se sentent tellement comme s'ils n'étaient pas capables de trouver les bonnes interventions. Ils se sentent régulièrement démunis face à cette clientèle-là, ce qui fait qu'ils se découragent et décident de quitter. Intervenant*

Du côté des PAB, plusieurs intervenants rencontrés considèrent que le niveau d'expertise n'est pas suffisant. Il appert que les formations de PAB requises pour œuvrer dans les différents milieux de vie sont hautement variables.

*Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'en ressource intermédiaire, pour le personnel de type préposé aux bénéficiaires, ceux qui donnent les services au quotidien, le ministère n'exige qu'une seule formation : la RCR – les premiers soins. Il n'y a rien d'autre. C'est sûr que [...] on a négocié un budget, et on tente de faire de la formation en continu, mais ce n'est pas un cadre de formation qualifiant, donc on se retrouve, dans les ressources intermédiaires, avec du personnel qui est de moins en moins formé. Ce n'est pas parce qu'on veut, c'est parce que le budget qu'on a, pour payer les salaires, est très bas.*

**Intervenant**

Il ressort également de nos consultations que le niveau de formation exigée en CHSLD privé est moins élevé qu'en RPA. Cette problématique semble être présente davantage au sein des CHSLD privés non conventionnés.

*Parce que c'est complètement privé, on dit aux RPA, si vous embauchez un préposé, il doit avoir une formation 375 heures. Mais pour les CHSLD privés, ça va être une formation maison. On se permet dans les CHSLD où la clientèle est beaucoup plus lourde qu'en RPA, une formation beaucoup moins grande parce qu'au bout de la ligne, c'est le gouvernement qui se trouve à avoir à payer.*

**Intervenant**

*Les conventionnés, c'est la même formation que le public. Dans nos 41 CHSLD privés (non conventionnés), on n'a pas d'exigences pour les préposés aux bénéficiaires.*

La formation des PAB travaillant en RPA est régie par le *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* (ci-après « Règlement RPA » art. 28 et 29). Mentionnons toutefois que le règlement donne un délai d'un an après la date d'entrée en fonction des PAB pour qu'ils obtiennent les formations requises. Ainsi, il est possible que des PAB travaillant en RPA n'aient pas de formation au moment de leur embauche. Pour les CHSLD, les exigences de formations des PAB ne sont pas inscrites dans une loi ou un règlement, ils proviennent plutôt directement du MSSS. Ainsi, les exigences de formation des PAB peuvent être modulées par le MSSS pour répondre à divers facteurs, notamment la pénurie de main-d'œuvre. Cette pénurie et le manque de candidats dans les programmes de formation ont obligé certains CHSLD à revoir leurs critères d'embauche (Voyer et al., 2020, p.17). Notons que les intervenants nous rapportent qu'en CHSLD public, la formation des PAB est beaucoup plus importante et que les exigences du MSSS sont davantage respectées.

Il appert que la formation, par les établissements privés, représente un coût important d'autant plus, qu'une fois formé, il est fréquent que des PAB quittent vers le réseau public où les conditions salariales et de travail sont plus avantageuses.

*... souvent, on était le premier employeur, on formait les gens, et par la suite, à cause du différentiel de salaire – le PAB, chez nous, il gagnait quinze dollars de l'heure –, ils s'en allaient travailler dans le réseau de la santé à dix-neuf, vingt, ou vingt et un dollars de l'heure. On a joué ce rôle de club-école.*

**Intervenant**

Enfin, nous tenons à indiquer que les PAB ne sont représentés par aucun ordre professionnel qui permettrait une constance dans leur formation et leur expertise ainsi qu'une surveillance de leur pratique. La proposition de création d'un ordre ou d'une association des PAB a déjà été faite dans le passé, notamment par le Bureau du Coroner (Boulay, 2019). Il semble toutefois qu'aucune suite n'ait été donnée à cette proposition.

*(Dans le secteur public) on avait réussi à faire une conscientisation pour la diplomation obligatoire. C'était une norme non écrite, il n'y avait pas d'obligation, mais par contre, on sentait (...) qu'ils voulaient embarquer dans ce processus. Malheureusement, depuis environ 5, 6 ans, tout ce travail est tombé à l'eau.*

**Intervenant**

Nous l'avons indiqué dans la première partie de notre rapport final *Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, la formation en PCI du personnel des milieux de vie était peu présente à l'arrivée de la pandémie. La barrière de la langue est aussi identifiée comme un facteur explicatif du manque de maîtrise en PCI des PAB qui sont souvent, des nouveaux immigrants qui ne maîtrisent pas toujours le français ou l'anglais et ont donc de la difficulté à comprendre les consignes des infirmières (CMQ, et al., 2021, p. 37-38).

*Les gens n'étaient pas formés, la Croix-Rouge nous l'a dit dans le rapport où eux ont débarqué. Les employés ne savaient même pas comment se laver les mains comme il faut, comment mettre des gants. Ce n'est pas normal. Quand on a à travailler avec une clientèle qui chaque année, fait des éclosions d'influenza, il y a des éclosions de gastro. Ça aura eu ça de bon la pandémie, ça a formé des gens, ou du moins les sensibilisé en prévention contrôle des infections. **Intervenant***

La vulnérabilité dans la formation en PCI au sein des milieux de vie apparaît aussi relever **d'un problème de gouvernance et de définition des rôles**, à savoir qui est responsable de la PCI dans les CHSLD.

*Il y avait des zones de fragilité au niveau de la formation et des compétences. Il y avait des zones de fragilité... puis il y avait même un défaut de gouvernance. On parle de gouvernance, mais quand on fait la réforme du réseau de la santé, on dit by the way vous êtes responsable non seulement de la PCI dans vos établissements, mais vous êtes responsable du PCI des CHSLD, et puis, ce qui se passe ailleurs, dans les autres établissements, dans la communauté. Là on est public, privé. Au fait là, il y a eu comme une zone de floue. Puis, les gens qui avaient à se réorganiser ont réorganisé les soins de courte durée. Mais la longue durée est passée en deuxième ou un troisième. **Intervenant***

### 3.3.7 Assurer les soins médicaux en milieu d'hébergement

L'ensemble des intervenants rencontrés nous ont souligné le manque criant de médecins œuvrant en CHSLD. Cette absence, combinée au nombre limité d'IPS en CHSLD, comporte un coût important pour le système de santé et services sociaux. En effet, trop souvent, comme il nous l'a été indiqué par les intervenants, cette situation force le transfert de résidents vers les hôpitaux alors qu'il est connu que leur hospitalisation a fréquemment un impact négatif important sur leur bien-être (Commission de la santé et des services sociaux, 2016 ; Quine, Arendts et Howard, 2013, INESSS, 2018) et qu'une diminution de ces hospitalisations permettrait des économies appréciables. L'impact négatif de l'hospitalisation évitable pour les personnes âgées a été reconnu par des intervenants rencontrés.

*Une des conséquences dramatiques pour nos résidents, lorsqu'on a de la difficulté à identifier un médecin, est la nécessité de faire beaucoup plus de transferts à l'hôpital. Et ça, en termes de qualité et de sécurité, c'est un enjeu qui est épouvantable. **Intervenant***

À la lumière de nos consultations, les CISSS/CIUSSS peinent à assurer la prise en charge des patients en CHSLD par des médecins omnipraticiens.

*En théorie, dans la plupart des installations privées, qu'elles soient conventionnées, RI, RPA, ou autres, c'est de la responsabilité du CISSS, ou du DRMG, de trouver un médecin. Dans la pratique, ça ne se passe pas comme ça. C'est « qui » tu connais. C'est une question de relations et de convaincre des individus de venir travailler (...) dans notre installation. On ne peut pas jouer sur le salaire. On va jouer sur ses conditions d'exercice. On va faire en sorte que sa tournée va se faire plus rapidement, qu'il va avoir un soutien infirmier et clérical. **Intervenant***

*... c'est l'importance d'être constamment en mode grande séduction...chez nous, nos médecins, je peux vous dire qu'on les chouchoute pour qu'ils se sentent bien et heureux de travailler chez nous, parce qu'ils recherchent de la qualité de vie. **Intervenant***

Les consultations révèlent l'importance d'avoir en place des équipes interdisciplinaires complètes et stables qui permettent d'inciter les médecins à travailler en milieu de vie et à inscrire les résidents de ces milieux sur leur patientèle.

*... si je ne rends pas l'environnement sécuritaire, le médecin, il a peur de travailler là. Il a beau être payé, il n'ira pas travailler. Ça, c'est quelque chose que j'ai énormément travaillé... C'était de développer un environnement sécuritaire qui brisait l'isolement du médecin, qui pouvait travailler à l'intérieur d'une programmation intéressante avec tout le support dont il avait besoin. **Intervenant***

*Dans le fond, le médecin va aller où il a l'impression qu'il y a une équipe efficace (...) un noyau médical avec une équipe multi fort, puis s'il a l'impression que ce qu'il fait pour le patient fait une réelle différence, puis est cohérent, c'est sûr qu'on va trouver preneur. **Intervenant***

*L'autre élément, c'est une question de formation des médecins. On expose beaucoup des jeunes médecins en formation à la pratique hospitalière. Un petit peu plus, je veux dire, à la pratique de cabinets, mais beaucoup moins, je vous dirais la pratique des soins de longue durée et à la pratique des soins à domicile. Donc, c'est des choses qu'ils connaissent moins, ils ont moins été exposés. **Intervenant***

La réforme de 2015 aurait eu un impact sur la couverture médicale des personnes âgées dans les milieux de vie dans la mesure où ces personnes ont perdu leur médecin de famille puisqu'elles devaient être prises en charge par le médecin responsable de leur milieu d'hébergement.

*M. Barrette a décidé, pour atteindre ses objectifs de médecin de famille, de désinscrire tout le monde qui est en CHSLD de la liste des médecins. Si vous êtes en CHSLD, parce que vous êtes hébergés, vous n'êtes plus sous la charge de votre médecin de famille. Ces gens-là ont tous été désinscrits. Une personne à partir du moment où elle est prise en charge par l'État, soit en ressources intermédiaires ou en CHSLD, n'a plus de médecins de famille. Elle est dépendante du médecin du CHSLD. **Intervenant***

Cette situation semble toujours présente bien que, depuis avril 2018, suivant la *Lettre d'entente 327*, les médecins omnipraticiens peuvent, s'ils le désirent, inscrire les personnes hébergées en CHSLD auprès de leur patientèle, soit via la formation d'un groupe concerté de médecins de famille ou en prenant seul l'ensemble des patients d'un même CHSLD (RAMQ, 2018; FMOQ, 2019).

Il appert par ailleurs que même lorsque l'ensemble des patients en CHSLD dispose d'un médecin unique y étant attiré, ce dernier n'est pas toujours disponible pour répondre à des appels d'urgence ce qui peut engendrer un transfert de résidents vers l'hôpital. Selon les intervenants consultés, les fins de semaine et les jours fériés sont tout particulièrement propices aux appels d'urgence, les médecins étant, dans ces périodes, moins disponibles même s'ils sont de garde.

Il ressort de nos consultations que la collaboration entre le CISSS/CIUSSS et le Département régional de médecine générale (DRMG) est parfois limitée, ce qui complique la planification de la couverture médicale en milieu d'hébergement. Les CISSS/CIUSSS ont très peu de moyens pour exercer leur responsabilité d'assurer la présence d'effectifs médicaux dans les milieux de vie.

*Les médecins n'ont aucune valorisation à aller dans les CHSLD, puisqu'ils ont des règles à suivre dans un hôpital, où ils doivent faire de l'urgence. Ils ont donc tant d'heures à effectuer pour garder leurs avantages. S'il y en a un qui choisit le CHSLD, il est pénalisé monétairement. Tout le chemin est indiqué pour un hôpital, donc la valorisation vient de l'hôpital. **Intervenant***

Le modèle actuel des GMF et de rémunération y étant attaché limiteraient aussi les incitatifs à la prise en charge de la clientèle en CHSLD.

*Donc ce que beaucoup de GMF ont fait, ils se sont fermés sur leur clientèle. **Intervenant***

## **Les Infirmières praticiennes spécialisées**

Depuis le 25 janvier 2021, un nouveau cadre législatif et réglementaire encadrant la pratique des IPS est toutefois en vigueur au Québec (*Loi modifiant la Loi sur les infirmières et infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, L.Q. 2020, c. 6 ; *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. I-8, r. 15.1.1.1. ; Décret 1347-2020, 9 décembre 2020). Ce nouveau cadre prévoit trois nouvelles activités permises aux IPS, dont le diagnostic de maladies et la détermination de traitements médicaux. Ces activités s'ajoutent aux cinq déjà permises, y compris notamment la prescription de médicaments<sup>37</sup> et de traitements médicaux. Le nouveau cadre législatif n'exige plus la supervision des activités d'une IPS par un médecin suivant une entente de partenariat écrite, mais plutôt une obligation générale de collaboration.

Ce nouveau cadre législatif est en phase avec la littérature qui est claire quant aux bénéfices découlant de la délégation d'actes aux IPS, particulièrement dans les milieux de vie où les médecins sont peu présents (Commission de la santé et des services sociaux, 2016 ; Dubois, 2020). De plus, l'ajout d'IPS qui peuvent émettre des ordonnances dans les milieux de vie d'hébergement peut améliorer l'accès et la continuité des soins et services offerts aux personnes âgées et réduire les coûts associés aux soins et services (Tchouaket, Kilpatrick et Jabbour, 2020 ; Stenner et Courtenay, 2008).

À la lumière des consultations, nous notons que le nombre d'IPS actuellement en CHSLD n'est pas suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins des aînés qui y sont hébergés.

*Il y a des régions où il n'y a aucune infirmière praticienne en CHSLD. C'est vraiment un milieu qui est en expansion, parce que les infirmières praticiennes en stage étaient très peu exposées à cette clientèle-là. Maintenant, ils le sont de plus en plus, donc je pense que l'envie de nos étudiantes d'aller travailler en CHSLD va grandir. **Intervenant***

Il semble aussi y avoir une difficulté à assurer le plein exercice de la profession d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au sein des milieux de vie. La reconnaissance de leur expertise, de leur capacité à remplacer le médecin en CHSLD pour plusieurs actes et de leur capacité à poser des diagnostics est apparue être un défi qui perdure, malgré la volonté du gouvernement à déléguer plus de responsabilités aux IPS. Nous avons entendu qu'actuellement les IPS sont essentiellement utilisées comme infirmières « de plancher ».

*Là, ils manquent des infirmières, ce qui fait que vous allez être infirmière aujourd'hui. Là, on n'a pas de médecin en CHSLD, ce qui fait que vous allez venir travailler en CHSLD ». Quand ça fait leur affaire, on est infirmières et on peut faire des activités médicales, mais personne ne comprend vraiment le rôle qu'on a. Notre rôle est vraiment mal utilisé. Il est utilisé selon les besoins ponctuels d'un CISSS ou d'un CIUSSS. **Intervenant***

37. Notons que les IPS peuvent prescrire des médicaments de type narcotiques, tels que la morphine et la codéine, à l'exception de l'opium (OIIQ, L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique, en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf> ; *Loi sur les infirmières et infirmiers*, art. 36.1 ; *Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens*, art. 3 et 4 ; *Règlement sur les stupéfiants*, annexe).

Selon les intervenants rencontrés, la présence et l'utilisation optimale des IPS en CHSLD serait dépendante de la volonté des médecins qui veulent ou ne veulent pas travailler avec des IPS.

Nous devons voir si les mesures mises en place durant la pandémie braveront le temps et s'avèreront suffisantes.

« Plusieurs instruments de politiques offrent des options hautement structurantes pour transformer de manière fondamentale les conditions de travail et devront être sérieusement examinés, en tenant compte de l'horizon temporel qui sera nécessaire à leur mise en œuvre : la régularisation des ratios personnel/patients, l'encadrement du recours aux heures supplémentaires, la surveillance de standards de qualité et la diffusion de l'information sur la performance des établissements par rapport à ces standards de qualité, la pérennisation des développements décents de la télésanté. » (Dubois, 2020, p. 51-52)

**IL DÉCOULE DE NOS CONSULTATIONS 13 CONSTATS SUR LA PLANIFICATION, LA GESTION ET LA FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES :**

1. Les ratios de gestionnaires/employés sont trop faibles pour assurer une gestion de proximité et un encadrement adéquat des équipes.
2. Les ratios professionnels/résidents sont souvent appliqués en fonction du seuil minimum requis sans être adaptés aux besoins des aînés hébergés.
3. Les innovations et l'agilité nécessaire à une bonne gestion des ressources humaines sont limitées par le manque de gestion de proximité.
4. Le manque ressenti d'infirmières en milieu de vie pour aînés a des conséquences sur la qualité des soins et services offerts, mais également sur la motivation des équipes, sur le rendement du personnel et sur la rétention du personnel dans le réseau public.
5. Une mauvaise planification des effectifs, une sous-utilisation de leurs compétences et des conditions de travail difficilement acceptables dans le secteur public contribuent grandement au manque ressenti d'infirmières.
6. Malgré la littérature qui décrit les impacts négatifs de la mobilité et de l'instabilité du personnel sur la qualité de l'offre de soins et de services dans les milieux de vie destinés aux personnes âgées, l'instabilité et le roulement de personnel sont toujours bien présents
7. Les conventions collectives négociées à la suite des réformes de 2015 favorisent la mobilité de personnel au sein des établissements fusionnés (les CISSS/CIUSSS).
8. Le recours aux agences privées de placement est coûteux et est une cause majeure de la mobilité du personnel qui a persisté durant la pandémie. L'attrait des agences pour les infirmières qui souhaitent un meilleur contrôle de leur horaire va de pair avec le recours accru à ces agences.
9. La formation, tant des infirmières que des PAB et médecins, est déficiente au niveau des processus de vieillissement et les soins requis en milieu de vie pour aînés.
10. Aucune association, aucun ordre professionnel n'assure les standards d'offre de services par les PAB, et la formation des PAB n'est pas standardisée, malgré une demande à cet effet par des regroupements de PAB.
11. La formation initiale et continue en PCI des professionnels et des PAB est inadéquate et insuffisante.
12. Le manque d'incitatifs et de valorisation de la pratique médicale en milieu de vie mène à un manque marqué de services médicaux dans ces milieux.
13. Malgré l'accroissement des actes permis par les IPS, la reconnaissance de leur expertise en milieu de vie pour personnes âgées, de leur capacité à remplacer le médecin pour plusieurs actes et de leur capacité à poser des diagnostics apparaît être un défi qui perdure.

## 3.4 Planification et gestion des systèmes d'information

### 3.4.1 La planification et le financement des systèmes d'information

Il est connu que le déploiement des systèmes informationnels performants dans les milieux de vie peut notamment réduire les erreurs de médicaments, améliorer la documentation clinique et le processus décisionnel et faciliter l'échange de l'information avec l'ensemble du réseau. La littérature démontre que le secteur des soins de longue durée est l'un des secteurs les plus négligés du système de santé en ce qui concerne l'innovation, le maintien et l'évaluation des ressources informationnelles (Kruse, Mileski, Vijaykumar, Viswanathan, Suskandla et Chidambaram, 2017).

L'intégration des données propres au milieu de vie et à leurs résidents (p. ex., symptômes psychologiques, qualité de vie, besoins) fait partie intégrante de la performance d'un système de santé et devrait s'intégrer dans une saine gestion de risques (Curtis, Sathiratanacheewin, Starks, Lee, Kross, Downey, Sibley, Lober, Loggers, Fausto, Lindvall et Engelberg, 2018). Toutefois, le développement de systèmes d'information comprenant ce type de données ne semble pas, selon nos consultations, faire l'objet d'une réelle planification globale et intégrée.

*À part les urgences, et quelques points très spécifiques dans les hôpitaux, on est très pauvre en données – je parle du ministère ici –, parce que de 1 : les lois nous empêchent d'avoir certains accès en termes d'information; de 2 : parce qu'on n'a jamais investi dans les systèmes; de 3 : parce qu'il y avait une vision, avant, où c'étaient les établissements qui géraient ça, on était des donneurs d'orientations très larges. Intervenant*

D'une part, les consultations révèlent que le **manque de financement** est l'une des raisons principales de la vétusté des systèmes d'information et du faible accès à des données de qualité. Les investissements en ressources informationnelles restent toujours un enjeu majeur à confronter, particulièrement parce que ces systèmes requièrent généralement des dépenses continues (Plantier, Havet, Durand, Nicolas, Amaz, Philip, Biron et Perrier, 2016).

*On a négligé de développer des systèmes d'information au cours des dernières années et les systèmes d'information qui restaient, on a négligé de les entretenir. On a vu de très grandes discussions avant la pandémie ou à un certain moment on s'est dit il faut entretenir ces systèmes-là parce qu'il y en a quelques-uns qui étaient sur le point de craquer. Intervenant*

D'autre part, les acteurs consultés nous ont dit que la **grosseur des structures et la rigidité des règles** limitent également le développement de ces systèmes. Il y a certainement une pénurie de professionnels et d'expertises dans le déploiement des systèmes informatisés au Canada (CTIC, 2009), mais ce ne semble pas être le principal problème au Québec. Selon des intervenants consultés, le Québec possède l'expertise dans le développement et le déploiement des systèmes informatisés, mais le politique freine l'avancement dans ce domaine.

### 3.4.2 La disponibilité des données et leur accès : un manque d'intégration et d'interopérabilité des systèmes d'information

L'uniformisation rapide des systèmes d'information et le développement des pratiques en matière de gestion des ressources informationnelles au sein du réseau sont jugés essentiels tant sur les plans cliniques, financier, administratif que des ressources humaines (Kruse et al., 2017; Plantier et al., 2016; Fortin, 2013). Les consultations révèlent que le manque d'intégration et d'interopérabilité des données a nui de façon certaine à la bonne planification et à la gestion de la pandémie par les CISSS/CIUSSS et le MSSS, situation qui impacte les milieux de vie et les soins aux personnes âgées.

D'une part, à la lumière de nos consultations et de la documentation analysée, il appert que la non-interopérabilité des systèmes d'information engendre de nombreux **délais et coûts évitables**. Par exemple, l'entrée manuelle de données mène, quant à elle, à des délais et à des risques d'erreur de saisie. L'accès difficile à des données existantes non intégrées a été pointé par plusieurs acteurs rencontrés comme un enjeu lors de la pandémie. Les consultations révèlent que même le MSSS se heurte à de telles difficultés qui ont des conséquences directes sur la performance du système de santé, mais aussi, qui ont pu avoir un impact important sur la gestion de la pandémie.

*Il y a des outils de bases qu'on n'a pas, des informations de base que je n'ai pas. Je vais vous donner un exemple, aujourd'hui il y a 727 patients COVID positifs dans mes hôpitaux. Si je veux savoir combien d'entre eux sont venus des CHSLD, je ne peux pas vous le dire. Moi c'est de base de savoir ces gens-là, ils viennent d'où? Est-ce qu'ils proviennent de leur domicile, de RPA? Quel âge est-ce qu'ils ont? Je ne peux pas vous le dire. On part de loin. **Intervenant***

D'autre part, le manque d'intégration et d'interopérabilité des données a également des conséquences négatives sur le parcours clinique des patients, particulièrement les personnes âgées en hébergement, car les renseignements ne suivent actuellement pas les patients dans le réseau.

*Pour avoir un dossier électronique qui est harmonisé : que le même usager qui se fait suivre en CLSC, qui fait un séjour à l'hôpital qui termine sa vie en CHSLD, là, c'est tous des systèmes qui ne se parlent pas. Il y a une multitude de dossiers différents. Ça amène beaucoup de paperasse, on faxe encore des affaires, on est à des années-lumière. Mais c'est beaucoup d'argent, beaucoup d'énergie à mettre tout en place. **Intervenant***

Des acteurs rencontrés nous ont indiqué que la réforme de 2015 aurait complexifié, pour les établissements, l'accès à des données leur permettant de dresser des portraits justes de leurs installations ou du continuum des soins et services et cela malgré leurs efforts et leur volonté de coordonner les différentes directions cliniques dans une logique d'intégration régionale. Il appert que même aujourd'hui **les systèmes d'information utilisés ne sont pas adaptés à la réalité des grosses organisations** comme le sont maintenant les CISSS/CIUSSS. Au sein d'un même CISSS/CIUSSS, plusieurs systèmes d'information différents ont dû, et doivent encore dans certains cas, cohabiter.

Cette problématique a aussi été soulevée dans plusieurs rapports d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 en CHSLD où les **systèmes d'information n'étaient pas assez performants** pour faire le suivi des absences, des quarantaines et mouvements de personnel. Le manque de performance des systèmes d'information avec une gestion décentralisée et non intégrée des listes de rappel, par exemple, aurait ainsi mené à une grande confusion dans la gestion du personnel. Ceci est ressorti tant par la documentation analysée que de nos consultations (Benoit et le MSSS, 2020 ; CMQ et al., 2021).

*« Il apparait évident que tous les systèmes d'information n'ont pas été à la hauteur d'un traitement des données efficace et ont contribué à la confusion dans la gestion des ressources humaines. Il n'est pas normal qu'en 2020, les systèmes de suivi des absences, de gestion des mouvements de personnel ne soient pas mieux secondés par la technologie qui par ailleurs, existe. À preuve, la capacité du service de santé de trouver en pleine crise un logiciel qui a permis, un peu tard, un suivi efficace de l'absentéisme. » (Benoit et al., 2020, p.10)*

*Les systèmes [X et Y], ils venaient à nos réunions, et à chaque fois, tout ce qu'il nous disait pendant trois ou quatre ans : « On travaille sur le plan d'affaires. Ça avance. Plan d'affaires, plan de ci, plan de ça. On refait le plan d'affaires. On le recommence. On change l'appel d'offres ». Ils ne sont toujours pas allés en appel d'offres. Ça fait six ans de cela. **Intervenant***

La littérature montre qu'un système interopérable composé d'informations complètes et valides permettrait aux gestionnaires et aux prestataires de soins d'avoir une meilleure compréhension des situations et de prendre des actions concrètes plus rapidement et de manière mieux informée (Kruse et al., 2017; Alkahaffaf et Almomani, 2021).

### 3.4.3 La qualité des systèmes d'information et des données

Comme nous en avons fait état dans la première partie de notre rapport final *Renforcer le rôle stratégique de la santé publique* plusieurs acteurs ont identifié **des limites à la validité des données disponibles au sein du réseau** notamment quant à la pertinence des données colligées, à leur exactitude permettant de tirer des conclusions bien fondées. Les acteurs rencontrés nous ont rapporté que certains systèmes de données ne permettent pas d'obtenir un portrait juste de l'ensemble des interventions posées par les professionnels.

*Actuellement, on est beaucoup sur notre nombre d'utilisateurs et notre nombre d'interventions directes. Alors que la réalité de terrain, on accompagne des familles, il y a beaucoup de choses indirectes en fait. Les démarches avec le médecin, les démarches avec la pharmacie, c'est quand même beaucoup de travail pour nos équipes, de coordonner le soutien à domicile, et ça, ça n'est pas capté. **Intervenant***

Le type de données qui semble le plus souvent utilisé et disponible dans le réseau est celui qui permet de documenter le « **volume de production** », par exemple : les délais avant de recevoir un service, le pourcentage de couverture de l'ensemble de certains des besoins d'un usager, les délais d'attente avant d'obtenir une place en CHSLD, etc. Nous notons ici que cette orientation s'aligne avec les différents indicateurs sur plan stratégique du MSSS qui, nous l'avons indiqué, est particulièrement axé sur des indicateurs quantitatifs et sur l'accès. Peu de données ont trait à la qualité des services rendus. Ainsi, les données récoltées dans le réseau ne permettent pas un processus optimal d'amélioration continue des services.

*De mon point de vue, je pense qu'on fait beaucoup des indicateurs de nombre et de volume, parce que ce sont les plus faciles. On ne fait pas beaucoup d'indicateurs de suivi de satisfaction d'utilisateurs. C'est ce qu'on mesure le moins, parce que c'est ce qui est le plus subjectif et le plus difficile pour tirer des conclusions. **Intervenant***

Encore, des acteurs consultés nous ont dit que les données au niveau de la logistique, et plus précisément des inventaires, sont inconnues, non à jour et/ou inaccessibles, ce qui a rendu la planification des besoins en matériel médical complexe pendant la pandémie. Même chose du côté des ressources humaines alors qu'il y avait un manque de données sur le personnel permettant de gérer adéquatement les déplacements de personnel et le manque de main-d'œuvre.

Nous reconnaissons toutefois que les établissements et le MSSS ont utilisé, adapté et, parfois créé, des outils de gestion pour les aider à mieux gérer la pandémie après la première vague au printemps 2020.

### 3.4.4 La transparence des données et la protection des renseignements personnels

Les enjeux de protection de la vie privée représentent un frein important à l'accès aux données, tant pour les établissements que pour le MSSS. Ces enjeux expliqueraient notamment que l'information circule difficilement au sein du réseau de la santé et avec le MSSS. Il appert que les dispositions législatives encadrant les renseignements personnels dans le domaine de la santé sont désuètes.

Notons cependant que les consultations révèlent que l'état d'urgence sanitaire a permis aux gestionnaires d'avoir accès plus facilement aux renseignements personnels en raison des décrets et arrêtés ministériels qui permettaient un accès temporaire et exceptionnel à certains renseignements.

*[...] les arrêtés ministériels ont permis d'aller chercher l'info de gestion que, normalement, on n'aurait jamais eu accès, et qui nous permet d'avoir des tableaux de bord plus granulaires. Ça va tout disparaître comme un mirage, quand l'urgence sanitaire va être levée.*

**Intervenant**

Au Québec, plusieurs lois encadrent le droit à la vie privée et la protection des renseignements personnels en santé, dont le *Code civil du Québec* (art. 3) et la *Charte des droits et libertés de la personne* (art. 5). De plus, le premier principe d'application de la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé* est le respect du droit à la vie privée (art. 2).

Nécessairement, dans une optique de viabilité du système de santé, il nous apparaît incontournable de nous questionner quant aux limites du droit individuel à la vie privée lorsque la protection de ce droit affecte négativement les droits à la vie et à la sécurité d'autres individus ou encore, lorsque la protection de ce droit a des conséquences négatives sur la saine gestion des ressources.

### **IL DÉCOULE DE NOS CONSULTATIONS HUIT CONSTATS SUR LA PLANIFICATION ET LA GESTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION :**

1. La non-interopérabilité des systèmes d'information engendre de nombreux délais et coûts qui pourraient être évités.
2. Le manque d'intégration et d'interopérabilité des données a des conséquences négatives sur le parcours clinique des patients, particulièrement les personnes âgées en hébergement.
3. Les systèmes d'information utilisés ne sont pas adaptés à la réalité des organisations aussi énormes que sont les CISSS/CIUSSS.
4. Les systèmes d'information n'étaient pas assez performants pour faire le suivi des absences, des quarantaines et des mouvements de personnel pendant la pandémie.
5. Les données accessibles par les gestionnaires n'offrent pas un portrait juste de l'ensemble des interventions posées par les professionnels pour un patient donné.
6. Le type de données colligées concerne majoritairement des indicateurs quantitatifs plutôt que qualitatifs. Peu de données ont trait à la qualité des services rendus ; ainsi, les données récoltées dans le réseau ne permettent pas un processus optimal d'amélioration continue des services.
7. Les enjeux de protection de la vie privée représentent un frein important à l'accès aux données et à la fluidité de celles-ci au sein du système de santé. Il appert que les dispositions législatives encadrant les renseignements personnels dans le domaine de la santé sont désuètes.
8. L'état d'urgence sanitaire a permis aux acteurs d'avoir accès plus facilement aux renseignements personnels en raison des décrets et arrêtés ministériels qui permettaient un accès temporaire et exceptionnel à certains renseignements.

## **3.5 Ressources infrastructurelles**

En 2016, le gouvernement a publié pour la première fois un rapport qui faisait le point sur l'état des bâtiments constituant le réseau de la santé (SCT, 2016). Selon ce rapport, plus de 30 % des CHSLD de l'époque étaient considérés en mauvais état<sup>38</sup> ou en très mauvais état<sup>39</sup> (SCT, 2016). En 2019, le gouvernement publiait un nouveau rapport où il affirme que le pourcentage des CHSLD considérés en mauvais état ou en très mauvais état avait diminué de 10 % (SCT, 2019).

38. « L'infrastructure présente un niveau élevé de dégradation et de défektivité. L'immeuble, l'ouvrage de génie civil ou, le cas échéant, l'équipement nécessite des travaux de maintien d'actifs importants et parfois urgents. Habituellement, l'infrastructure dépasse sa durée de vie utile. Des interruptions ou ralentissements de service de l'infrastructure surviennent souvent. Au besoin, des mesures importantes d'atténuation de risques sont en place. L'infrastructure assure la sécurité des personnes et n'affecte pas leur santé. » (SCT, 2016 ; p. 82)

39. « L'infrastructure présente un niveau très élevé de dégradation et de défektivité. L'immeuble, l'ouvrage de génie civil ou, le cas échéant, l'équipement nécessite des travaux de maintien d'actifs très importants et souvent urgents. Habituellement, l'infrastructure dépasse nettement sa durée de vie utile. Des interruptions ou ralentissements de service de l'infrastructure surviennent très souvent. Des mesures très importantes d'atténuation de risques sont en place. L'infrastructure assure la sécurité des personnes et n'affecte pas leur santé. » (SCT, 2016 ; p. 82)

Ainsi, il n'est pas étonnant qu'il ressorte de nos consultations, mais aussi de la littérature (CMQ et al., 2021; Savoie, 2020), que des milieux de vie sont entrés dans la pandémie alors que leur infrastructure ne les préparait pas à une telle situation. Certains de ces milieux étant aux normes de construction et de conception des années 1980 et ainsi non adaptés à la gestion et au contrôle des infections : absence d'endroits dédiés au personnel, corridors étroits, chambres petites, partagées et généralement sans salle de bain.

*Dans les CHSLD, actuellement, il n'y a rien pour faire face à une pandémie : il y a de la proximité, des corridors étroits, des chambres trop petites, une toilette. Il n'y a pas de toilettes dans les chambres. Il y a une toilette pour douze ou quinze résidents, et deux salles de bain par étage, des fois pour soixante résidents. Il n'y a ni endroit pour les pauses des employés, ni vestiaires dédiés. **Intervenant***

Les milieux construits plus récemment semblent s'en être généralement mieux sortis, sinon qu'avec quelques cas de COVID-19. Toutefois, même les bâtiments neufs ne sont pas nécessairement adaptés à une réalité pandémique. L'un des défis des années à venir sera les luttes infectieuses. Il y a d'ailleurs une préoccupation de certains acteurs sur l'adaptation de nos infrastructures, puisque les rénovations requises ne pourront se faire du jour au lendemain :

*Même nos bâtiments neufs ne sont presque plus adéquats. Ils ne permettent pas toujours le respect des règles de prévention de contrôle des infections. [...] Parce qu'on sait que notre défi des cent prochaines années, ça va être la lutte contre tout ce qui est infectiologie. On le sait très bien, et on le voit. On est entré dans une situation de pandémie au Québec avec des environnements qui ne sont pas adaptés. [...] **Intervenant***

Bien qu'il y ait eu des investissements pour des projets d'amélioration des milieux vétustes, l'aboutissement apparaît très long (les projets immobiliers prennent du temps) :

*On en a mis [de l'argent], mais l'aboutissement des projets est extrêmement long. [...] Il y a un projet de construction d'un CHSLD depuis je dirais qu'on remonte facilement à 2002 ou 2003. On est rendu en 2020 et on est encore à faire les plans préliminaires. Il va aboutir en 2024. Le ministère a donné le coup de barre et a dit : « On construit. On y va. Échéancier en 2024 ». Mais d'ici 2024, on va être avec les mêmes installations, car un édifice comme ça ne se construit pas en claquant des doigts **Intervenant***

Dans un effort de réformer le modèle de milieu de vie pour les aînés, le gouvernement du Québec a mis de l'avant le projet Maisons des aînés et alternatives. Le modèle préconisé sera centré non seulement sur la qualité du milieu de vie à l'intérieur de la Maison des aînés et alternatives, mais également sur des pratiques innovantes qui favorisent leur ouverture à la communauté où elles sont établies. Il est souhaité d'offrir un milieu de vie adapté répondant aux besoins des personnes qui y résident afin qu'elles s'y sentent chez elle. Cette approche constitue un changement significatif dans la façon de concevoir les infrastructures et de dispenser les soins et services aux résidents (MSSS, 2021b).

De façon générale, les intervenants rencontrés accueillent favorablement ces nouvelles installations. Elles sont plus que de nouvelles infrastructures pour les aînés, il s'agit également d'une nouvelle organisation des services, d'une nouvelle philosophie d'accompagnement des personnes qui y résident :

*C'est sûr que le concept des maisons des aînées, ce n'est pas juste Immo. C'est un virage. C'est sûr que l'aspect immo amène le virage. Mais effectivement, ce n'est jamais l'immo qui va régler une organisation de services déficiente. Donc que j'ai un bâtiment flambant neuf, je peux avoir une organisation de services et des soins déficients. Je peux avoir une infrastructure qui n'est pas adéquate du tout, mais avec une offre de service super novateur en termes d'organisation. **Intervenant***

Selon des intervenants rencontrés, il semble que les plans des Maisons pour aînés ont été revus pour être adaptés au contexte des maladies infectieuses. Cet aspect était d'ailleurs souligné dans un communiqué de presse du MSSS le 21 juin 2021. On y soulignait l'aspect sécuritaire des lieux, entre autres sur le plan de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections en cas d'éclosion :

*La maison des aînés est un bon exemple. On s'en va vers la bonne place. On a dû revoir les plans et les modèles des maisons des aînés dans les derniers mois, parce que même le modèle qu'on allait mettre en place n'était pas optimal au niveau de la virologie. [...] Intervenant*

Par ailleurs, sans remettre en question le concept de Maison des aînés, des acteurs s'interrogent à savoir s'il s'agit de la meilleure solution. Le coût de construction des Maisons des aînés est important et ces milieux de vie ne pourront accueillir tous les aînés. Certains demeureront forcément dans les CHSLD et plusieurs de ces bâtiments sont vétustes :

*Nous on a vraiment l'impression que tous les œufs maintenant, tout l'argent est mis dans les maisons des aînés et qu'on va encore davantage oublier les personnes qui habitent en CHSLD. Mais c'est sûr que couper un ruban devant une nouvelle maison des aînés, c'est beaucoup plus politiquement payant que de rénover et changer les fenêtres d'un CHSLD. J'exagère un peu, mais en fait, on a des inquiétudes importantes de ce côté-là. Intervenant*

#### **IL DÉCOULE DE NOS CONSULTATIONS TROIS CONSTATS SUR LA GESTION DES RESSOURCES INFRASTRUCTURELLES :**

1. Plusieurs milieux de vie ne bénéficient pas d'infrastructures modernes, conformes aux normes actuelles et adaptées à la gestion et au contrôle des infections.
2. L'infrastructure de base des établissements de santé devra être adaptée à cette nouvelle réalité pour faciliter l'application des mesures environnementales et techniques de lutte contre les agents pathogènes.
3. Le concept de Maisons des aînés est généralement bien accueilli. Certains redoutent toutefois que toutes les ressources du gouvernement ne soient investies dans la construction de ces nouvelles installations et cela, au détriment de la mise aux normes des CHSLD existants.

Les points de vue exprimés par les acteurs convergent largement avec les faits probants présentés à la section 2. Ils y apportent une lecture plus fine de la dynamique qui prévaut à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. On note aussi la cohérence qui se dégage des points de vue exprimés par les différentes parties prenantes. Des préoccupations partagées, également, qui pointent sur des défis de gouvernance. L'analyse des pratiques de gouvernance fera l'objet de la prochaine section.

## TABLEAU SOMMAIRE DES CONSTATS ISSUS DES CONSULTATIONS

1. Il n'existe pas de planification à partir d'une vision conforme à l'évolution des besoins et aux valeurs des aînés hébergés.
2. Les conseils d'administration détiennent peu d'autonomie et de pouvoir décisionnel.
3. Les CISSS/CIUSSS ne disposent pas d'une marge de manœuvre suffisamment grande pour répondre aux besoins propres de leur population territoriale.
4. Les objectifs prioritaires définis par le MSSS et dont les établissements sont imputables sont des objectifs de volume de production d'activités et d'accès, et non des objectifs de résultats de santé et de bien-être pour la population.
5. Les ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) comprennent un très grand nombre d'indicateurs, de sorte qu'il est difficile de déterminer ce qui est prioritaire et de rendre les établissements imputables.
6. La responsabilité populationnelle des CISSS/CIUSSS n'est pas suffisamment définie quant à l'assurance d'une offre de soins et services de qualité dans les CHSLD privés et les RPA.
7. Le rôle des commissaires aux plaintes et des comités des usagers dans le contrôle de la qualité n'est pas toujours reconnu par les CA et PDG des CISSS/CIUSSS.
8. L'agrément tient compte du respect de certaines normes ou processus, mais ne permet pas d'attester de la qualité des services dispensés.
9. Les inspections ministérielles ne sont pas assez fréquentes.
10. En l'absence de collaboration, les CISSS/CIUSSS disposent de peu de pouvoir d'action pour assurer la qualité des soins et services dans les milieux privés.
11. Les besoins plus lourds des résidents accueillis en RPA demanderaient le déploiement de mécanismes de contrôle de la qualité autres que la certification.
12. Il n'y a pas un suivi adéquat afin d'assurer que les problèmes identifiés via les mécanismes de contrôle de la qualité sont résolus.
13. L'absence d'intégration des mécanismes de contrôle diffuse les responsabilités et peut mener à des recommandations difficilement conciliables.
14. Les ratios gestionnaires/employés sont trop faibles pour assurer une gestion de proximité et un encadrement adéquat des équipes.
15. Les ratios professionnels/résidents sont souvent appliqués en fonction du seuil minimum requis sans être adaptés aux besoins des aînés hébergés.
16. Les innovations et l'agilité nécessaire à une bonne gestion des ressources humaines sont limitées par le manque de gestion de proximité.
17. Le manque ressenti d'infirmières en milieu de vie pour aînés a des conséquences sur la qualité des soins et services offerts, mais également sur la motivation des équipes, sur le rendement du personnel et sur la rétention du personnel dans le réseau public.
18. Une mauvaise planification des effectifs, une sous-utilisation de leurs compétences et des conditions de travail inacceptables dans le secteur public contribuent grandement au manque ressenti d'infirmières.
19. Malgré la littérature qui décrit les impacts négatifs de la mobilité et de l'instabilité du personnel sur la qualité de l'offre de soins et de services dans les milieux de vie destinés aux personnes âgées, l'instabilité et le roulement de personnel sont toujours bien présents.
20. Les conventions collectives négociées à la suite des réformes de 2015 favorisent la mobilité de personnel au sein des établissements fusionnés (les CISSS/CIUSSS).

21. Le recours aux agences privées de placement est coûteux et est une cause majeure de la mobilité du personnel qui a persisté durant la pandémie. L'attrait des agences pour les infirmières qui souhaitent un meilleur contrôle de leur horaire va de pair avec le recours accru à ces agences.
22. La formation, tant des infirmières que des PAB et médecins, est déficiente au niveau des processus de vieillissement et les soins requis en milieu de vie pour aînés.
23. Aucune association et aucun ordre professionnel n'assure les standards d'offre de services par les PAB, et la formation des PAB n'est pas standardisée, malgré une demande à cet effet par des regroupements de PAB.
24. La formation initiale et continue en PCI des professionnels et des PAB est inadéquate et insuffisante.
25. Le manque d'incitatifs et de valorisation de la pratique médicale en milieu de vie mène à un manque marqué de services médicaux dans ces milieux.
26. Malgré l'accroissement des actes permis par les IPS, la reconnaissance de leur expertise en milieu de vie pour personnes âgées, de leur capacité à remplacer le médecin pour plusieurs actes et de leur capacité à poser des diagnostics apparaît être un défi qui perdure.
27. La non-interopérabilité des systèmes d'information engendre de nombreux délais et coûts évitables.
28. Le manque d'intégration et d'interopérabilité des données a des conséquences négatives sur le parcours clinique des patients, particulièrement les personnes âgées en hébergement.
29. Les systèmes d'information utilisés ne sont pas adaptés à la réalité des organisations aussi énormes que sont les CISSS/CIUSSS.
30. Les systèmes d'information n'étaient pas assez performants pour faire le suivi des absences, des quarantaines et des mouvements de personnel pendant la pandémie.
31. Les données accessibles par les gestionnaires n'offrent pas un portrait juste de l'ensemble des interventions posées par les professionnels pour un patient donné.
32. Le type de données colligées concerne majoritairement des indicateurs quantitatifs plutôt que qualitatifs. Peu de données ont trait à la qualité des services rendus; ainsi, les données récoltées dans le réseau ne permettent pas un processus optimal d'amélioration continue des services.
33. Les enjeux de protection de la vie privée représentent un frein important à l'accès aux données et à la fluidité de celles-ci au sein du système de santé. Il appert que les dispositions législatives encadrant les renseignements personnels dans le domaine de la santé sont désuètes.
34. L'état d'urgence sanitaire a permis aux acteurs d'avoir accès plus facilement aux renseignements personnels en raison des décrets et arrêtés ministériels qui permettaient un accès temporaire et exceptionnel à certains renseignements.
35. Plusieurs milieux de vie ne bénéficient pas d'infrastructures modernes, conformes aux normes actuelles et adaptées à la gestion et au contrôle des infections.
36. L'infrastructure de base des établissements de santé devra être adaptée à cette nouvelle réalité pour faciliter l'application des mesures environnementales et techniques de lutte contre les agents pathogènes.
37. Le concept de Maisons des aînés est généralement bien accueilli. Certains redoutent toutefois que toutes les ressources du gouvernement ne soient investies dans la construction de ces nouvelles installations et cela, au détriment de la mise aux normes des CHSLD existants.

## SECTION 4 – APPRÉCIATION DE LA GOUVERNANCE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

Les sections 2 et 3 ont permis d'établir un ensemble de constats sur l'état du système de santé et de services sociaux, sa dynamique de fonctionnement, sa réponse en contexte de pandémie ainsi que son impact sur les intervenants, sur la qualité des services et sur leurs résultats pour les aînés.

Plusieurs facteurs associés à ces constats pointent vers la gouvernance du système. La présente section s'intéresse spécifiquement à la contribution de la gouvernance au fonctionnement et à la performance du système.

La gouvernance a pour objet d'orienter les acteurs du système vers les objectifs souhaités. Elle a donc un rôle clé dans l'atteinte des résultats. L'appréciation de la gouvernance consiste à examiner la capacité de ses leviers et mécanismes à appuyer la performance du système. Il s'agit d'apprécier la concordance entre les mécanismes de gouvernance en place avec le but du système.

Au Québec, assurer l'offre de soins et services destinés aux personnes âgées est une responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Conséquemment, la mise en place d'un système de gouvernance efficace et conséquent relève de sa responsabilité.

Cette section analyse d'abord le contenu et les principaux messages véhiculés par les plans et documents du ministère concernant les services sociaux et de santé, particulièrement ceux destinés aux personnes âgées. Elle considère ensuite les modalités et mécanismes déployés et leur cohérence avec les objectifs ministériels. Finalement, elle examine comment et dans quelle mesure l'ensemble du système est aligné sur la volonté exprimée d'offrir des soins et services intégrés aux personnes âgées.

### 4.1 La planification

#### **Le plan stratégique du MSSS et ses politiques de soins et services aux aînés**

La mission et la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont présentées à l'encadré suivant. La mission du MSSS est directement liée au mandat qui lui est confié par la loi<sup>40</sup>, soit de voir à l'amélioration de l'état de santé des individus et du niveau de santé de la population.

Le ministère exprime que c'est par des services accessibles, intégrés et de qualité qu'il contribuera au développement social et économique du Québec (Plan stratégique 2019-2023) (MSSS, 2019). L'accessibilité aux services est le moteur de l'ensemble des actions du système. Cela se reflète tant dans le plan stratégique 2019-2023 du MSSS que dans sa politique d'avril 2021 pour l'hébergement des aînés (MSSS, 2021a).

---

40. Selon la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, le ministre a notamment les responsabilités d'assurer la protection sociale des individus, des familles et des autres groupes; de prendre les mesures requises pour assurer la protection de la santé publique; et de voir à l'amélioration de l'état de santé des individus et du niveau de santé de la population.

La **mission** du MSSS, énoncée dans son plan, est de « *de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.* »

Toujours selon son plan stratégique, la vision du MSSS est ainsi définie : « *Les Québécoises et les Québécois souhaitent que leurs services sociaux et de santé soient facilement accessibles, car ceux-ci favorisent leur santé et leur bien-être. Conséquemment, l'accès à ces services doit être le moteur de l'ensemble de nos actions.* »

**La vision proposée pour l'hébergement des aînés au Québec dans la Politique sur l'hébergement des personnes âgées (Politique avril 2021)** prévoit qu' « *un parcours vers une ressource d'hébergement et un vécu au sein de ce nouveau milieu de vie doit s'inscrire le plus possible en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, ses besoins, sa culture et sa langue. Le milieu de vie évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne et lui permet de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis par son état.* »

La planification stratégique a pour objet d'assurer et faire évoluer la cohérence de l'organisation ou du système avec sa mission, ses objectifs et son contexte. C'est un outil primordial qu'ont les dirigeants pour communiquer comment ils comptent orienter l'ensemble des actions vers les résultats souhaités compte tenu des forces et faiblesses du système ainsi que des menaces et risques auxquels il doit faire face. L'exercice exige d'effectuer une vigie de l'environnement externe et interne, d'analyser la performance de ses stratégies et activités, et de les ajuster ou les réviser afin d'atteindre les résultats visés.

La **planification stratégique** inclut la détermination des enjeux prioritaires ainsi que des orientations, des objectifs, des indicateurs et des cibles retenus pour y faire face. Elle guide la détermination des stratégies et le développement de la structure et des capacités organisationnelles, dont les ressources humaines, matérielles et financières et informationnelles.

En santé et services sociaux, le renouvellement périodique du plan stratégique est l'occasion pour le ministère d'orienter les décisions de l'ensemble des acteurs du système en précisant la mission du système, sa vision pour celui-ci et ses priorités stratégiques. Le ministre, dans ce contexte, représente le gouvernement. Il approuve et adopte le plan. Sa mise en œuvre est la responsabilité de la direction du ministère et relève du sous-ministre.

Avec la réforme de 2015, le mode de planification stratégique des établissements de santé du réseau a été modifié. Alors que par le passé chacun des établissements établissait son propre plan stratégique, le MSSS élabore maintenant un seul plan stratégique pour l'ensemble du réseau, après consultation des établissements et différents organismes<sup>41, 42</sup>. Ceci n'implique pas que ces derniers ne puissent l'adapter à leur environnement ou ajouter des objectifs qui les préoccupent particulièrement, mais les établissements devront répondre en priorité aux orientations du MSSS.

41. Certains établissements semblent encore adopter des plans stratégiques

42. La loi prévoit maintenant que, à la suite de la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité « l'établissement doit élaborer un plan d'action qui contient les moyens pris pour donner suite à l'entente et les ressources disponibles pour y arriver. Cette entente et le plan d'action qui en découle doivent permettre la mise en œuvre des orientations stratégiques déterminées par le ministre ».

Les entrevues ont révélé à ce titre que des dirigeants d'établissements estimaient avoir été peu consultés à l'élaboration du plan stratégique ministériel, et que ce dernier leur avait été « imposé ». Par ailleurs, ils déplorent le manque d'autonomie dans la réalisation des orientations. De plus, certains acteurs centraux ont déploré le fait que, lors du dernier renouvellement, l'analyse des environnements interne et externe était demeurée assez limitée.

Pour bien saisir les orientations du MSSS en matière de soins et services aux aînés, le CSBE a répertorié les documents d'orientation, plans ou politiques les ciblant directement en plus certains autres documents s'adressant à la population générale, y compris les personnes âgées.

Les cinq documents suivants ont été retenus aux fins de l'analyse : 1) le plan stratégique 2019-2023 du MSSS (2019); 2) *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté* (2017); 3) les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* (2003); 4) *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* (2018); et 5) la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée *Des milieux de vie qui nous ressemblent*, publiée en avril 2021 (MSSS, 2021a).

Examinons maintenant les orientations qui s'en dégagent relativement à la gouvernance et la gestion des soins et services destinés aux personnes âgées qui vivent dans les milieux d'hébergement.

**1) Plan stratégique du MSSS** – La plus récente mise à jour du plan stratégique du MSSS (août 2021) comprend deux objectifs qui concernent spécifiquement les personnes âgées :

- Augmenter les services de soutien à domicile :
  - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile;
  - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile;
- Déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population :
  - Nombre de places développées en « maison des aînés et milieux de vie alternatifs »;
  - Nombre de maisons de répit pour soutenir les proches aidants.

On observe que les objectifs sont liés à la quantité de personnes rejointes ou le nombre offert d'heures, de places ou de maisons de répit, tous des indicateurs qui visent améliorer l'accès aux services. Outre le projet de Maison des aînés, aucun objectif ou indicateur ne s'adresse aux milieux d'hébergement en place. La prestation de services privés n'est pas prise en compte. Aucun objectif ne vise l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes.

Ces observations sont cohérentes avec le principe que c'est par « l'accessibilité aux services, le moteur de l'ensemble des actions du système, que le MSSS vise à améliorer la santé de la population ». **Par ces énoncés, le MSSS oriente prioritairement l'ensemble du réseau sur l'accès et quantité de services offerts**, tout en reconnaissant que la disponibilité de places d'hébergement et des ressources en soins à domicile est jugée insuffisante.

**2) Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté (2012)** – Il s'agit d'une politique et d'un plan d'action sur le vieillissement qui mise sur l'adaptabilité des communautés pour mieux cohabiter avec les personnes âgées et pour que celles-ci puissent y vivre le plus longtemps possible. Le gouvernement y énonce trois orientations stratégiques. Ainsi, selon cette politique « Vivre et vieillir ensemble », c'est participer dans sa communauté, c'est vivre en santé dans sa communauté et c'est créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants dans sa communauté. Le plan d'action regroupe un total de 69 actions, pour un investissement total de 2,7 G\$ sur cinq ans, sans toutefois préciser les résultats visés en matière de santé et de bien-être.

- 3) Les orientations ministérielles pour « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD »** – Ce document, qui date de 2003, vise à inscrire les CHSLD dans une démarche d'amélioration de la qualité ainsi qu'à soutenir les établissements dotés d'une mission d'hébergement et de soins de longue durée et les régies régionales<sup>43</sup> dans la réalisation de leurs mandats. Le ministère y énonce certains fondements légaux, des principes directeurs ainsi que des objectifs généraux devant guider des interventions de qualité. Ces énoncés peuvent trouver application dans tout le réseau de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, dans un esprit de continuité des services, soit à domicile, dans les centres hospitaliers ainsi que dans les ressources d'hébergement non institutionnelles (RI-RTF) et institutionnelles (CHSLD).

On précise que les CHSLD doivent offrir « des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux de plus en plus diversifiés et spécialisés ; en plus des services d'assistance, de soutien et de surveillance et un milieu de vie de qualité ». Il y est aussi fait mention de la nécessité de centrer et adapter les services en fonction des besoins des personnes et que les services médicaux et paramédicaux sont offerts par le réseau de la santé. Aucun résultat mesurable n'est formulé.

- 4) Cadre de référence sur les normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée (février 2018)** – Ce document, en lien avec les orientations du MSSS pour les CHSLD de 2003, est présenté comme venant confirmer la pertinence de celles-ci. Le texte porte essentiellement sur l'organisation des ressources humaines dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées, c.-à-d. l'acquisition et le renforcement des compétences ainsi que les zones de partage des compétences, de collaboration et de travail en interdisciplinarité en CHSLD public, CHSLD privé conventionné, CHSLD privé non conventionné ou pour tout établissement qui a une entente d'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée.

On y observe d'abord qu'il incombe aux milieux eux-mêmes de prendre les mesures nécessaires pour assurer l'acquisition et le renforcement des compétences du personnel, et ce, en fonction des besoins de la clientèle ainsi que des rôles, des responsabilités et des compétences de chacun. Ils doivent également s'assurer de clarifier et optimiser les rôles et les responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers ; circonscrire les zones de partage des compétences ; soutenir le travail de collaboration dans l'équipe de soins infirmiers et déterminer les stratégies en matière d'organisation des soins et du travail à mettre en place afin d'augmenter la présence directe de l'équipe de soins infirmiers auprès des résidents et de leur famille.

Il y est également mentionné que ces milieux doivent s'assurer de la présence d'une infirmière 24 heures par jour 7 jours par semaine. Les ratios sur la présence et le nombre des autres professionnels ne sont pas mentionnés. On y mentionne toutefois la nécessité d'augmenter les ressources (infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) en fonction des besoins des résidents qui augmentent étant donné l'accroissement du niveau de dépendance de la clientèle.

- 5) La Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée « Des milieux de vie qui nous ressemblent »** – Il s'agit d'un document d'orientation publié en avril 2021 qui propose une vision pour les services d'hébergement destinés aux aînés, pour que les aînés aient la possibilité de vivre « en continuité avec leur histoire et leur expérience de vie, leurs valeurs, leurs préférences, leurs besoins, culture et langue. » Les milieux d'hébergement visés par cette politique sont principalement les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) ainsi que les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA). À noter que les RPA ne sont pas mentionnées, malgré leur importance dans ce domaine.

43. Elles ont depuis été remplacées par les CISSS/CIUSSS.

Publié en 2021, après le choc de la première vague, le document prend acte du fait que cette crise a mis en lumière certaines défaillances dans les milieux d'hébergement pour lesquelles il importe d'agir rapidement. Parmi les enjeux à considérer, on souligne l'importance d'avoir une main-d'œuvre disponible et bien formée et celle de créer des milieux vie plus vastes et physiquement adaptés à la prévention et au contrôle des infections (PCI).

Plus globalement, il est proposé que les milieux de vie devraient évoluer et s'adapter aux divers besoins de la personne et lui permettre de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis par son état. On y indique que pour cette vision se réalise, ce changement devra être :

- « priorisé par des autorités qui lui accordent les ressources nécessaires ;
- soutenu par un cadre financier adéquat ;
- soutenu par gestion de proximité ;
- soutenu par l'ensemble des acteurs concernés (usagers, proches, bénévoles, prestataires de services, etc.) ;
- réalisé de façon continue ;
- soutenu par les effectifs requis et stables dans le milieu ;
- réalisé dans un environnement adapté à la condition des personnes hébergées ;
- soutenu par la formation continue et du mentorat auprès des prestataires de soins et de services ;
- réalisé en prenant en compte la santé, la sécurité et le bien-être des prestataires des services ;
- soutenu par un processus d'amélioration continue permettant d'apporter rapidement les changements requis ;
- soutenu dans son implantation et évalué (de manière quantitative et qualitative) périodiquement. »

La politique de 2021 est une proposition ambitieuse, en ce sens que plusieurs ajustements aux ressources et à la structure de gouverne devront être apportés en conséquence. Cette proposition semble néanmoins couvrir l'ensemble des éléments qui pourraient en effet améliorer les conditions de vie des résidents.

Le plan de mise en œuvre sera déterminant pour avancer dans ce sens. De ce fait, le MSSS admet que les ressources allouées à ces établissements, le soutien qui leur est offert et les liens qu'ils entretiennent avec le reste du réseau sont actuellement insuffisants pour faire évoluer le système vers la réalisation de sa vision pour les soins et services aux aînés.

## Constats

### *Une stratégie centrée sur l'accès*

Le plan stratégique du MSSS est tout à fait cohérent avec la manière dont il interprète sa mission, soit améliorer la santé en misant sur l'accès. C'est par l'augmentation des activités et des ressources qu'il compte y arriver, en faisant implicitement l'hypothèse que les services rendus sont pertinents et de qualité, étant donné les orientations ministérielles publiées en cette matière.

Nul doute que la suffisance des ressources dans le secteur représente un enjeu important. Toutefois, le ministère doit, à l'instar des autres ministères et organismes du gouvernement, respecter la Loi sur l'équilibre budgétaire. Le contrôle des coûts revêt donc une importance fondamentale dans toutes les décisions ministérielles, de même que celles des établissements. Ainsi, le gouvernement impose dans les faits une obligation d'équilibre budgétaire tout en exigeant des niveaux d'activités. La section sur l'allocation des ressources aux milieux d'hébergement montrera que ces exigences sont imposées sans égard aux coûts réels de production des activités.

### *La centralisation*

L'adoption d'un seul plan stratégique pour l'ensemble du réseau illustre bien la centralisation importante de la prise de décisions dans le réseau québécois des soins et services, une centralisation qui a été souvent déplorée dans le contexte de nos consultations. Les conseils d'administration (CA) des établissements se voient contraints par ce plan qui leur est imposé et qui potentiellement peut les faire dévier des besoins prioritaires de leur région. Par ailleurs étant donné que les directeurs généraux des établissements relèvent du MSSS, les CA ont peu d'influence dans la prise de décision.

### *La séparation des services destinés aux personnes âgées d'avec les milieux de santé*

On observe dans les documents ministériels une différenciation entre les orientations qui concernent les services de première ligne et les soins à domicile et celles qui concernent les milieux d'hébergement. On perçoit mal comment ces différentes composantes sont coordonnées afin d'assurer une offre de services intégrés. Or, les soins à domicile sont envisagés comme un service substitut à l'hébergement pour les personnes qui peuvent y demeurer jusqu'à la fin de leurs jours ou comme une étape de vie transitoire avant d'être hébergé. Les personnes prises en charge par les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA – soins à domicile et milieux d'hébergement) sont des personnes vulnérables dont l'autonomie est limitée et qui ont aussi des besoins de services médicaux et hospitaliers. C'est aussi le cas des personnes qui vivent en milieu d'hébergement. **On observe peu de précisions dans les plans sur les liens à établir ou les façons de coordonner les services médicaux et hospitaliers avec ceux à domicile et en milieu d'hébergement.**

Le seul endroit où on observe une préoccupation pour intégrer les soins et services de santé de première ligne et de deuxième ligne avec les milieux d'hébergement est dans le document d'orientation publié en 2003. **La politique publiée en 2021 ne mentionne pas l'importance de ce lien avec les services de santé du réseau. Les milieux d'hébergement sont considérés comme des milieux de vie, et non des milieux de soins.**

**Il existe donc un flou important sur la responsabilité des soins médicaux dans les services SAPA.** Selon le plan stratégique, « Les GMF représentent le modèle privilégié d'organisation des soins et des services de santé de première ligne ». Pourtant, il n'y a pas de liens entre ces derniers et les CLSC, chargés des soins à domicile, ou encore avec les milieux de vie. Pourtant les personnes qui y sont hébergées ont bien évidemment des besoins de suivis médicaux. La pandémie a d'ailleurs mis en exergue l'importance d'offrir des soins de santé dans ces milieux.

### *La place de la qualité dans le plan stratégique*

On observe dans les objectifs du plan stratégique très peu de préoccupations pour la qualité des services. Bien que la nécessité d'offrir des services de qualité est souvent mentionnée (à 17 reprises), celle-ci semble prise pour acquise. En effet, il est écrit dans le plan que « Il est généralement admis que les services offerts au Québec sont de très bonne qualité et que les usagers sont satisfaits des services reçus. » On y admet cependant que « des améliorations sont souhaitées afin de bonifier l'expérience de l'utilisateur tout au long de son parcours de soins et d'accroître sa satisfaction ». Toutefois, un bref examen des objectifs et des cibles du tableau synoptique révèle qu'il y a peu d'objectifs et cibles qui portent sur la qualité. Seulement trois de toutes les cibles visées par le MSSS avaient trait à la qualité avant la mise à jour du plan stratégique du ministère en septembre 2021<sup>44</sup>. **Le CSBE en déduit que l'amélioration de la qualité ne fait pas partie des stratégies prioritaires du ministère<sup>45</sup>. Pourtant, la qualité des services influence directement les résultats sur la santé et le bien-être, c'est-à-dire la mission fondamentale du système.**

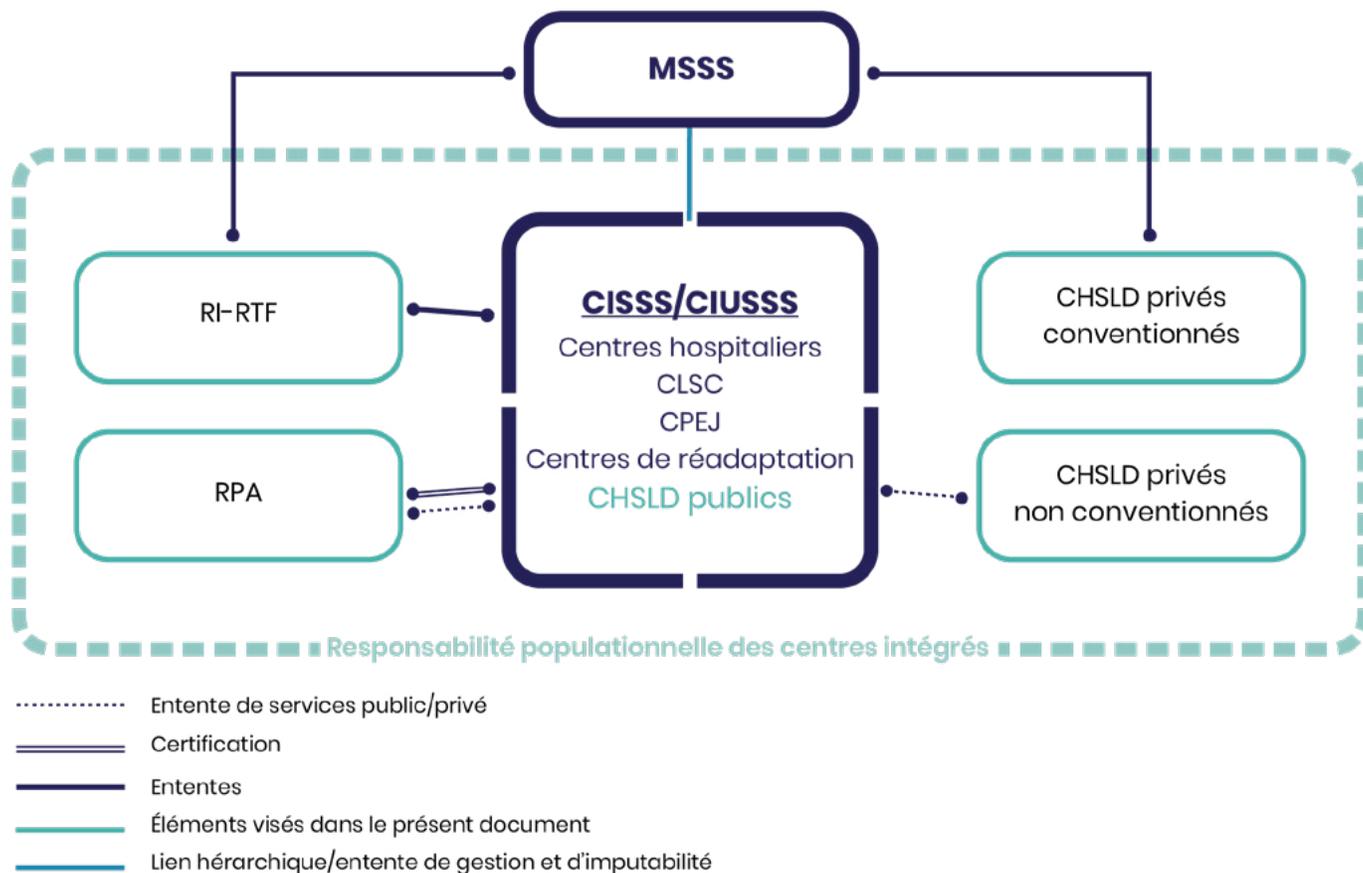
### **La structure de gouverne des soins destinés aux personnes âgées**

Au Québec, il y a deux paliers décisionnels pour les services de santé et services sociaux : le ministère et les établissements, soit les CISSS et les CIUSSS. L'annexe A décrit de manière détaillée les dispositions prévues dans les textes gouvernementaux.

---

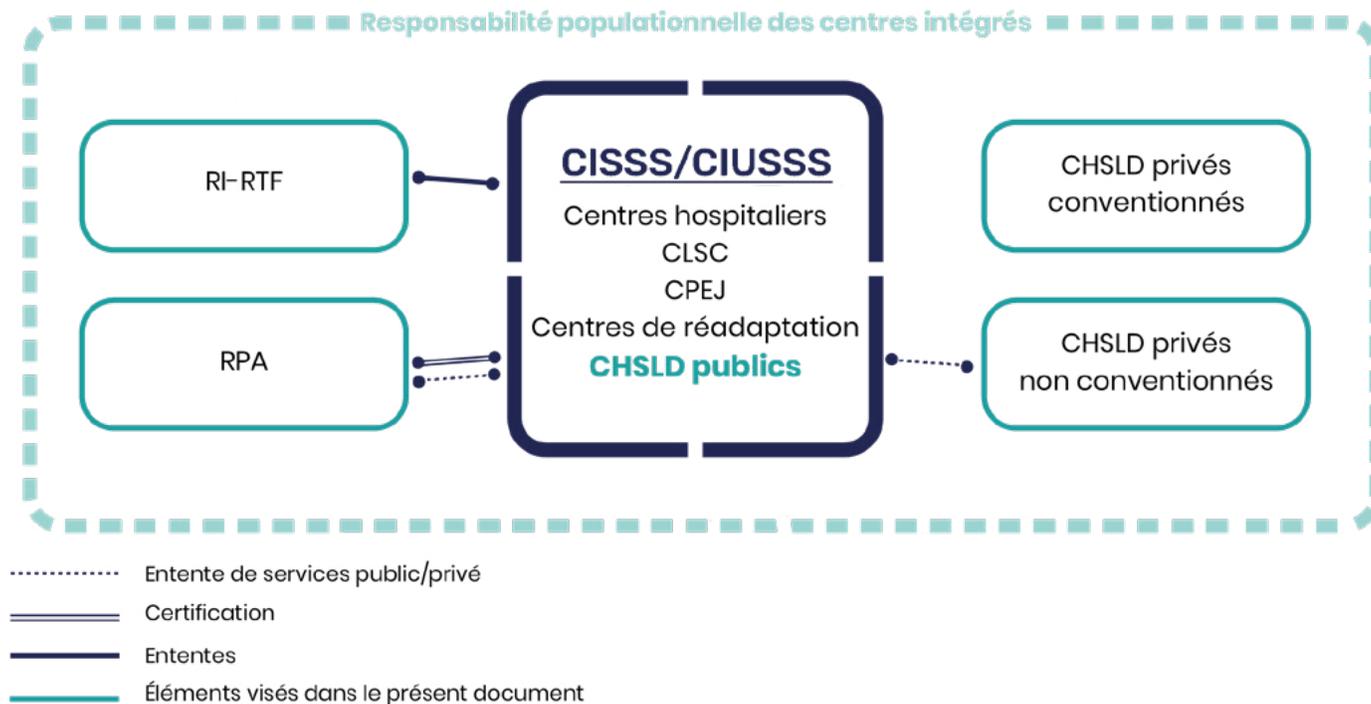
44. Deux cibles mesuraient les résultats sur la santé (qualité) en santé publique et une sur la satisfaction générale des citoyens. Le plan stratégique mis à jour en septembre 2021 ne fait plus état de ces cibles. La section qui suit montre les priorités gouvernementales énoncées dans le cadre des ententes de gestion.

45. On verra dans le texte qui suit que le suivi de la qualité est une responsabilité qui est dévolue aux Conseil d'administration des établissements.

**Figure 25 : Structure du système de santé et de services sociaux**

En réalité toutefois, et c'est encore plus vrai dans le contexte de la pandémie, le ministère joue deux rôles soit 1) **celui de la gouvernance**, en établissant les orientations, les priorités et les stratégies; en exerçant un contrôle de la performance et en décidant des modes de financement des acteurs et 2) **celui de l'opérateur**, car c'est le ministre qui dirige les PDG et son plan stratégique est imposé à l'ensemble du réseau.

Plusieurs témoignages suggèrent en effet que les CISSS/CIUSSS agissent souvent comme des « directions du ministère en région ». Les établissements sont pourtant responsables d'assurer tous les services de santé et services sociaux aux personnes âgées de leur territoire, y compris les soins et services de longue durée (hébergement et soins à domicile), mais ils n'ont pas pleine autonomie pour agir en fonction des besoins qu'ils observent. La figure suivante illustre la structure de gouverne des services dirigés par la DGAPA au Québec. Une description détaillée se trouve également à l'annexe A de ce rapport.

**Figure 26 : Structure des services d'hébergement pour ainés**

Ainsi, les CISSS/CIUSSS doivent opérer les CHSLD publics, gérer la relation avec les CHSLD privés conventionnés et les RI-RTF et avec tout établissement qui a une entente d'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD privés non conventionnés et certaines RPA). Ils doivent de plus collaborer avec les établissements non fusionnés pour ce qui a trait à l'accès aux services surspécialisés pour la population résidant sur leur territoire.

Les observations du CSBE suggèrent que l'exécution des demandes et directives provenant du MSSS représente une part importante des tâches courantes des CISSS/CIUSSS et que ces derniers peinent à s'acquitter des rôles et responsabilités qui leur sont confiés dans les textes formels. Nous élaborerons davantage ce point dans ce qui suit.

## L'allocation des ressources pour les services d'hébergement

### Le financement<sup>46</sup>

Outre les RPA, la majorité des structures d'hébergement reposent sur un financement public important, mais les sources et mécanismes de financement diffèrent selon les structures, les contrats et même selon les résidents. À celui-ci s'ajoutent les contributions des usagers pour le gîte et le couvert, déterminées en fonction de leurs ressources personnelles<sup>47</sup>. Les services médicaux, pour leur part, sont pris en charge par la RAMQ quel que soit le milieu d'hébergement.

46. L'information des sections sur les mécanismes de financement et sur les coûts d'opération est tirée d'une analyse des coûts d'hébergement de longue durée effectuée par une équipe de chercheurs de HEC Montréal « Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec, Sponem, Lambert, Allain, Fortin, Pellergrino et Fayolle, coll. Chênevert, 2021 » un exercice qui a été mandaté par le CSBE dans le cadre de son mandat spécial.

47. Les règles pour la détermination de la contribution des usagers sont les mêmes, quel que soit le milieu d'hébergement.

Le tableau suivant précise les soins et services pour lesquels les milieux d'hébergement sont mandatés.

**Tableau 7 : Offre de services en CHSLD**

Soins et services rendus	Hébergement et alimentation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins d'assistance (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Soins infirmiers (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Services d'adaptation et de réadaptation, dont l'ergothérapie, la physiothérapie et le travail social (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Services psychosociaux (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Nutrition clinique (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Services de loisirs et pastorale (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Médicaments et aux soins pharmaceutiques (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Déplacements des usagers (par exemple, de la structure à l'hôpital pour des rendez-vous), (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Inhalothérapie (fournitures);</li> <li>• Besoins spéciaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'alimentation (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Entretien ménager (hygiène et salubrité) (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Buanderie et à la lingerie (frais de personnel et fournitures, y compris les produits pour l'incontinence);</li> <li>• Maintenance, l'entretien et la réparation (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Sécurité (frais de personnel et fournitures);</li> <li>• Fonctionnement des installations : loyer, location de mobilier et parc d'équipements informatiques, assurances sur les biens matériels, taxes et énergie;</li> <li>• Gestion des déchets biomédicaux (services achetés et fournitures).</li> </ul>

Source : Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec, Sponem, S. et al. HEC 2021

En ce qui concerne les CHSLD publics, ceux-ci sont financés à même le budget des CISSS/CIUSSS, lui-même défini sur une base historique et indexée. Les règles de financement sont celles qui s'appliquent pour les déterminations de budgets des CISSS/CIUSSS. La gestion financière des CHSLD publics est intégrée à celles des CISSS/CIUSSS dont ils sont un service à l'intérieur du programme SAPA. Les différentes dépenses des CHSLD d'un CISSS/CIUSSS sont financées à partir de six enveloppes budgétaires de l'établissement. L'allocation de budgets des CHSLD publics est donc soumise à la discrétion de six directions différentes qui partagent la responsabilité des soins de longue durée avec d'autres responsabilités.

Le financement des services d'hébergement dans les CHSLD privés conventionnés (CHSLD-C) est régi par une entente qui prévoit deux formes de rétribution distinctes : l'une pour les soins et services sociaux et l'autre pour l'hébergement. Les établissements ne peuvent générer de marge de profits sur les soins et services « cliniques », mais ils le peuvent sur les services d'hébergement. Outre les RI-RTF, seul ce type d'hébergement privé reçoit un financement stable et prévisible.

Pour les places faisant l'objet d'une entente avec les CISSS/CIUSSS, soit en CHSLD – NC ou en RPA<sup>48</sup>, le CISSS/CIUSSS verse une allocation financière (sous la forme d'un per diem) au CHSLD<sup>49</sup>. Le montant de cette allocation diffère d'une structure à l'autre en fonction de chaque entente négociée entre le CHSLD et le CISSS/CIUSSS. Outre la circulaire 2018-2019 qui prévoit un prix plafond pour l'achat de place dans les CHSLD privés non conventionnés<sup>50</sup>, il ne semble pas y avoir de cadre de référence, ratio ou règle de calcul pour encadrer la façon dont doit être calculé ce montant. Par exemple l'échelle Voyer ne s'applique pas systématiquement dans tous les CHSLD et les contraintes relatives à la main-d'œuvre de soins et d'assistance varient selon les ententes. Plus encore, les règles de prise en charge des médicaments varient d'une structure à l'autre de même qu'en regard d'une entente à l'autre. Il en est de même pour l'achat d'équipement spécialisé.

### **Les coûts des soins et services sociaux ne sont pas uniformes**

Le tableau suivant présente une comparaison des coûts de fonctionnement des différentes structures d'hébergement destinées aux personnes âgées. Les coûts par jour-présence sur un périmètre restreint, mais comparable<sup>51</sup> de coûts ont été calculés par un groupe de chercheurs des HEC Montréal<sup>52</sup>. Les coûts comparés par jour-présence calculés excluent les frais relatifs à l'immobilier et au mobilier, les impôts et les taxes et les frais financiers, puisqu'ils sont contingents à la nature de la structure, donc non comparables.

---

48. Les ententes entre RPA et CIUSSS pour la prise en charge de l'hébergement de personnes non autonomes fait de plus en plus partie des solutions adoptées par les établissements en vue de répondre à des besoins urgents. Il n'a pas été possible d'obtenir d'information au niveau du contenu de ces ententes, sur le nombre de celles-ci ou de personnes qui sont prises en charge par le public dans ce contexte.

49. Les établissements du réseau de la santé peuvent aussi conclure une entente de gré à gré avec une ressource privée (un CHSLD privé, une RI ou une RPA) pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée des résidents qu'ils ont besoin de relocaliser en application de l'article 108 de la LSSSS (chapitre S-4.2). Il n'a pas été possible de confirmer que l'ensemble des contrats gré à gré ou « entente 108 » sont publiés sur le SEAO. De même qu'il n'a pas été possible de trouver de données chiffrées du nombre d'« ententes 108 » signées, du coût de l'hébergement ou de service conclu dans ces ententes, ou encore le nombre de places en hébergement que ces ententes représentent par rapport au nombre total de places en hébergement au Québec.

50. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/d1ff67a9711c03238525656b00166b21/9faefc2356b87711852582b300436184?OpenDocument>

51. Les coûts sont issus d'une analyse en profondeur, pour chaque type de structure, d'un nombre restreint de structures en essayant de couvrir au mieux l'hétérogénéité des milieux (urbains, semi-urbain et régions éloignées) et des structures.

52. Le rapport n'aborde pas la question du niveau relatif de la contribution des usagers et du financement public.

**Tableau 8 : Comparatif des coûts et revenus des milieux d'hébergement pour personnes âgées**

Structures**	Coûts par jour-présence (périmètre restreint)	Dont soins d'assistance	Dont soins infirmiers	Dont coûts d'administration	Revenus*	Profits sur les lits financés
<b>CHSLD – PC</b>	233 – 270 \$	73-82 \$	57-65 \$	30 – 54 \$	280 à 289 \$	-8 \$ – +24 \$
<b>CHSLD – PNC</b>	209 \$	60 \$	40 \$	38 \$	243 à 264 \$	14 \$ – 30 \$
<b>CHSLD – Public</b>	260 \$	86 \$	73 \$	35 \$	313 à 320 \$	NA

\* les revenus tiennent compte des contributions moyennes des usagers.

\*\* les données sur les RI-RTF ont été exclues de l'analyse comparative, car les structures de coûts de ces clientèles sont trop différentes pour être comparées à celles des CHSLD.

Source : Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec, Sponem, S. et al. HEC 2021

Le tableau montre que les coûts par jour présence varient de 233 \$ et 270 \$ entre les CHSLD-conventionnés (C). Ils sont plus bas en moyenne dans les CHSLD-non conventionnés (NC) soit de 209 \$ par jour présence et dans la fourchette supérieure des coûts avec une moyenne de 260 \$ dans les CHSLD publics. Ces montants sont tributaires des revenus reçus par jour présence pour prendre en charge les résidents qui varient en moyenne de 243 \$ à 320 \$. C'est toutefois dans le secteur public que ces derniers sont les plus élevés et dans les CHSLD privés NC qu'ils sont les plus bas<sup>53</sup>. On observe que la marge potentiellement dégagée est la plus élevée dans le secteur public.

Ces observations révèlent que chacun des milieux gère au mieux des enveloppes restreintes qu'ils reçoivent pour des offres de services différentes (puisque les contrats, donc les responsabilités, sont différents) à des patients qui sont en fin de vie et dont les besoins varient peu. Il n'en reste pas moins que les milieux privés NC sont ceux qui disposent du moins de marge de manœuvre pour une clientèle comparable<sup>54</sup>. La colonne des profits illustre bien qu'ils se situent essentiellement en deçà de 10 % et qu'ils sont parfois négatifs et donc financés par d'autres secteurs d'activités. Dans le cas des CHSLD publics, la marge entre les revenus et les coûts par jour présence laisse supposer qu'il y a des coûts non comptabilisés ou une faille dans l'information.

Notons qu'il y a une grande disparité de coûts pour un même type de structure. Ces différences s'expliquent par des structures très diverses, tant par rapport à leur niveau d'activité (de 35 à plus de 300 résidents), qu'à leur forme juridique (sociétés autonomes, sociétés appartenant à des groupes, OBNL, organisations publiques), ce qui conduit à des réalités opérationnelles et des possibilités d'actions sur les coûts très hétérogènes.

53. Le ministère a annoncé en 2021 son intention de conventionner tous les CHSLD privés NC.

54. Les données qui auraient permis de comparer le niveau de dépendance de la clientèle ne sont pas disponibles. Toutefois on peut supposer qu'au moment de la certification ou de l'octroi des contrats, la clientèle est comparable c'est-à-dire qu'elle est évaluée à des niveaux ISO-SMAF entre 10 et 14.

## Les méthodes pour déterminer les coûts des soins et services sociaux ne sont pas uniformes

La revue documentaire (Sponem et al. HEC 2021) sur le calcul des coûts de l'hébergement des personnes âgées au Québec montre à la fois la complexité de l'exercice, la variété et parfois l'absence de données disponibles, et suggère diverses stratégies possibles pour calculer ces coûts. Selon le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, le Québec n'a pas d'approche unique et de méthodologie standardisée de calcul des coûts (Sponem et al. HEC 2021).

Par ailleurs, le Ministère ne publie pas de données exhaustives sur les coûts associés à l'hébergement des personnes âgées. Sponem et al., HEC, écrivent que : « À une demande du 27 juillet 2020 (2021) concernant le nombre de personnes et le coût total de la prise en charge des individus vivant en CHSLD privé conventionné, en CHSLD privé et en ressources intermédiaires, le Ministère répond qu'il n'a "aucun document" répondant à cette demande d'accès. De la même manière, le Ministère affirme qu'il ne peut fournir le coût moyen de construction d'un CHSLD (Sponem et al. HEC 2021) ». Ils ajoutent que : « Au final, les études existantes suggèrent ainsi un coût des CHSLD entre 250 et 300 \$, sans prendre en compte les coûts de construction, et un coût pour les ressources intermédiaires entre 100 \$ et 150 \$. »

Il n'existe aujourd'hui pas de comparatif sur les coûts totaux pour le gouvernement entre les différentes solutions d'hébergement, se basant sur des données réelles. Ainsi le mécanisme de détermination du financement accordé aux CHSLD est opaque et non systématique. Enfin, puisqu'il n'est pas calibré en fonction des besoins de cette clientèle, il est à géométrie variable et non prévisible.

### *L'allocation des ressources humaines*

L'allocation des ressources humaines est la responsabilité des milieux d'opération. Les CISSS/CIUSSS sont directement responsables de l'allocation des RH dans les CHSLD publics. Les établissements privés sont quant à eux responsables de l'allocation dans leurs propres établissements. Ils sont eux aussi contraints par leur budget, c'est-à-dire le financement qui leur est accordé pour prendre en charge les soins et services des résidents.

À ceci s'ajoute la nécessité de respecter les règles du travail déterminées par le MSSS dans les CHSLD publics et privés conventionnés. Au niveau de la composition des équipes présente dans les milieux de vie, le ministère s'attend à ce que tous respectent le « Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée ». On peut toutefois s'interroger sur l'applicabilité et le réalisme des normes et standards ministériels étant donné le niveau de ressources financières allouées à ces services et les importants défis d'attraction et de rétention des ressources humaines.

Comme nous l'avons indiqué à la section 2, le personnel faisait déjà face à des vulnérabilités importantes au moment de l'entrée en pandémie : faible encadrement, présence au travail insuffisante, absences CNESST en augmentation et recours important aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante. La prestation de travail s'effectuait donc déjà dans un contexte de fragilité avant que la pandémie ne vienne aggraver la situation de l'absentéisme et l'état de santé du personnel. Et, comme l'a confirmé l'enquête réalisée par Lessard et Leclerc (2017), l'impact de la COVID sur le personnel du réseau de soins de longue durée a été notable.

## Constats relativement à l'allocation des ressources

**L'allocation des ressources dans les milieux d'hébergement ne repose pas sur des données fiables et ne tient pas compte des besoins des résidents.** L'information sur les coûts liés à l'hébergement et sur les ressources humaines est limitée et fragmentaire. La seule information sur les clientèles est bien enfouie dans des dossiers papier, et inexploitable à des fins de suivi et d'évaluation.

Le CSBE a dû mandater un groupe de recherche pour clarifier l'état de la situation. Malgré cela et la contribution du ministère, des dirigeants des CISSS/CIUSSS et des milieux d'hébergement qui ont participé à l'étude, l'information demeure incomplète.

**Le processus de financement des services d'hébergement est opaque et n'est pas prévisible pour les prestataires.**

N'étant pas basée sur des normes claires, non plus que sur les besoins des clientèles, l'allocation du financement des soins et services dans ces milieux est à la discrétion des acteurs impliqués dans les transactions. Il est par conséquent impossible de comparer les coûts des différentes solutions d'hébergement pour le gouvernement. En outre, les consultations ont révélé que le financement accordé aux CHSLD privés non conventionnés et aux RPA dépend de la négociation entre le prestataire et le représentant du CISSS/CIUSSS dans celle-ci.

**Multiplicité d'acteurs, de cadres juridiques, de normes comptables et de qualité, de modes de financement**

Le contexte dans lequel a évolué l'offre d'hébergement aux personnes âgées a mené à la coexistence d'une multiplicité d'acteurs aux statuts diversifiés (publics, privés, OBNL, PPP) dont l'offre varie de la prestation d'habitation avec soins et services ad hoc à la prestation d'hébergement avec soins, soutien et assistance en continu. Il en a résulté un environnement d'exploitation complexe dont les cadres juridiques, les autorisations d'exercice, les normes comptables et de qualité et les mécanismes de financement sont fort hétérogènes.

Par ailleurs, certains coûts qui n'apparaissent pas dans les comptes des milieux d'hébergement privés devraient également être considérés, dont ceux relatifs aux heures supplémentaires et/ou au personnel d'agence, aux tâches réalisées par des bénévoles ou encore à des dépenses qui situent à l'extérieur du périmètre financier des services d'hébergement et qui peuvent créer des externalités positives ou négatives.

En somme, il faut constater l'absence d'une stratégie intégrée d'allocation des ressources financières, humaines, matérielles et mobilières qui tient compte des besoins des personnes âgées. En plus, l'allocation des ressources financières semble s'effectuer en silo, sans tenir compte que les décisions dans un secteur peuvent avoir un impact sur l'autre. Finalement, à l'exception de celles des CHSLD conventionnés, les allocations aux différents types de milieux de vie apparaissent arbitraires.

**Le CSBE considère que les prestataires des services d'hébergement au Québec, qu'ils œuvrent dans un milieu public ou privé, ne reçoivent pas l'appui et le soutien nécessaire au développement d'une offre de soins et services orienté sur la valeur.**

## 4.2 Les mécanismes de contrôle

Les mécanismes de contrôle sont les moyens par lesquels le mandant s'assure que la mise en œuvre des orientations et stratégies par le mandataire génère les résultats souhaités. Leur but est d'assurer la conformité des comportements des personnes ou des organisations à l'état de choses souhaité en termes d'intégrité des pratiques, de qualité et de sécurité des soins ainsi que d'utilisation efficiente des ressources.

Par le biais de ce mécanisme, le ministère doit être en mesure de suivre l'évolution des résultats de ses stratégies et donc de leur efficacité. Lorsque les cibles ne sont pas atteintes, le ministère a la responsabilité de comprendre pourquoi la stratégie ne génère pas les résultats escomptés. Si l'enjeu est dans la mise en œuvre, le MSSS doit intervenir en soutenant l'établissement dans sa démarche d'amélioration ou en exigeant que des correctifs soient apportés, en cas de négligence.

Concernant les mécanismes de contrôle, on confond le rôle de la gouvernance, en l'occurrence celui du ministère, qui est de surveiller les résultats de ses stratégies et le rôle de l'opérateur qui est de s'assurer de la mise en œuvre des pratiques. En d'autres mots, le rôle du ministre est de veiller à l'atteinte des cibles des ententes de gestion. Celui des établissements est de gérer les opérations, donc de suivre la mise en œuvre des pratiques qui vont permettre d'atteindre les meilleurs résultats.

En matière d'hébergement, les établissements sont responsables de l'offre de services d'hébergement et de sa qualité. Ils gèrent des installations publiques (CHSLD) et concluent également des contrats avec des organisations privées en vue d'offrir des services d'hébergement et des soins de base aux résidents (CHSLD privés N-C, RI-RTF et RPA). La surveillance des pratiques devrait être la responsabilité des établissements et ils devraient communiquer les résultats au ministère. La surveillance devrait s'effectuer en fonction des objectifs et normes établis dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour le CHSLD publics et des ententes et contrats dans le cadre des CHSLD privés et des RPA.<sup>55</sup>

En pratique, le ministère assure le suivi de la performance des établissements et de l'application des pratiques dans tous les CHSLD, publics et privés. Le suivi de la performance des CISSS et CIUSSS est effectué en fonction des objectifs du plan stratégique et des cibles établies dans les ententes de gestion. Les mécanismes de contrôle de la qualité ont pour objet de surveiller l'application des pratiques de qualité. Il en existe deux qui portent sur les pratiques dans les milieux d'hébergement : le processus d'agrément des CISSS et CIUSSS et les visites ministérielles dans les milieux d'hébergement. Il existe de plus deux autres mécanismes que l'on associe au contrôle ou à l'assurance qualité : la certification des RPA et les commissaires aux plaintes, deux mécanismes sous la responsabilité des établissements.

## **Le suivi de la performance**

Les ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements du réseau proposent une série d'indicateurs en lien avec les objectifs du plan stratégique du Ministère (l'art. 55 LMRSSS, qui traite des EGI). C'est dans le cadre de ces ententes de gestion que le ministère fixe des cibles précises aux différents établissements et que ceux-ci s'engagent à les atteindre. Ces derniers rendent compte de leurs résultats à échéance régulière et le MSSS les publie sur le système d'information décisionnel accessible par tous les gestionnaires du réseau. Le système fournit les données par établissement et par installation hospitalière ; certains résultats peuvent également être disponibles par CHSLD pour certains indicateurs. C'est sur la base des informations contenues dans ce système que s'effectue le suivi de la performance des établissements.

---

55. Les CHSLD privés non conventionnés n'ont pas d'entente avec le Ministère. Ce dernier a toutefois l'intention de conventionner tous les CHSLD privés non conventionnés.

La dernière entente de gestion entre le MSSS et les établissements avant la pandémie (2019-2020) compte 59 indicateurs (voir Annexe B). Parmi ceux-ci, on retrouve certains objectifs sous la responsabilité des directions générales des aînés et des proches aidants. Le tableau 9 présente un sommaire des indicateurs par direction et selon la nature des indicateurs. La nature des indicateurs est de cinq ordres, selon qu'il mesure :

1. La mise en œuvre d'une pratique favorisant la qualité (exemple : la conformité à une pratique);
2. Le nombre d'activités (par exemple de visites);
3. La qualité (p. ex., taux d'infections nosocomiales);
4. L'accès (p. ex., nombre de jours en attente);
5. Un objectif organisationnel (p.ex., le nombre de GMF).

**Tableau 9 : Sommaire des indicateurs par direction et selon la nature des indicateurs**

Nom de l'indicateur par domaine	Nature de l'indicateur				
	Pratique Qualité	Activité	Qualité	Accès	Organisation
Direction générale de la santé publique (DGSP)	5	3	2	1	0
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)	0	6	0	24	2
Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement (DGILEA)	1	1	0	0	0
Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)	0	0	0	0	2
Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)	8	4	0	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>4</b>

On observe que la majorité des indicateurs mesure l'accomplissement d'une exigence qui favorise la qualité (14), la quantité d'activités (14) ou l'accès (25). Quatre (4) suivent la mise en œuvre d'objectifs organisationnels et deux (2) indicateurs mesurent la qualité dans les établissements. Puisque le plan stratégique soutient que c'est par l'accès que la santé et le bien-être de la population seront améliorés, la prédominance de ces indicateurs n'est pas surprenante. Toutefois, en l'absence de mesure directe de la qualité ou des résultats sur la santé de la population, le ministère ne peut suivre dans quelle mesure les stratégies génèrent les résultats souhaités. Ceci témoigne de la priorité qu'accorde le ministère aux moyens et aux opérations du réseau.

Notez que les seules directions ayant des cibles de qualité sont les directions de santé publique des établissements. Elles concernent deux types d'infections nosocomiales dans les établissements, deux mesures importantes pour la qualité des soins et services dans les établissements. Les CHSLD échappent toutefois à cette mesure puisque l'objectif ne concerne que les infections dans les hôpitaux. Il faut noter cependant qu'il y a 8 indicateurs d'application des pratiques de qualité dans les directions responsables des soins aux aînés (DGAPA). Le suivi de l'application de ces pratiques n'est pas disponible par installation de longue durée, non plus que les résultats que génèrent, ou pas, ces pratiques.

Comme nous l'avons indiqué à la section 2 du présent rapport, le CSBE note plusieurs écarts avec les cibles attendues dans le cadre des ententes de gestion. On observe même que dans trois cas, plus de 50 % des établissements ratent leur cible.

Les présidents-directeurs généraux des établissements s'engagent formellement au moyen de l'entente de gestion et d'imputabilité annuelle à respecter les engagements prescrits sous forme de cibles mesurables. Cependant, compte tenu du niveau inégal d'atteinte des cibles, on peut s'interroger sur l'efficacité des mécanismes de contrôle en vue d'assurer l'atteinte des résultats, mais aussi sur la capacité réelle des établissements à remplir leurs engagements.

En somme, en matière de suivi de la performance, l'accent est mis sur le rehaussement de l'accès et de la productivité ainsi que sur l'application de certaines pratiques organisationnelles, mais peu sur les résultats obtenus selon les services rendus aux différentes clientèles et à la population. Notons qu'au regard du suivi de la performance, les milieux d'hébergement occupent une place négligeable.

## **Le contrôle de la qualité**

La loi prévoit deux mécanismes afin d'assurer le contrôle de la qualité : l'agrément et les visites ministérielles.

### **L'agrément**

À l'instar des autres provinces canadiennes et de 34 autres pays, Agrément Canada, qui est aussi un organisme élaborant des normes de qualité,<sup>56</sup> effectue depuis plusieurs années l'agrément des établissements de santé et services sociaux publics et privés du Québec, dont les CHSLD.

L'agrément est un processus obligatoire pour ces établissements. À la suite de la réforme de 2015, le MSSS a établi avec Agrément Canada quatre séquences d'agrément sur un cycle de 5 ans. Chaque année, Agrément Canada consacre son évaluation à des directions/secteurs spécifiques selon l'échéancier présenté à la figure suivante. La date des visites d'Agrément Canada est prévue plusieurs mois à l'avance.

Au cours du premier cycle d'agrément, 23 des 320 CHSLD publics au Québec ont été visités. Le programme SAPA visant les personnes en perte d'autonomie devait être évalué entre janvier 2022 et juin 2023. En raison des retards dus à la pandémie, on anticipe un délai additionnel.

---

56. Avant 2015, deux organismes étaient reconnus par le MSSS soit Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Ces deux organismes se partageaient le marché de l'agrément des établissements du Québec. En 2017, Agrément Canada a remporté l'appel d'offre du MSSS pour effectuer l'agrément de tous les établissements du Québec.

**Figure 27 : Cycles d'agrément 2018-2023**

2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Janv. à juin	Juillet à déc.	Janv. à juin	Juillet à déc.	Janv. à juin	Juillet à déc.	Janv. à juin	Juillet à déc.	Janv. à juin	Juillet à déc.	Janv. à juin	Juillet à déc.
	<b>Gouvernance</b>										
	<b>Leadership</b>										
	<b>Santé publique</b>										
	<b>Jeunesse</b>										
	<b>Dépendances</b>										
	<b>Santé mentale</b>										
						<b>Santé physique</b>					
						<b>Services généraux</b>					
						<b>Télesanté</b>					
								<b>Déficiences physique</b>			
								<b>Déficiences intellectuelle</b>			
								<b>SAPA</b>			
	<b>Gestion des médicaments</b>										
	<b>Prévention et contrôle des infections</b>										
	<b>Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>										

En cas de non-conformité, les établissements doivent fournir des preuves écrites de leur stratégie de mise à niveau pour corriger la situation. Dans certains cas, compte tenu d'une situation préoccupante, lorsque les visiteurs le suggèrent et qu'Agrément Canada le prescrit, une deuxième visite est effectuée, dans un avenir rapproché, pour s'assurer de l'amélioration de la situation et en particulier l'atteinte de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR). Autrement, le prochain suivi se réalise à la visite d'agrément subséquente.

Les rapports d'agrément sont publiés sur les sites des établissements et un rapport sommaire de l'ensemble des visites est soumis au MSSS par Agrément Canada. Les rapports par établissements présentent les résultats du processus d'évaluation pour l'ensemble des installations d'un établissement (CISSS ou CIUSSS). Il n'est pas possible de connaître l'application des POR par installation (hôpital ou CHSLD).

Le dernier rapport d'agrément soumis au MSSS (Agrément Canada) Programme Qmentum<sup>57</sup> portait sur la séquence 1, soit sur la santé publique, la gouvernance, le leadership organisationnel, la prévention et le contrôle des infections, la gestion du médicament, l'environnement physique, les équipements et appareils médicaux.

Le tableau suivant présente le nombre de critères par processus prioritaires et le pourcentage de critères pour lesquels les établissements n'ont pas atteint la norme établie de 81 %<sup>58</sup>. Ce tableau indique plus précisément que les établissements doivent démontrer qu'ils appliquent au minimum 10 477 critères (pratiques) à priorité élevée sur 19 802. Afin qu'un organisme soit considéré comme agréé, il doit atteindre un taux de conformité d'au moins 80 % pour l'ensemble des critères. Si le taux de conformité des critères à priorité élevée est en deçà de 70 %, l'établissement est considéré comme non agréé.

---

57. *Rapport de fin de séquence 1 du programme Qmentum™ visites 2018-2019, 2020*

58. Les critères à priorité élevée atteignant un pourcentage moyen de conformité inférieurs à 81 % constituent un risque significatif quant à la qualité et la sécurité des services offerts à la population. Ce seuil de 80 % est également utilisé par le Comité d'approbation du type d'agrément dans le cadre de l'attribution de l'agrément.

**Tableau 10 : Critères à priorité élevée ayant obtenu un pourcentage moyen de conformité à risque pour la moyenne des établissements publics**

Norme/ Ensemble de normes	Processus prioritaires	Nombre global de critères	Nombre de critères à priorité normale	Nombre de critères à priorité élevée	Proportion de critères à priorité élevée ayant atteint un pourcentage moyen de conformité à risque (<81%)
<b>Santé publique</b>	Santé publique	1 757	1 099	658	14 %
<b>Gouvernance</b>	Gouvernance	2 460	1 020	1 440	7 %
<b>Leadership organisationnel</b>	Soins centrés sur les personnes	436	330	106	14 %
	Planification et conception des services	780	600	180	6 %
	Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes éthiques	273	213	60	12 %
	Gestion des ressources	331	151	180	0 %
	Capital humain	810	570	240	17 %
	Communication	334	213	121	3 %
	Préparation en vue de situations d'urgence	654	339	135	13 %
	Gestion intégrée de la qualité	1 081	390	691	16 %
<b>Sécurité des soins et services</b>	Environnement physique	126	93	33	6 %
	Équipement et appareils médicaux	4 034	1 292	2 742	13 %
	Gestion des médicaments	4 641	2 015	2 626	14 %
	Prévention et contrôle des infections	2 085	280	1 265	8 %
<b>Total</b>		<b>19 802</b>	<b>8 605</b>	<b>10 477</b>	

Source : Rapport de fin de séquence 1 du programme Qmentum™ visites 2018-2019, 2020

Soulignons que le processus d'agrément est obligatoire au Québec depuis 2002. Il s'agit d'un outil considéré comme important pour la gestion de la qualité par les directeurs de qualité des établissements. Il est généralement accepté que ce processus contribue à améliorer la qualité des soins et services dans les établissements.

Toutefois, le CSBE tient à souligner que :

1. le processus d'agrément ne révèle rien sur les résultats obtenus par l'adoption des processus prioritaires sur la qualité. **Il s'agit ici d'un « mécanisme de contrôle » au sens de « contrôle des opérations », ce qui devrait être la responsabilité des établissements ;**
2. l'effort requis pour démontrer l'application de 10 477 normes dans toutes les installations du réseau de la santé est colossal. Aucune organisation si bien organisée soit elle ne peut avoir autant de priorités, au sens de « ce qui passe en premier, dans le temps<sup>59</sup> » ;
3. La mesure des résultats permettrait de concentrer l'effort sur les problèmes de qualité et, donc, ce qui affecte les patients négativement. En plus de mieux soutenir la prise de décision, ce serait une meilleure utilisation des ressources humaines dans un contexte où celles-ci sont rares ;
4. La mesure des résultats sur les usagers et la population permettrait de mesurer la performance des établissements dans la réalisation de leur mission et de comprendre comment l'améliorer.

Par ailleurs, la mesure de certains résultats interpelle le CSBE. Par exemple, on constate dans le rapport sommaire soumis au MSSS que 29 établissements sur 30 enregistrent 100 % de conformité à la norme visant les installations physiques. Un seul établissement enregistre une non-conformité en lien avec le non-respect du code du bâtiment. Il s'agit d'un résultat complètement dissonant par rapport à ce qui nous a été rapporté sur l'état de vétusté de plusieurs installations hospitalières, d'hébergement ou de réadaptation au Québec, et en particulier dans les CHSLD, on peut se questionner sur la validité d'une telle information et sur son utilité au niveau ministériel.

Finalement, l'exercice d'agrément reflète la conception des rôles et responsabilités qu'ont les acteurs dans le système. Par l'agrément, le ministère surveille l'application d'un très grand nombre de pratiques spécifiques et impose par le fait même de nombreuses « priorités » aux dirigeants des établissements. Ces derniers doivent déployer d'importants efforts dans la démonstration des suivis prescrits. Il s'agit là d'un autre exemple de centralisation au niveau du ministère.

***Pour le CSBE, l'Agrément ne devrait pas être considéré comme un outil de contrôle de la qualité au sens de la vérification des résultats sur la santé et le bien être au niveau ministériel, mais plutôt comme un outil qui soutient les établissements dans la gestion et l'amélioration de la qualité de leurs pratiques.***

## **Les visites ministérielles**

Comme nous l'avons vu, le MSSS diffusait en 2003 ses orientations sur la qualité du milieu de vie en CHSLD publics et privés (MSSS, 2003) Milieu de vie. Ce document avait pour but d'inscrire les CHSLD dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Si ces orientations mettent l'accent sur l'aspect milieu de vie, il est aussi souligné que de plus en plus de résidents requièrent un niveau élevé de soins pendant leur séjour. Un nombre croissant de résidents en CHSLD présentent d'importantes incapacités sensorielles, motrices, cognitives ou mixtes. Il est donc nécessaire d'adapter l'offre de services, tant pour les services sociaux que les soins de santé.

---

59. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/priorite>

Compte tenu des besoins importants des résidents, la LSSS prescrit que les personnes hébergées en CHSLD doivent bénéficier :

- de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux ;
- de services d'assistance, de soutien de surveillance ;
- de services d'hébergement adaptés qui peuvent soutenir l'offre de services de qualité ;
- d'un milieu de vie substitut qui revêt les caractéristiques propres à un milieu de vie de qualité.

Les orientations ministérielles de 2003 précisent ce qu'un milieu d'hébergement doit offrir à ses résidents pour constituer un milieu de vie de qualité : « L'intervention en CHSLD doit donc se traduire par une approche qui soit globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire ». (p.10)

Depuis 2004, un personnel relevant de la direction responsable de la clientèle en perte d'autonomie au MSSS effectue des visites ministérielles afin d'évaluer différents aspects du milieu de vie en CHSLD publics et privés<sup>60</sup>. Les évaluateurs du MSSS effectuent pour chaque cycle d'évaluation, une visite d'un ou deux jours selon la taille de l'établissement (si CHSLD privé) ou l'installation (un CHSLD public d'un CISSS ou CIUSSS). Les visiteurs doivent se prononcer sur la conformité à 18 cibles établies par le MSSS et émettre des recommandations concernant les cibles non atteintes (tableau 11).

Les visites sont effectuées sans avertir au préalable l'établissement. Depuis 2013, deux cycles complets de visites ont été réalisés. Un troisième a débuté, pour lequel deux tiers des CHSLD ont été visités soit 270 sur 410 CHSLD. Le MSSS a dû interrompre les visites du troisième cycle pendant la pandémie. Ceci implique que la fréquence des visites est de 1 visite à tous les 2,7 ans en moyenne. On observe dans d'autres provinces canadiennes<sup>61</sup> une fréquence minimum annuelle des visites ministérielles dans les milieux d'hébergement des personnes âgées.

Lorsque le rapport des visiteurs inclut des recommandations, l'établissement doit fournir au MSSS un plan d'amélioration avec un échéancier pour l'installation concernée. Le MSSS offre un soutien particulier aux établissements lorsque les CHSLD ont des enjeux au niveau de la qualité des soins et services. Ce soutien est adapté, au niveau de sa fréquence et de son intensité, selon la situation constatée.

Depuis février 2017, un processus de suivi supplémentaire est en place pour les CISSS/CIUSSS ayant un CHSLD jugé préoccupant qui le demeure ou qui ne démontre pas d'amélioration significative d'une évaluation à l'autre. Ce processus prévoit notamment qu'un diagnostic organisationnel du CHSLD soit produit par une ressource externe à l'établissement afin d'identifier les causes profondes influençant négativement le processus d'amélioration de la qualité du milieu de vie. Les facteurs considérés sont réputés couvrir l'ensemble des éléments pouvant avoir un impact sur la qualité des soins et services prodigués aux résidents du CHSLD, notamment la culture organisationnelle, l'organisation du travail et les pratiques de gestion dans le CHSLD concerné. Un plan d'action présentant des moyens concrets et pertinents pour remédier aux problématiques identifiées dans le diagnostic organisationnel doit être remis au MSSS.

Depuis la mise en place de ce nouveau suivi, 6 CHSLD ont fait l'objet de cette mesure. Chaque CHSLD a réalisé un diagnostic organisationnel et produit un plan d'action permettant d'apporter des changements notables au niveau des éléments à améliorer, sauf pour un des CHSLD privés qui n'a pas réussi à atteindre ce résultat et dont les résidents ont finalement dû être relocalisés en mai 2018. Ce CHSLD n'est plus en activité.

60. Les RI-RTF font également l'objet de visites ministérielles. Nous n'avons pas compilé les résultats de celles-ci. Rien ne nous permet de supposer que la situation est différente.

61. Alberta, Colombie-Britannique et Ontario.

**Tableau 11 : Critères de qualité et taux de conformité – Résultats pour le Québec**

Cible	Critères de qualité et taux de conformité	Résultat pour le Québec
<b>CIBLE 01</b>	Taux de CHSLD qui ont mis en place un milieu de vie de qualité par une communication efficace et dans le respect des orientations ministérielles	58 %
<b>CIBLE 02</b>	Taux de CHSLD dont les établissements ont mis en place des pratiques et des outils cliniques selon les orientations ministérielles	83 %
<b>CIBLE 03</b>	Taux de CHSLD qui ont mis en place un milieu de vie de qualité dans le respect des orientations ministérielles	84 %
<b>CIBLE 04</b>	Taux de CHSLD qui transmettent de l'information aux résidents et à leurs proches lors de l'accueil	71 %
<b>CIBLE 05</b>	Taux de CHSLD (installation) qui ont mis en place des pratiques et des outils cliniques en cohérence avec les orientations ministérielles	60 %
<b>CIBLE 06</b>	Taux de CHSLD qui assure la stabilité, la continuité et la qualité des interventions de l'équipe soignante	43 %
<b>CIBLE 07</b>	Engagement de l'installation à promouvoir les droits des résidents	65 %
<b>CIBLE 08</b>	Engagement de l'installation à favoriser l'expression du point de vue des résidents et de ses proches sur la qualité du milieu de vie	79 %
<b>CIBLE 09</b>	Taux de CHSLD dont les espaces intérieurs sont adaptés et permettent au résident de se sentir chez lui	60 %
<b>CIBLE 10</b>	Taux de CHSLD dont les espaces intérieurs sont sécuritaires, propres et bien entretenus	26 %
<b>CIBLE 11</b>	Taux de CHSLD qui ont favorisé l'intégration du résident et la collaboration des proches lors de l'accueil	55 %
<b>CIBLE 12</b>	Taux de CHSLD dont les soins d'assistance sont adaptés aux besoins des usagers	20 %
<b>CIBLE 13</b>	Taux de CHSLD dont le personnel est respectueux, bienveillant et engagé auprès du résident et de ses proches	79 %
<b>CIBLE 14</b>	Taux de CHSLD dont l'activité repas est offerte dans un environnement favorisant le plaisir de manger	67 %
<b>CIBLE 15</b>	Taux de CHSLD dont l'organisation des repas est structurée afin de répondre adéquatement aux besoins des usagers	36 %
<b>CIBLE 16</b>	Taux de CHSLD dont le positionnement des résidents et du personnel est adéquat lors des repas	83 %
<b>CIBLE 17</b>	Taux de CHSLD dont les activités sociales, occupationnelles et de loisirs sont adaptées aux caractéristiques des résidents	43 %
<b>CIBLE 18</b>	Taux de CHSLD dont les proches, les bénévoles et la communauté sont soutenus et engagés dans le milieu de vie	69 %

Source : Données sur les résultats des visites ministérielles en CHSLD, fournies par le MSSS. Le CSBE présume qu'il s'agit des résultats du dernier cycle complet de visites ministérielles des CHSLD.

Comme on le constate à la lecture du tableau, les évaluations de la qualité des milieux de vie dans le contexte de visites ministérielles prennent en considération plusieurs paramètres de qualité des milieux de vie. Par contre, les mesures de l'application de processus reconnus pour l'aspect clinique des soins et services reçus sont limitées et ne permettent pas de suivre leur impact sur l'état de santé et bien-être des résidents. Par exemple, il n'y a pas d'évaluation de l'application de pratique de qualité des soins, dont le bilan comparatif des médicaments, la conformité à l'hygiène des mains, l'analyse de la prescription de psychotropes pour ne citer que quelques exemples. Il en est de même pour les mesures de résultats, dont les accidents et incidents déclarés au registre local (erreurs de médicaments, chutes, etc.), les plaies, les infections nosocomiales (infections urinaires sur cathéters, diarrhée C. difficile, SARM, etc.), la dénutrition, ou le déconditionnement.

Les indicateurs ne permettent pas d'évaluer dans quelle mesure les soins et services requis et prescrits au plan d'intervention sont offerts aux résidents. Par exemple, est-ce que les résidents sont suffisamment mobilisés, la dysphagie est-elle diagnostiquée, la diète est-elle adéquate, reçoivent-ils les services professionnels dont ils ont besoin, est-ce que les ratios de professionnels prescrits par les ordres professionnels sont respectés? L'intégration systématique de ce type de question dans l'appréciation de la qualité des soins et services offerts aux personnes en situation d'hébergement, à l'instar de ce qui est fait dans d'autres provinces canadiennes, et la considération d'indicateurs cliniques viendrait enrichir le processus.

Outre le fait que certains résultats au niveau de l'atteinte des cibles sont très faibles, comme celle qui porte sur la sécurité et la propreté des milieux qui se situe à 26 %, les visites ministérielles présentent plusieurs des mêmes lacunes que celles de l'agrément :

- Le processus ne permet pas d'apprécier si et dans quelle mesure les pratiques documentées conduisent à de meilleurs résultats de santé et bien-être pour les usagers ;
- La mesure d'écart de performance ne permet pas d'en identifier les causes et de comprendre comment mieux s'y adresser ;
- La mesure des résultats permettrait de concentrer l'effort sur ce qui affecte la santé et le bien-être des résidents et de mieux soutenir les efforts d'amélioration ;
- L'écart de temps entre les visites est beaucoup trop élevé pour fournir une idée de l'application des pratiques de qualité en tout temps.

Par ailleurs, étant donné que les soins et services donnés dans les CHSLD sont la responsabilité des CISSS/CIUSSS et puisque les visites ministérielles visent surveiller l'application de pratiques de qualité plutôt que les résultats de ceux-ci, on peut se demander comment la centralisation de cette responsabilité affecte la capacité des établissements à connaître l'état réel des pratiques et de la qualité des services dans les CHSLD. Cela dit, il demeure pertinent qu'une organisation indépendante des établissements, en l'occurrence le MSSS, effectue la surveillance des résultats sur la santé et le bien-être des soins et services offerts aux résidents dans les CHSLD.

Du point de vue du CSBE, les établissements devraient effectuer eux-mêmes la surveillance de l'application des normes de qualité des soins et services dans les CHSLD et faire rapport des résultats au ministère. Le rôle du ministère est de surveiller que les résultats rapportés reflètent bien la réalité. Les ressources allouées à la surveillance de la qualité devraient soutenir une fréquence minimum de visites annuelles dans tous les CHSLD.

Dans cette perspective, les CISSS/CIUSSS seraient ainsi mieux à même de déterminer les problèmes, leurs causes et les solutions aux problèmes rencontrés. Il pourrait ainsi apporter directement le soutien approprié aux milieux d'hébergement sans qu'il y ait d'intermédiaire.

## La certification des résidences pour personnes âgées

Les résidences privées pour les aînés (RPA) sont des entreprises privées offrant des services d'hébergement spécialisés pour les personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. Ces organisations doivent appliquer les normes réglementaires, mais ne sont pas soumises à l'Agrément ni aux visites ministérielles. Elles doivent cependant obtenir une certification de l'établissement de leur territoire. C'est Agrément Canada qui est mandaté par le MSSS pour s'assurer que la RPA répond aux critères de certification.<sup>62</sup>

La méthodologie de certification repose notamment sur des sondages auprès de trois groupes (employés, membres du CA et les résidents). Ce sont les CISSS/CIUSSS du territoire de la RPA qui reçoivent les rapports d'Agrément Canada, un mois après la visite. Le CISSS/CIUSSS doit ensuite effectuer les suivis postvisite et délivrer la certification selon les résultats des suivis effectués par la RPA. La période de validité du certificat de conformité est d'une durée de quatre ans.

Le tableau suivant présente une vue d'ensemble des obligations et critères de qualité que doivent respecter les exploitants d'une RPA afin d'obtenir et de conserver son certificat de conformité.

---

62. Il ne faut pas confondre le processus d'agrément des établissements et celui de la certification des RPA par Agrément. Le premier a pour objet de surveiller si les établissements (CISSS, CIUSSS et CHSLD public et privé) ont mis en pratique quantité de normes et processus reconnus. Le deuxième vise certifier les RPA afin de s'assurer de l'observation d'un minimum de caractéristiques jugées nécessaires pour assurer la sécurité de personnes en perte d'autonomie.

**Tableau 12 : Critères d'obtention de la certification de conformité des résidences pour personnes âgées**

	Critères
<b>Santé et sécurité des résidents</b>	Avoir un système d'appel à l'aide obligatoire.
	Posséder un plan de sécurité incendie.
	Posséder des procédures d'urgence, notamment lorsqu'il y a un décès, une absence inexplicée d'un résident, une chaleur accablante, ainsi que pour la prévention des infections et la prévention des chutes.
	Avoir une procédure pour les médicaments prescrits aux résidents qui reçoivent des services de distribution ou d'administration de médicaments.
	Instaurer un registre d'incident et d'accident permettant la prévention des situations à risques.
	Respecter un seuil minimal de personnel requis en tout temps dans la résidence, et ce, selon la taille et la catégorie de la résidence afin d'assurer la sécurité et la qualité des services.
	Avoir des mesures d'encadrement des personnes ayant des troubles de comportement.
	Des procédures normalisées pour aviser les proches et le CISSS/CIUSSS du territoire en cas de changement significatif de l'état de santé de la personne âgée.
	Mise en place d'un code d'éthique précisant les comportements attendus du personnel et de l'exploitant.
Mise en place de conditions d'accueil pour une personne ayant des troubles cognitifs.	
<b>Antécédents judiciaires</b>	Vérification des antécédents judiciaires pour le personnel, les bénévoles et les sous-traitants.
<b>Personnel de la résidence</b>	Le personnel doit être formé pour répondre aux urgences ou pour fournir des soins et des services.
<b>Visites et accès à des services de santé et de services sociaux</b>	Fournir l'accès à des lieux aménagés pour recevoir des visiteurs en tout temps.
	Fournir l'accès à des intervenants de la santé et des services sociaux.
<b>Dossier du résident</b>	Protéger et conserver les renseignements personnels du résident.
<b>Informers les résidents</b>	Informers les résidents sur le processus de plainte.
	Assurer l'accès à un document d'accueil permettant d'obtenir toute l'information pertinente sur la résidence.
<b>Alimentation et loisirs</b>	Offrir des loisirs adaptés aux besoins des personnes âgées.
	Offrir des repas qui respectent les recommandations du Guide alimentaire canadien.
<b>Bail</b>	Respecter les règles établies par le Tribunal administratif du logement.

Source : MSSS<sup>63</sup>, direction SAPA

63. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/personnes-agees/residences-privees-pour-aines/>

Les informations sur ce mécanisme de certification sont difficiles à obtenir. Le CSBE a uniquement pu obtenir la liste des critères utilisés par Agrément Canada pour la certification, les statistiques sur le nombre de RPA soumis à la certification ainsi que le nombre de RPA qui ont perdu leur certificat. Les taux de conformité des RPA aux critères de certification ne sont pas connus.

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2015 et le 31 mars 2021, parmi les 9 032 RPA en activité au cours de la période, 64 ont été fermées, soit 0,5 %. La majorité de celles-ci se sont vues révoquer leurs certificats de conformité, dont dix (10) en 2020-2021. Toutefois selon les consultations, le processus de révocation d'un certificat est très long. Par ailleurs, l'obligation imposée aux CISSS de relocaliser les résidents de la RPA en cas de retrait de son certificat pourrait avoir un impact sur la rapidité avec laquelle il prenne une telle décision.

### **La surveillance des services publics d'hébergement offerts par les RPA**

En progression continue depuis quelques années, le nombre de places en RPA avec unités de soins a bondi de plus de 20 % en 2019-2020 seulement. Confrontés à la nécessité de trouver un milieu d'hébergement pour les personnes âgées hospitalisées ne requérant plus de soins aigus, mais pas assez autonomes pour retourner dans leur domicile, les CISSS/CIUSSS concluent de plus en plus souvent des ententes avec les RPA pour prendre en charge leur service d'hébergement.

L'intention première de ces contrats est louable, soit de résoudre un problème d'accès à l'hébergement rapidement. Toutefois, la nature de ces contrats, leur nombre, leur coût, le nombre de personnes hébergées et la répartition des responsabilités dans le cadre de ces contrats ne sont pas connus. On justifie ce manque d'information par le fait que ces ententes sont temporaires, c'est-à-dire qu'elles fournissent une solution en attendant de trouver une place en CHSLD pour ces personnes. Le nombre important de personnes en attente pour une place en CHSLD, qui se situe quotidiennement à environ 400 équivalents-lits en moyenne, et la forte hausse du nombre de places avec unités de soins en RPA, laisse supposer que le nombre de personnes hébergées dans ce contexte est important.

Un tel manque d'information est inquiétant, puisqu'il limite la capacité des autorités qui en sont imputables à assurer une réponse appropriée aux besoins d'hébergement des personnes âgées non autonomes. De plus, en l'absence de suivi, d'information sur la qualité et sur les résultats, sur la perception des employés ou celles des résidents, il n'est pas possible de statuer sur la valeur de cette pratique.

**Cette situation devrait être régularisée par un meilleur encadrement de ces ententes, notamment la responsabilité de rendre des comptes sur la qualité et les résultats de ces contrats et leurs coûts.** Il importe toutefois de bien distinguer le suivi de la qualité des soins et services offerts dans le cadre de ces contrats de celle des services offerts dans un contexte privé. Si quelques organisations privées ont géré la pandémie de manière lamentable, plusieurs organisations privées ont bien fait. La mesure de la qualité, des résultats et des coûts permettrait plus de discernement.

## Les commissaires aux plaintes et à la qualité

Chaque établissement public a un commissaire « local » aux plaintes et à la qualité (CLPQ). Sa fonction est de recueillir et traiter toutes les plaintes des usagers sur les soins et services offerts dans les établissements et dans les RPA. Lorsque celles-ci concernent un médecin, il doit la transférer au médecin examinateur de l'établissement. Enfin, le CLPQ doit aussi fournir une assistance aux usagers et leurs proches lorsqu'une demande en ce sens leur est formulée. Précisons que le CLPQ a la responsabilité de faire connaître ce mécanisme non seulement au sein de l'établissement et sur le territoire des CISSS/CIUSSS, mais aussi auprès des organismes privés tels que les RPA, les CHSLD et les RI-RTF.

Le CLPQ relève du conseil d'administration du CISSS/CIUSSS. Il est membre du comité Vigilance du CA de l'établissement au même titre que le président-directeur général de l'établissement. Annuellement, le CLPQ doit faire un rapport au conseil d'administration et des recommandations sur la qualité des soins et services. Ce rapport figure au rapport annuel de l'établissement. De plus, le CLPQ doit documenter les plaintes, les demandes d'assistance ainsi que le délai de traitement de ceux-ci dans un logiciel ministériel prévu à cet effet. De plus, depuis la mise en application de la loi sur la maltraitance des personnes âgées, le CLPQ reçoit les dénonciations (dont celles en matière de maltraitance) de tiers quant à la qualité au sein de l'établissement, des CHSLD privés, des RPA et des RI-RTF de son territoire.

Les informations détenues au MSSS sur les plaintes sont présentées par grands motifs de plaintes ou demandes d'assistance, comme :

- l'accessibilité des soins et services dispensés ;
- l'organisation du milieu des ressources portant sur le confort et les commodités, la sécurité et la protection, le confort de la chambre ;
- les relations interpersonnelles ;
- les soins et services ;
- l'aspect financier et les réclamations ;
- les droits des usagers ;
- les plaintes en lien avec la loi sur la maltraitance.

Les données du MSSS comprennent le nombre de plaintes ou de demandes d'assistance. Ceux-ci sont rapportés en nombre absolu. Ces informations ne sont pas relativisées en fonction de la taille et/ou du volume et de l'éventail des soins et services produits dans les installations. Par ailleurs, pour certaines installations, aucune plainte n'est enregistrée pour certaines années.

Les délais de conclusion des plaintes sont fixés à 45 jours. En 2018, le délai de traitement d'une plainte pouvait être de 398 jours. En 2019 et 2020, nous n'avons pas observé de retards aussi importants, mais tout de même certains délais de plus de 200 ou 300 jours. Lorsqu'un problème est répandu, le protecteur du citoyen peut décider de mener une enquête.

En somme, les données soumises ne permettent pas d'apprécier l'état de la situation sur les plaintes.

## Les visites de vigie en CHSLD et en RI-RTF pendant de la pandémie

Au cours de la première phase de la pandémie, le MSSS effectuait des visites dans les CHSLD et RTI/RTF lorsque les éclosions étaient problématiques. L'objectif était d'évaluer la conformité aux pratiques de prévention et contrôle des infections et de soutenir les équipes pour améliorer leur application. Ces visites ont débuté pendant la première vague et ont continué jusqu'en novembre 2020.

Un outil permettant d'enregistrer les constats des visites pour chacun des critères a été développé par le MSSS. L'objectif de cet outil n'était pas d'effectuer une reddition de compte des établissements au MSSS. Il devait plutôt permettre d'uniformiser les observations en lien avec les mesures PCI, de calculer le nombre de visites quotidiennement et de s'assurer que toutes les installations étaient visitées dans un court délai.

La pandémie a révélé un enjeu de contrôle des infections dans les milieux d'hébergement. Sur la base des observations et du jugement global des évaluateurs, il appert que 34 % des CHSLD évalués n'avaient pas de pratiques conformes au moment de la première vague. Au niveau des RI-RTF, 17 % des organisations de l'échantillon ont éprouvé des difficultés à mettre en place les pratiques conformes en PCI et ont eu des éclosions de COVID-19. Cela représente des défaillances importantes dans des milieux où les personnes sont très vulnérables. Le suivi régulier des infections dans les milieux de vie révélerait plus rapidement les endroits problématiques.

## Constats

Trois mécanismes de « contrôle » sont prévus, un en vue de suivre la performance des établissements et deux en vue de surveiller la qualité des soins et services dans les établissements : le suivi de l'atteinte des cibles convenues dans les ententes de gestion et d'imputabilité, le mécanisme d'agrément ainsi que les visites ministérielles dans les CHSLD publics et privés. À ceux-ci, s'ajoute le suivi des plaintes déposées auprès des commissaires aux plaintes.

***Les cibles prévues dans les ententes de gestion, et donc les indicateurs suivis par le MSSS, informent peu ou pas sur la qualité et les résultats des soins et services offerts dans le réseau et pas du tout sur ceux des milieux d'hébergement.***

Le suivi de l'atteinte des cibles convenues dans les ententes de gestion est un mécanisme de vigie sur la mise en œuvre de stratégies organisationnelles établies par le ministère. Les cibles portent sur l'accomplissement d'exigences qui favorisent la qualité et la productivité ou améliorent l'accès. Seulement deux (2) indicateurs mesurent la qualité ou les résultats sur la santé et le bien-être, et ce dans les hôpitaux seulement. Ces cibles indiquent que le ministère concentre son attention sur les façons de faire plutôt que sur les résultats de santé de la population.

Sans mesures de résultats, le ministère ne peut suivre la mesure dans laquelle les stratégies qu'il adopte génèrent des résultats sur la santé et le bien-être des personnes. Il détient peu ou pas d'information sur le succès de ses stratégies à réaliser sa mission, c.-à-d. améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

Conséquemment, en l'absence de renseignements fiables sur les résultats sur la santé et le bien-être des résidents, le ministère exerce d'abord et avant tout un contrôle sur les opérations. Cette centration sur la gestion des opérations fragilise l'exercice des fonctions de gouvernance du système, subordonnées aux exigences plus immédiates de la production.

***Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la capacité du ministère à orienter le système à plus long terme, à suivre l'évolution de son environnement et des résultats de ses stratégies, à gérer les risques et à soutenir l'opération du système.***

L'agrément est, dans son essence, une démarche destinée à soutenir les opérateurs dans la gestion de la qualité des services. En pratique, l'agrément focalise l'attention sur la mise en place de plusieurs pratiques précises, mais ne renseigne pas sur leur impact à l'égard des résultats de santé et bien-être. Les établissements doivent déployer d'importants efforts en conséquence, un temps précieux qui aurait pu être utilisé pour donner plus d'attention aux priorités stratégiques de l'établissement. Par ailleurs, les CHSLD publics et privés ne seront visités qu'une fois tous les cinq ans. L'apport de l'agrément à l'amélioration de la qualité dans les milieux d'hébergement reste donc très limité.

Les visites ministérielles ont l'avantage de se concentrer sur la qualité dans les CHSLD. Toutefois, ce mécanisme présente plusieurs des mêmes lacunes que l'agrément. Le processus oblige les prestataires à mettre l'accent sur la démonstration de l'application de certaines pratiques et révèle peu ou pas les résultats obtenus, par l'adoption de ces pratiques. Une attention plus grande accordée aux résultats de santé et bien-être des résidents permettrait de mieux éclairer les choix et mieux comprendre comment améliorer la performance.

Le CSBE estime qu'il serait pertinent de responsabiliser les CISSS/CIUSSS afin qu'ils effectuent eux-mêmes la vigie du respect des normes de qualité dans les milieux d'hébergement de leur territoire et fassent rapport des résultats au ministère. L'établissement serait beaucoup mieux positionné pour apporter directement le soutien approprié aux installations qui en ont besoin, et ce, sans qu'il y ait d'intermédiaire. Cela dit, il demeure pertinent qu'une organisation indépendante des établissements, en l'occurrence le MSSS, effectue la surveillance des résultats sur la santé et le bien-être des soins et services offerts aux résidents dans les CHSLD.

Les CISSS/CIUSSS ont de plus en plus recours à des ententes avec les RPA pour la location de places pour les usagers non autonomes. Ni le ministère, ni les établissements ne sont en mesure de dire combien de ces ententes ont été conclues, le contenu de celles-ci ou leurs coûts. Or, les données montrent que le nombre de personnes hébergées dans les RPA avec unités de soins a considérablement augmenté entre 2018-2019 et 2019-2020. Il est raisonnable de penser que les ententes entre les CISSS/CIUSSS et les RPA sont responsables de cette augmentation.

Les établissements sous-contractent à des prestataires des services sans qu'il ne soit possible de déterminer les modalités et les résultats de ces contrats. Il est ainsi probable qu'une proportion de plus en plus grande de résidents non autonomes reçoivent des services qui échappent à la vigie du système.

En somme, en ce qui concerne les mécanismes de contrôle, le CSBE est d'avis que le ministère devrait requérir des établissements des informations sur les résultats sur la santé et le bien-être de la population sous leur responsabilité, notamment la population hébergée, et qu'il disposerait ainsi d'une plus juste appréciation de la qualité réelle des services et de l'impact des stratégies d'amélioration déployées. La même approche devrait être déployée par les établissements dans leurs rapports contractuels avec les fournisseurs privés de services d'hébergement.

### 4.3 Les mécanismes d'incitation

L'un des leviers importants de la gouvernance est l'incitation. Celle-ci vise à orienter et encourager les comportements des acteurs vers l'atteinte des objectifs du système.

En réalité, tous les mécanismes de gouvernance orientent les activités, les comportements et les décisions en fonction des résultats souhaités des organisations. Ils sont en ce sens tous des mécanismes d'incitation. Les sections précédentes ont examiné comment les mécanismes de planification et de contrôle du système de santé et services sociaux influencent les comportements des acteurs en cohérence avec les objectifs du système de santé et les résultats sur la santé et le bien-être de la population.

Cette section examine sommairement les mécanismes d'incitation économique du système, soit ceux liés aux modalités de financement et à la rémunération des acteurs. Ceux-ci fournissent une incitation explicite puisqu'ils précisent les conditions du paiement. Chaque mode de paiement influence le fonctionnement et les résultats du système et offre des incitations spécifiques affectant la quantité, la qualité et l'efficacité de l'offre de services.

**L'objet de cette analyse est d'examiner la compatibilité des incitations économiques des différents modes de paiement avec le développement d'une offre de soins et services intégrés aux personnes âgées orientée sur la valeur.**

Le tableau suivant présente les caractéristiques principales des modes de financement des différents soins et services offerts aux personnes âgées qui habitent dans les CHSLD.

**Tableau 13 : Modalités de financement des prestataires**

Service/ prestataire	Mode de financement	Incitation impli- cite au mode de financement	Rôle
Hébergement/ CHSLD public	Budget	Contrôler les dépenses	Offrir un milieu de vie aux personnes dont le niveau de dépendance est élevé
Services hospitaliers/ hôpitaux	Budget historique	Contrôler les dépenses	Opérer un centre hospitalier pour soutenir les activités médicales de deuxième et troisième lignes et les services d'urgence
Services à domicile/CLSC	Budget (salaire)	Contrôler les dépenses	Offrir des soins et services à domicile
Services médicaux/ médecins	Activité plus faible capitation	Augmenter la prise en charge de patients en offrant des services pertinents	Améliorer la santé des patients
Hébergement/ CHSLD privé C	Subvention par personne	Contrôler les dépenses par personne	Offrir un milieu de vie aux personnes dont le niveau de dépendance est élevé

Bien qu'il existe des nuances qui pourraient être apportées à ces mécanismes pour inclure tous les modes de financement pouvant être alloués aux prestataires de ces services, le tableau fait état des principaux mécanismes en vue de caractériser l'impact sur les comportements.

On y observe d'abord que les établissements sont financés par un budget annuel. Ce dernier est déterminé sur une base historique ajustée pour tenir compte de certaines caractéristiques populationnelles. Les CISSS/CIUSSS allouent les budgets des CHSLD publics et des CLSC responsables des soins à domicile. L'incitation économique d'un budget est sur le contrôle des dépenses. Puisque les établissements et les professionnels qui y travaillent sont soumis à des normes professionnelles et des normes de qualité, ils s'efforceront d'offrir des services professionnels de qualité tout en contrôlant les coûts.

Le plan stratégique du MSSS spécifie que les CISSS/CIUSSS sont incités à « déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population, en augmentant le nombre de places dans les maisons des aînés, en améliorant les conditions de vie dans les milieux de vie et en améliorant le soutien aux proches aidants » (MSSS, 2019). Les directions hospitalières (pour certains programmes seulement) et les CLSC sont aussi fortement incités à accroître leur niveau d'activité, s'agissant ici d'un objectif prioritaire du ministère (exprimé dans les ententes de gestion) et leur performance étant évaluée en fonction de cet objectif. Pourtant, chaque nouveau patient exerce une pression à la hausse sur les coûts. Ainsi, afin d'atteindre leurs cibles en respectant leur budget, ces directions devront soit augmenter leur productivité, c'est-à-dire offrir plus de soins à moindre coût par patient, ou leur efficacité, c'est-à-dire la valeur de leur offre.

Les **CHSLD privés conventionnés** reçoivent une subvention déterminée en fonction du niveau d'autonomie des personnes qu'ils hébergent. Cette subvention incite les centres à maîtriser leurs coûts, mais l'amélioration de leur efficacité est découragée, puisque s'ils génèrent une marge sur les soins offerts, ils doivent la rembourser. Ces organisations et les professionnels qui y travaillent sont également soumis à des normes de qualité. En pratique, si les centres réussissent à améliorer les services, ce n'est pas en réponse à l'incitation financière, qui est neutre à cet égard, mais plutôt en raison de la motivation personnelle des intervenants en place.

Finalement, même si les médecins restent principalement rémunérés à l'acte, ceux qui exercent dans les milieux d'hébergement reçoivent soit un paiement à l'acte, soit un salaire ou un montant fixe pour la prise en charge des patients hébergés. Les salaires et les montants fixes peuvent inciter les médecins à limiter le temps passé avec chacun des patients tout en respectant les exigences de leur profession. Ceux rémunérés à l'acte sont incités à voir le plus de patients possible tout en respectant leur code professionnel. Bref, à l'exception d'une approche de capitation directement liée à l'atteinte de résultats, aucun des modes de rémunération des médecins ne les incitent à collaborer avec l'équipe de soins et services pour offrir des services intégrés de santé et améliorer la valeur aux résidents. Cela ne signifie pas qu'aucun médecin ne le fasse. Ce n'est toutefois pas une pratique encouragée par les modes de rémunération qui prévalent actuellement au Québec.

## Constats

Les incitations économiques liées aux mécanismes de financement des CISSS et des organisations sous leur responsabilité ne sont pas alignées sur l'amélioration de la valeur. Le contrôle des coûts est la priorité.

Le plan stratégique ministériel convie les hôpitaux et les soins à domicile à augmenter leur niveau d'activité alors que les directions SAPA sont interpellées pour surtout améliorer la qualité de vie dans les milieux d'hébergement et le soutien aux proches aidants.

Il est difficile d'augmenter les activités et de contenir les coûts sans qu'il y ait un impact sur la qualité, à moins que les équipes puissent compter sur un soutien à l'amélioration de leur efficacité, ce qui est rare selon nos observations. Les défis rencontrés en ressources humaines dans les milieux de soins pour personnes âgées, tant au niveau des infirmières et des préposés aux bénéficiaires, laissent en effet peu de marge pour l'amélioration de l'efficacité.

Par ailleurs, les modes de rémunération des médecins n'encouragent pas leur collaboration avec l'équipe de soins destinés aux personnes âgées. Les omnipraticiens sont encouragés à exercer dans les GMF, et il existe peu de lien entre ces derniers et les CHSLD. Ils sont peu incités à prendre en charge la clientèle hébergée.

Les incitations financières des CISSS/CIUSSS, des établissements privés et des médecins ne sont pas orientées vers le déploiement d'une offre de soins et services intégrés de qualité destinée aux personnes âgées. *L'amélioration de la valeur repose actuellement avant tout sur les motivations professionnelles et personnelles des individus en place à tous les niveaux.* Le CSBE est d'avis que des réflexions appuyées sur une revue de meilleures pratiques et des travaux de recherche devraient être entrepris en vue d'améliorer les incitatifs économiques en ce sens.

#### 4.4 La mesure des résultats et la gestion des risques

L'évaluation a pour but de revoir périodiquement l'atteinte des résultats et de mieux gérer les risques de ne pas les atteindre. Elle permet d'assurer la pertinence des orientations et des stratégies en fonction de l'évolution des besoins de la population et de l'environnement, et d'apprécier la performance des stratégies mises en œuvre en fonction des objectifs.

La rétroaction et le partage des résultats aux acteurs les incitent à s'améliorer et soutiennent l'amélioration de la gouvernance en continu, et ce, tant au niveau de l'ensemble du système qu'au niveau organisationnel et clinique. (Jamtvedt, Flottorp, Ivers, 2019) L'analyse des variations de pratique et la comparaison entre des milieux ou juridictions comparables permet notamment de comprendre les divergences entre les résultats attendus et ceux obtenus, et d'identifier là où des mesures correctives sont nécessaires. Il a également été démontré que la transparence des résultats et la participation des patients et usagers à l'évaluation favorisent un meilleur alignement des priorités sur les éléments que ces derniers jugent les plus importants (Boivin, Lehoux, Lacombe, Burgers et Grol, 2014).

La mesure des résultats pour soutenir la gouvernance du système implique la production d'informations qui offrent une vue d'ensemble de la performance du système de santé. Le CSBE a pu constater que le MSSS dispose effectivement des données et d'un tableau de bord lui permettant de suivre l'évolution des cibles établies dans le cadre des ententes de gestion. Ces mêmes indicateurs sont suivis par les établissements. Il a toutefois été noté que **les indicateurs suivis par le ministère fournissent une perspective partielle et incomplète de la performance du système.** Les tableaux de bord focalisent sur des cibles d'accès et sur l'observation de normes prévues aux ententes de gestion, mais sans les mettre en relation avec les coûts et les résultats sur la santé et le bien-être de la population. On se concentre sur la production immédiate de l'établissement sans pouvoir évaluer la réponse aux besoins de la population, les résultats obtenus et à quel coût. Il n'est donc pas possible de poser un jugement sur la valeur.

Par ailleurs, le rapport préliminaire du CSBE faisait état des manquements dans les systèmes d'information pour mieux soutenir la prise de décisions.<sup>64</sup> Le CSBE y signalait des lacunes concernant :

- La capacité de suivre les activités, les résultats et les coûts par patient ;
- La capacité de consulter les dossiers cliniques des patients dans tout le réseau ; DCI et DME
- L'accès aux données en temps opportun étant donné la réglementation sur la protection des renseignements personnels.

Le CSBE estime qu'il est actuellement impossible pour les dirigeants du système de mesurer l'efficacité ou la valeur des soins et services à l'intérieur d'un délai leur permettant d'intervenir en temps opportun. La prise de décision aux niveaux supérieurs est donc vulnérable à l'influence des parties prenantes et de divers groupes de pression.

64. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/aines-covid19/mandat/constats-preliminaires.html>

Soulignons une fois de plus que ces mêmes enjeux d'accès aux renseignements pénalisent l'exercice de la mission des organismes nationaux dont la mission est d'informer le ministre, dont l'INSPQ en qui concerne la santé de la population et les politiques publiques visant à l'améliorer, l'INESSS pour l'évaluation des interventions et innovations en santé et services ou le CSBE en matière d'appréciation de la performance du système<sup>65</sup>. Il en résulte une perte d'efficacité considérable pour ces organisations, pourtant toutes au service du bien commun.

À noter, enfin, que la gestion des risques d'atteindre ses objectifs a semblé occuper peu de place dans les activités de gouvernance du ministère. Le CSBE n'a pu recueillir aucun commentaire à cet égard dans le cadre du mandat spécial. La remise en question des stratégies serait effectuée dans le cadre de l'exercice de planification stratégique.

#### 4.5 Vue d'ensemble des mécanismes de gouvernance du système de soins et services destinés aux personnes âgées

L'évaluation des mécanismes actuels de gouvernance du système de santé ne permet pas de conclure que le ministère mobilise pleinement les leviers à sa disposition pour améliorer ses résultats.

##### L'énoncé de mission et les plans et politiques ministériels

Le CSBE est d'avis que la source de nombreux enjeux de gouvernance du système de santé et services sociaux réside dans l'énoncé de mission du ministère. En effet, le ministère estime que c'est en visant l'augmentation des activités qu'il rendra plus accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. L'accès est donc la stratégie prioritaire du ministère pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Conséquemment, le plan stratégique oriente prioritairement l'ensemble du réseau sur l'accès et la quantité de services offerts.

Par ailleurs, les politiques et plans destinés aux services pour les personnes âgées portent essentiellement sur les milieux de vie. Ainsi, les orientations du ministère accordent peu d'attention à la nécessité d'intégrer les soins de santé et les services sociaux, d'une part, et à celle de mieux intégrer les soins à domicile et les services d'hébergement, d'autre part.

##### L'allocation des ressources

Les **orientations ministérielles et les allocations des ressources sont difficilement réconciliables**. Le financement s'effectue principalement selon une logique de reconduction annuelle de budgets historiques. L'allocation des ressources humaines, matérielles, mobilières et financières ne s'inscrit pas dans une approche globale qui tient compte des besoins, de la demande de services et des résultats visés pour les personnes âgées.

Notons que l'opacité qui entoure les questions d'allocation financière aux différentes ressources privées d'hébergement alimente une certaine méfiance des intervenants et de la population à leur endroit.

65. Le CSBE a émis plusieurs ordonnances dans le contexte de son mandat spécial en vue d'obtenir les données nécessaires à l'évaluation de la performance du système. Développer la compréhension du contenu des bases de données, identifier les indicateurs qui pourraient être évalués et les stratégies pour compiler les données issues de plusieurs bases de données pour reconstituer le parcours des patients dans le réseau et constituer le système d'information qui protège les renseignements personnels et recevoir les données complètes a pris environ 12 mois dans un contexte d'urgence. En temps régulier, sans urgence et sans ordonnances, le temps requis pour obtenir les données dont le CSBE aura besoin pour effectuer son mandat par groupe de patients prendrait encore plus de temps. Sans changements au contexte juridique de l'accès à l'information, la contribution du CSBE sera limitée.

## Les mécanismes de contrôle

Le suivi de la performance des CISSS/CIUSSS est essentiellement voué à un suivi d'activités de production et de la conformité à certaines pratiques organisationnelles. Ceci apparaît tout à fait cohérent avec le plan stratégique du MSSS. Le ministère et les établissements concentrent ainsi leur attention sur les activités et les façons de faire dans les établissements plutôt que sur les résultats en termes de santé et de bien-être de la population. Sans mesures des résultats importants pour les usagers, le ministère ne dispose pas de l'information nécessaire pour juger du succès de ses stratégies pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

Les visites ministérielles ont l'avantage de se concentrer sur une vigie de la qualité des services dans les CHSLD. Toutefois, tout comme l'agrément, le processus n'est pas un indicateur des résultats sur la santé liés à l'adoption de ces pratiques. En outre, puisque le ministère effectue lui-même la surveillance des processus de qualité dans les CHSLD, les enjeux liés aux pratiques réelles dans les différentes installations et milieux d'hébergements du territoire peuvent échapper à la supervision des établissements et fragiliser l'exercice de leur responsabilité populationnelle. Il faut souligner qu'une proportion de plus en plus grande de résidents non autonomes reçoit des services d'hébergement dans des RPA. Or, ce milieu échappe à la vigie du système.

Le CSBE estime que si les établissements assuraient leur propre suivi de l'application des pratiques et des résultats dans les CHSLD, ils seraient davantage en mesure d'apporter directement le soutien approprié aux établissements qui en ont besoin, et ce sans intermédiaire. Le MSSS devrait toutefois voir à une surveillance indépendante des résultats sur la santé et le bien-être des résidents. Ceci implique que des ressources additionnelles tant au niveau ministériel qu'au niveau des établissements devraient être allouées à la surveillance de la qualité dans les CHSLD.

En mettant l'accent sur l'application de pratiques plutôt que sur les résultats, le MSSS focalise l'attention des dirigeants sur la démonstration de la conformité plutôt que sur l'amélioration des soins et services. Le rôle du ministère s'apparente davantage à la gestion des opérations du réseau qu'à un rôle de gouvernance du système.

En dernière analyse, le CSBE constate que les décisions du MSSS sont essentiellement centrées sur les activités. Elles focalisent sur certaines pratiques, dans les milieux d'hébergement ou les soins à domicile par exemple, sans faire clairement le lien avec les autres volets du continuum de soins et services.

Ainsi, certains éléments de l'offre de soins et services progressent, mais, en l'absence d'une stratégie d'intégration axée sur les résultats, les lacunes au niveau d'autres éléments clés de l'offre de services continuent de nuire à l'efficacité d'ensemble du continuum. Les stratégies actuelles de gouvernance ne sont donc pas alignées sur l'intention annoncée « d'offrir un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité ».

Le CSBE estime que le ministère valorise peu son rôle, pourtant essentiel, de gouvernance. L'attention insuffisante que porte le ministère à sa contribution unique et distinctive en cette matière freine le développement d'une offre de soins et services aux personnes âgées orientée sur la valeur. Le CSBE en conclut que le déploiement d'une offre de services orientée sur la valeur dans les milieux d'hébergement publics et privés repose principalement sur les motivations professionnelles et personnelles des individus en place aux différents niveaux.

L'analyse de la gouvernance porte à croire que le ministère considère que le système peut être dirigé comme une grande usine de production, c.-à-d. par des règles, des directives et des ajouts ciblés de ressources. Cette vision mécaniste entre en porte-à-faux avec celle d'un système complexe capable de s'adapter, d'innover et de se transformer en fonction de son contexte, des besoins et des ressources à sa disposition.

Les milieux d'hébergement doivent composer avec les insuffisances d'un système de santé qui n'a pas évolué en fonction des besoins d'une population vieillissante. Ce dernier reste largement configuré pour répondre aux besoins d'une population plus jeune, dont la grande majorité des besoins sont pour des soins aigus. Les connaissances en matière de politiques publiques et d'organisation des services, qui ont pourtant beaucoup évolué au cours des dernières décennies, n'ont pas trouvé leur application dans le contexte des réformes successives du réseau québécois de soins et services. En effet, bien que celui-ci ait subi plusieurs transformations, les gouvernements qui se sont succédé n'ont pas réussi à adopter les changements qui auraient dû faire évoluer nos institutions, mieux soutenu leur collaboration et préparé le système à faire face aux enjeux actuels liés au vieillissement de la population. La pandémie aura agi comme un révélateur et un accélérateur des vulnérabilités de l'écosystème des soins et services aux aînés.

Le CSBE estime que comme tout système complexe, le réseau de la santé et des services requiert une gouvernance permettant de définir des orientations en fonction de l'évolution de l'environnement, de vérifier l'atteinte des résultats, de gérer les risques et de soutenir le bon fonctionnement du système. C'est à cette condition que les intervenants de la base, près des usagers et du terrain, sauront traduire les intentions des décideurs gouvernementaux en pratiques organisationnelles et cliniques à valeur ajoutée pour les usagers.

La pandémie a mis au jour les failles de l'approche actuelle. Le CSBE proposera dans la prochaine section les orientations et pistes d'action jugées les plus susceptibles de mener au redressement nécessaire.

## SECTION 5 – VISION, ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS

Depuis le début du siècle, la société québécoise a fait des progrès considérables pour ajouter des années à la vie de ses citoyens. Il lui faut maintenant travailler plus efficacement à ajouter de la vie à ces années. Comment la reprise postpandémie peut-elle permettre de s'adapter aux défis et de profiter des opportunités qui se révèlent à la faveur de la transition démographique? Une chose est certaine, la pandémie le démontre sans équivoque, on peut faire mieux et il faudra faire différemment.

Il faudra être réaliste : les solutions aux problèmes ne sont pas dans des rapports, mais dans ce qu'ils permettent de faire concrètement. Le CSBE en est bien conscient. Le Québec est convié à une transformation radicale de la gouvernance du système de santé et services sociaux qu'il faudra instaurer progressivement. Mais il faut se mettre en mouvement dès maintenant.

Cela exigera d'en faire une priorité et de mobiliser l'ensemble des parties prenantes dans une démarche collaborative d'amélioration. Il a en effet été démontré que la réussite des transformations exige une vision commune des orientations et objectifs ; de nouvelles relations entre les acteurs afin de porter un leadership partagé axé sur les résultats ; des capacités, compétences et ressources permettant à chaque partenaire de bien jouer son rôle ; et l'instrumentation nécessaire pour piloter différemment le système en fonction de la valeur (Breton, Nji, Belzile, Guillette, Gagnon, Couturier et Denis, 2017). Le sens du changement doit être communiqué et soutenu, afin que la transformation s'impose comme un devenir souhaitable et souhaité par tous.

Au terme du mandat spécial que lui a confié le gouvernement, le CSBE met d'abord de l'avant **la vision et quatre (4) orientations** qui lui apparaissent les plus susceptibles d'induire le changement escompté. La centration du rôle du ministère sur la gouvernance, l'alignement des décisions sur les besoins et les résultats, la clarification des collaborations avec le secteur privé, la mobilisation des ressources humaines et la valorisation des données pour l'aide à la décision ressortent comme des conditions critiques de succès. Quelques exemples de pratiques prometteuses observées ailleurs sont présentées brièvement afin d'illustrer ces orientations. L'évaluation des bonnes pratiques au Québec fera l'objet de travaux du CSBE ultérieurement pour appuyer le changement et l'innovation dans notre système de santé.

Le CSBE met ensuite de l'avant **quatre (4) grandes recommandations** afin d'amorcer la transformation nécessaire, en commençant dès maintenant par les soins et services aux aînés.

### Une vision axée sur la valeur, ancrée dans les valeurs de la société québécoise.

La vision proposée est celle d'un système de santé et de bien-être axé sur la valeur pour la collectivité, considérant de façon plus urgente et immédiate les aînés vulnérables.

Comme nous l'avons indiqué à la section 1 de ce rapport, la création de valeur et les valeurs qui animent un système de santé sont intimement reliées. Les consultations réalisées sont venues réaffirmer ces valeurs. Parmi celles-ci l'équité et la justice sociale apparaissent primordiales. Ressortent clairement aussi certaines modalités pour assurer le respect de ces valeurs, dont la participation et la valorisation du point de vue des aînés ou de leurs proches, l'engagement et la responsabilisation des parties prenantes ainsi que la collaboration interdisciplinaire, interprofessionnelle et intersectorielle. La valeur, quant à elle, réfère aux résultats de santé et bien-être associés aux services produits à partir des ressources qui y sont allouées. L'objectif est de maximiser les résultats sur le plan de la santé et du bien-être de toute la population, en conformité avec ses valeurs et en considérant que les ressources sont nécessairement limitées.

Si la mise en œuvre de cette vision interpelle le secteur de la santé et des services sociaux au premier chef, elle représente un véritable projet de société aux multiples facettes qui va au-delà d'une politique ministérielle. Elle doit favoriser un engagement et une co-construction avec les citoyens, les personnes âgées et leurs proches. Elle doit être inclusive et convier tous les acteurs de l'écosystème, incluant le personnel du réseau, le monde associatif ainsi que les organismes communautaires autour de la trajectoire de vie des aînés. Elle doit faire appel à un modèle d'offre innovant, décentralisé et pluriel. Inspiré de ces valeurs, la vision axée sur la valeur qui est préconisée pourra conduire à une transformation profonde de l'institution sanitaire et sociale à l'égard des aînés.

## Des orientations porteuses d'un changement profond

Malgré les constats de nombreux travaux et rapports depuis plusieurs décennies, le système de santé et de services sociaux a beaucoup de mal à s'adapter au rythme de l'évolution des besoins de sa population vieillissante. Le CSBE est d'avis qu'aucune solution simple et rapide ne pourra résoudre les nombreux problèmes du système de santé et de services sociaux décrits précédemment. Ce dernier a besoin de changements fondamentaux en vue d'intégrer les connaissances disponibles sur le vieillissement de même que sur les modèles de soins et d'organisation des services susceptibles de répondre aux besoins tout au long de la trajectoire de vie. La transformation souhaitée devra donc s'effectuer graduellement.

Du point de vue du CSBE, pour réaliser cette transformation, le gouvernement devrait encourager le passage :

- 1) d'un ministère qui agit comme opérateur d'un système de production à un ministère qui assure une gouvernance axée sur la valeur des soins et services pour la collectivité ;
- 2) d'un système centré sur l'accès aux services médicaux et hospitaliers à un système aligné sur la réponse aux besoins et sur les résultats jugés importants par et pour les aînés ;
- 3) d'une gestion des ressources humaines centralisée axée sur la dotation à une gestion de proximité axée sur la mobilisation et la promotion de la santé des personnels ;
- 4) d'un système opaque centré sur la protection des renseignements personnels à un système intégré, ouvert et transparent qui exploite le plein potentiel des données pour éclairer les décisions à tous les niveaux tout en assurant la protection de la vie privée.

Examinons maintenant chacune de ces orientations.

### **Orientation 1.**

#### **Passer d'un ministère qui agit comme opérateur d'un système de production... à un ministère qui assure une gouvernance axée sur la valeur des soins et services pour la collectivité**

De l'avis du CSBE, l'échec du système de santé et services sociaux du Québec à limiter la propagation du virus chez les personnes âgées et le personnel du réseau durant la première vague de la pandémie est le résultat de **lacunes importantes au niveau de sa gouvernance**. Les éléments suivants ont particulièrement contribué à la perte de contrôle observée dans les milieux destinés aux personnes âgées :

- Les décisions ministérielles ont progressivement bâti une offre de services conçue pour répondre à des besoins de soins aigus épisodiques pour la population générale sans déployer les éléments nécessaires à l'intégration de services continus pour les personnes vulnérables tenant compte de l'ensemble de leurs besoins.
- Les décisions politiques et ministérielles en santé et services sociaux, souvent prises en réaction à la pression immédiate des crises et des dysfonctionnements du système, favorisent une prise de décision centrée sur le court terme sans considérer pleinement les grands enjeux sociétaux, démographiques et économiques auxquels le Québec fait face et leur impact sur la viabilité du système de santé.
- Les politiques et plans ministériels ont permis le rehaussement limité de services destinés aux aînés, mais à une hauteur insuffisante et sans préciser les liens nécessaires avec les autres services, notamment les services médicaux dans la communauté ou en milieu hospitalier.
- Le nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés est demeuré stable malgré un vieillissement rapide de la population bien documenté depuis de nombreuses années, et sans une croissance suffisante de l'offre de soins à domicile.
- Les processus de contrôle de la performance et de la qualité dans les CHSLD publics et privés ainsi que les RI-RTF sont essentiellement axés sur l'application de pratiques normées sans égard suffisant aux enjeux cliniques et aux résultats atteints pour les usagers par l'application de ces pratiques.
- La conformité à certaines pratiques normées demeure faible et les décisions de la part du ministère ou des établissements responsables produisent peu d'améliorations.
- Les contrats et le niveau de financement des milieux d'hébergement sont hétérogènes et non équitables envers les résidents, leur famille, les employés et les propriétaires ; ces ententes, formelles ou informelles, ne reposent pas sur des données fiables relativement aux besoins des usagers et à la capacité des prestataires d'y répondre.
- La forte augmentation de places d'hébergement public louées au secteur privé échappe à un encadrement adéquat de la qualité, de la sécurité et du financement.
- Les informations disponibles sur les soins et services offerts aux personnes âgées sont difficilement exploitables pour évaluer l'offre, la couverture, l'intensité et la qualité des soins et services dans les différents milieux de soins et services y compris les soins à domicile.
- Les mécanismes de protection des renseignements personnels briment l'utilisation des données en appui à une prise de décision éclairée à tous les niveaux.
- Les données, les décisions et les stratégies focalisent sur les opérations, l'activité, l'application de directives ou le contrôle des dépenses et très peu sur la qualité des soins et services et les résultats des activités sur la santé et le bien-être des usagers et de la population.

Le MSSS ne mobilise pas l'ensemble des leviers de gouvernance dont il a la responsabilité pour améliorer la performance du système de santé et services sociaux. Les décisions ne s'adressent pas efficacement aux causes en amont des problèmes rencontrés ou aux grands ajustements requis pour améliorer la réponse aux besoins. En dépit d'une intégration structurelle lors de la création des CISSS et des CIUSSS, l'intégration des services sociaux et de santé aux aînés reste difficile. La notion de responsabilité populationnelle dévolue aux CISSS/CIUSSS mérite également d'être mieux définie.

Pour piloter la transformation attendue, le ministère devra lui-même se transformer et moderniser ses propres pratiques de gouvernance à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux.

## Orientation 2.

### **Passer d'un système centré sur l'accès aux services médicaux et hospitaliers... à un système aligné sur la réponse aux besoins et sur les résultats jugés importants par et pour la population, dont les aînés**

Le CSBE souhaite insister sur l'urgence d'un rehaussement des capacités financières et humaines pour répondre adéquatement aux besoins des aînés et à leur évolution prévisible. Un rééquilibrage s'impose pour assurer un apport suffisant en ressources afin de desservir adéquatement cette population.

Un changement culturel doit également s'opérer dans l'orientation du système de santé et de services sociaux. Une meilleure participation des aînés et de leurs proches au choix de priorités en matière de soins et services sera essentielle. Plusieurs initiatives de partenariat avec les usagers ont été fructueuses, mais celles-ci n'ont pas permis jusqu'à maintenant les réalignements nécessaires à une échelle suffisante.

Le CSBE identifie cinq principaux enjeux à cet égard :

- Une évolution démographique qui modifie l'équilibre entre le nombre de personnes en âge de travailler et le nombre d'aînés qui ne participent plus au marché du travail.
- L'allocation des ressources financières et humaines en fonction de la croissance démographique et des besoins des aînés et de la valeur des soins et services.
- La valorisation de l'ensemble des organisations, prestataires et acteurs qui interviennent auprès des aînés y compris les acteurs communautaires et les proches aidants.
- L'accessibilité à de l'information sur l'état de santé et de bien-être des usagers, leurs plans de soins, et la qualité des soins et services dispensés dans tout le réseau de services de santé et services sociaux.
- L'accessibilité aux soins de santé requis pour toutes les personnes âgées en milieu d'hébergement en temps et lieu opportun de sorte à éviter la détérioration de l'état de santé et à favoriser leur bien-être.

Un tel recentrage en matière de développement de l'offre de soins et services aux aînés ne doit pas se faire au détriment d'un accès raisonnable à des soins spécialisés et surspécialisés appropriés. Au contraire, mieux doter et adapter les soins et services pour la clientèle en perte d'autonomie pourrait permettre de libérer des ressources hospitalières et médicales.

Il faut ici reconnaître l'importance de se pencher sur des stratégies novatrices afin d'assurer un apport suffisant en ressources pour le maintien de l'autonomie des aînés. Il faudra aussi mobiliser le potentiel des technologies innovantes. De nouveaux partenariats seront nécessaires, notamment avec les communautés et avec le secteur privé. Deux exemples sont fournis pour illustrer ces approches novatrices.

### **Des résidences orientées sur les besoins populationnels émergents des aînés**

Dans l'objectif de recentrer le système de soins et services de santé autour des besoins évolutifs des personnes âgées, l'Alberta expérimente avec la construction de résidences combinant les soins résidentiels avec les soins communautaires (Usher et Denis, 2021). En effet, les besoins des aînés évoluent au fil du temps, ils ont donc besoin d'un système de soins évolutif qui s'adapte à leurs besoins actuels et futurs. Les résidences développées en Alberta fourniront divers niveaux de soins ainsi que des services pour aînés vivant dans le milieu communautaire. Ces nouvelles institutions émergent localement en Alberta, par exemple Willow Square dans le nord, Bridgeland Riverside Continuing Care Centre à Calgary ou Capital Care Norwood dans la région d'Edmonton. Ces résidences à multiples niveaux favorisent les liens avec la communauté, en offrant d'une part des soins de longue durée, des soins palliatifs ainsi que des soins continus, et d'autre part des services accessibles aux aînés vivant dans le milieu communautaire. Le Capital Care Norwood est un bon exemple d'établissement qui combine les soins institutionnels et non institutionnels sous le même toit. Il offre différents services tels que des services de soins continus qui incluent des services de dialyse ou encore de thérapie par la récréation, un programme visant à aider les aînés qui ont des problèmes de santé complexes à retourner vivre chez eux, ou encore un programme de ventilation chronique pour les personnes nécessitant une assistance respiratoire<sup>66</sup>.

### **La voix citoyenne dans les soins et services aux aînés**

Un système de santé axé sur la valeur tient compte de l'expérience des usagers et de leurs proches. Dans les provinces canadiennes, différentes initiatives ont été mises en place pour intégrer la voix citoyenne, particulièrement la voix des aînés dans les soins et services de santé. En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé finance le programme Patients as Partners. Cette initiative vise à ce que la voix des patients, de leur famille et des proches aidants soit entendue et intégrée à tous les niveaux (paliers) du système de santé. La Colombie-Britannique bénéficie également du Patient Voices Network, une communauté de patients, de familles et de soignants qui vise la collaboration avec les partenaires de la santé pour améliorer le système de santé. Notamment, cette organisation soutient les patients-partenaires et assure la mise en relation des patients, des familles et des soignants avec des organisations de santé ou des organismes à but non lucratif cherchant à obtenir le point de vue patient. L'Office of the Seniors' Advocate ajoute un poids particulier à la voix des usagers dans cette province en combinant une écoute des usagers, un accès aux données d'évaluation de la qualité, et un rôle de conseil au gouvernement. En Alberta, le Health Quality Council of Alberta (HQCA) documente l'expérience et la satisfaction des citoyens, notamment auprès des aînés à l'égard des soins à domicile, par des sondages. En matière de soins de longue durée, la voix des usagers et de leurs familles est entendue à travers deux programmes visant l'amélioration de la qualité des soins. D'abord, le Seniors Health Strategic Clinical Network qui propose une communauté de pratique clinique rassemblant notamment des fournisseurs de soins, des décideurs, des administrateurs et des patients, de manière à développer et diffuser des pratiques exemplaires. Ensuite, il y a le Translating Research in Elder Care, un programme de recherche longitudinale appliquée pour les soins de longue durée en établissement de santé.

66. <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/Service.aspx?id=1014704&serviceAtFacilityID=1029336#contentStart>

### **Orientation 3.**

#### **Passer d'une gestion des ressources humaines centralisée axée sur la dotation... à une gestion de proximité axée sur la mobilisation et la promotion de la santé du personnel**

La pandémie a révélé combien la question des ressources humaines représente un défi majeur non seulement pour le secteur de l'hébergement, mais aussi pour l'ensemble du système de santé et services sociaux, voire pour l'ensemble de l'économie. Les ressources humaines sont primordiales et elles doivent être considérées comme telles dans le développement des stratégies de transformation.

La gestion des ressources humaines ne doit pas se réduire à une question de dotation des ressources pour régler des problèmes immédiats de disponibilité de main-d'œuvre dans les différents milieux ou établissements. Elle commande la mise en place d'une politique qui porte autant sur une planification rigoureuse, sur la valorisation, la formation continue et le renforcement des pratiques locales de gestion que sur les initiatives centrales de développement des ressources humaines au niveau de l'ensemble du système de santé et services sociaux.

Huit enjeux commandent une attention particulière :

1. La mobilisation de l'ensemble des acteurs et organisations concernés – ministères, institutions d'enseignement, ordres professionnels, syndicats et autres partenaires sociaux – pour assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et qualité suffisantes dans tous les milieux de soins et services destinés aux personnes âgées.
2. La pleine mise à profit de l'éventail de compétences des ressources humaines disponibles (pratique avancée, collaboration interprofessionnelle, délégation d'actes, ordonnance collective, etc.).
3. La valorisation du statut de l'ensemble des catégories professionnelles et non professionnelles mobilisées dans le système de santé et de services sociaux.
4. Le rapprochement de la gestion des ressources humaines avec les milieux locaux de prestation de soins et services.
5. Le recours à des outils électroniques spécialisés pour appuyer l'exécution de tâches cliniques et administratives (ex : l'élaboration des horaires) et l'optimisation des processus de travail.
6. L'informatisation des tâches administratives des infirmières pour leur permettre de se consacrer davantage aux soins et services directs aux usagers.
7. La promotion et la protection de la santé et du bien-être des personnels.
8. L'intégration des services médicaux aux autres ressources et services de façon à favoriser une prestation interdisciplinaire, sécuritaire et de qualité.

Pour ce faire, des stratégies développées avec l'ensemble des acteurs, organisations et partenaires sociaux concernés seront nécessaires pour mobiliser et valoriser les personnes, transformer la gestion du personnel et rehausser l'attractivité du secteur. Cela est d'autant plus important dans un contexte où la compétition pour attirer la main-d'œuvre et les talents est féroce entre différents secteurs de l'économie vivant une pénurie structurelle de main-d'œuvre. Des stratégies pour accélérer l'intégration des innovations en vue d'améliorer la valeur des activités et services devront également être considérées.

### **Des modèles novateurs pour la rétention et l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant en soins de longue durée**

L'enjeu d'attractivité de la main-d'œuvre dans les soins de longue durée se présente dans plusieurs États. Les Pays-Bas ont développé un modèle de soins à domicile holistique, *Buurtzorg Nederland*, qui propose une gouvernance transversale hors de la bureaucratie rigide et hiérarchisée, où une équipe d'infirmières s'autorégule pour la prise en charge des soins de santé et des besoins personnels d'une masse de patients (Goodman, Ross, Mackenzie et Vernon, 2003; Rosengren, Piippo, Jeglinsky, 2017). Le modèle repose sur l'autonomie décisionnelle de l'infirmière qui décide des soins les plus adaptés pour son patient (Monsen et Deblock, 2013). Les infirmières sont soutenues par une plateforme technologique permettant les échanges et le partage de connaissance (Rosengren et al., 2017). Ce modèle permet l'amélioration de la qualité des soins, en assurant une continuité des soins, en décloisonnant les tâches et diminuant le nombre d'intervenants amené à interagir avec un patient et en misant sur un faible nombre de patients par effectif de personnel (Monsen et al., 2013). Ce modèle de travail se révèle également attractif pour le personnel infirmier, notamment grâce à une flexibilité des horaires, une communication directe entre l'infirmière et son patient ainsi que la possibilité d'innover en implantant des idées novatrices (Drennan, Calestani, Ross, Saunders et West, 2018). Une évaluation du modèle constate la satisfaction des patients (score de 9/10) et des infirmières, ainsi que des résultats de santé positifs révélés par les médecins généralistes (Drennan et al., 2018). D'autres pays intègrent actuellement ce modèle, notamment le Japon qui fait face aux mêmes défis que le Québec avec un accroissement rapide de sa population ainée, et le Royaume-Uni. L'Australie a adopté également une stratégie semblable avec des équipes d'infirmières autogérées pour les soins de longue durée (OECD, 2020). Au Danemark, une majorité des professionnels travaillant dans le domaine des soins de longue durée sont à temps partiel, mais jouissent d'une grande autonomie dans l'organisation de leur travail (Haut conseil de la famille, 2019).

### **Des stratégies à explorer en contexte de rareté de la main-d'œuvre**

Certains systèmes internationaux développent une gestion basée sur la valorisation de la proche aidance. En Suède, on observe un développement de la place des proches aidants dans le système de soins aux aînés. En effet, certaines municipalités offrent aux aidants la possibilité d'être employé en tant que prestataires de soins de santé familiale (Haut conseil de la famille, 2019). De plus, pour s'occuper d'un proche gravement malade, un actif peut demander auprès de la Caisse nationale d'assurance sociale suédoise, un congé rémunéré à hauteur de 80 % de son salaire. Il conservera ses droits sociaux et le retour à son emploi sera garanti. Des dispositifs d'accompagnements tels que du soutien psychologique ou des formations sont également mis à disposition des aidants (Haut conseil de la famille, 2019). Soigner les personnes âgées à leur domicile est un élément important du modèle de soins aux aînés suédois. Le soutien des proches aidants et les investissements importants en soins à domicile permettent à 95 % des Suédois âgés de plus de 65 ans de vivre à domicile.

## Orientation 4.

### **Passer d'un système opaque centré sur la protection des renseignements personnels... à un système intégré, ouvert et transparent qui exploite le plein potentiel des données pour éclairer les décisions à tous les niveaux tout en assurant la protection de la vie privée**

La pandémie a révélé des lacunes et vulnérabilités importantes sur le plan de l'accès, de la disponibilité, de la qualité, de l'interopérabilité et de l'utilisation des données du réseau de la santé et services sociaux, notamment dans le secteur de l'hébergement et en santé publique. Les retards pris en cette matière au Québec sont connus et documentés depuis plusieurs années. S'ensuivent des difficultés importantes à mobiliser en temps opportun des données de qualité pour informer la gouvernance du système de santé, et ce autant en situation normale qu'en contexte de pandémie ou de crise. Différentes initiatives sont en cours pour redresser cette situation au Québec : modernisation des lois et règlements, détermination des coûts tout au long du continuum de soins, mesure de la qualité et des résultats sur la santé et le bien-être, uniformisation des systèmes administratifs dans les établissements, dossiers médicaux électroniques, dossiers cliniques informatisés, etc.

Le CSBE relève cinq enjeux principaux en matière de gestion des données et de l'information :

- 1) La disponibilité de données exploitables sur les résultats de santé et de bien-être et sur l'expérience des usagers ;
- 2) L'accessibilité aux banques de données cliniques et administratives en soutien aux activités cliniques, de gestion, de recherche et d'évaluation de la performance ;
- 3) L'accès, la qualité et l'utilité des informations sur les services médicaux et sur les ressources humaines en soutien à la prise de décision à tous les niveaux du réseau et au développement d'une offre de soins et services de qualité ;
- 4) La qualité de la documentation de l'information contenue dans les banques de données ;
- 5) Le renforcement des capacités d'analyse et d'exploitation des données.

Le CSBE note qu'il y a des défis importants en matière de développement des capacités (infrastructure, profil de compétences des personnes, financement, pérennité de certains projets). La situation observée commande un redressement important pour répondre aux standards actuels. Le CSBE note aussi qu'une réelle culture de la donnée et de la mesure à des fins de gouvernance et gestion intégrée est à développer tant dans le système de santé et services sociaux qu'au sein des ministères concernés, y compris au Conseil du trésor qui approuve les projets requérant des investissements majeurs. Ici encore, les progrès réalisés dans d'autres territoires pourraient inspirer le Québec.

### **L'intégration des données informationnelles pour améliorer le système de soins de longue durée**

Pour soutenir une gouvernance à valeur ajoutée du système de santé, les données récentes concernant l'état de santé ainsi que les besoins des patients doivent être accessibles et utilisables en tout temps. L'Alberta Health Services (AHS) s'appuie sur deux systèmes de collecte de données normalisés, afin d'appliquer un modèle de financement axé sur les soins aux patients : Patient Care-Based Funding Model (PCBFM).

Le premier système de collecte est l'Alberta Continuing Care Information System (ACCIS), il comporte les données concernant l'état de santé des bénéficiaires de soins basées sur les résultats de leurs évaluations interRAI<sup>67</sup>. Le deuxième système de collecte est le Financial Information Reporting Management System (FIRMS), qui permet de suivre les coûts de chaque établissement subventionné par les fonds publics. Pour assurer un suivi rigoureux et adéquat, toutes les résidences subventionnées par les fonds publics ont l'obligation de communiquer les données requises dans chacun des deux systèmes.

Cette méthode permet de centraliser les données, afin de faciliter leur accès ainsi que leur utilisation. Le système ACCIS permet également de déterminer les tendances générales ainsi que l'évolution de l'état de santé des patients, afin d'ajuster le financement de l'offre de soins et services de chaque établissement en fonction des besoins des aînés. Pour suivre les évolutions des besoins de santé, des évaluations interRAI sont réalisées lors de l'admission des bénéficiaires de soins, puis tous les trois mois.

---

67. Vérificateur général de l'Alberta, 2014, p. 102-103.

## interRAI

L'interRAI (Resident Assessment Instrument – International) est un réseau international de recherche soucieux d'élaborer des normes cliniques dans divers milieux de la santé et des services sociaux. Ses évaluations fournissent aux intervenants des renseignements en temps réel qui appuient la planification des soins. Les données d'évaluation interRAI sont recueillies aux points de services dans les milieux des soins de longue durée dans 9 provinces et territoires canadiens ainsi que dans 35 pays autour du monde<sup>68</sup>.

### L'expérience canadienne

L'Institut canadien d'information sur la santé est responsable des normes de l'interRAI au Canada. L'analyse et la compilation des données RAI par l'ICIS<sup>69</sup> permet de voir et de comparer les résultats de qualité des SLD au niveau provincial, régional et des installations. Ces données sont maintenant disponibles pour la Colombie Britannique, l'Alberta, l'Ontario, Terre-Neuve et Labrador, et le Yukon. À noter que le Nouveau Brunswick est la dernière province à avoir adopté interRAI en SLD, et utilise la version française des logiciels et manuels.

Parmi les indicateurs documentés, on retrouve des indicateurs de l'état de santé des résidents (amélioration des fonctions physiques; détérioration des fonctions physiques; aggravation de l'humeur dépressive; douleur ressentie; aggravation de la douleur); de pertinence et d'efficacité (utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques; recours à la contention) et de sécurité (chutes dans les 30 derniers jours; aggravation d'une plaie de pression).

En Alberta, la déclaration trimestrielle des résultats sur les indicateurs de qualité RAI permet à Alberta Health Services (AHS) de surveiller l'évolution de l'état de santé des résidents et la performance des centres d'hébergement<sup>70, 71</sup>. Grâce aux données des évaluations interRAI (qui sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] pour analyse et par la suite retournées au ministère et à AHS, ainsi qu'aux installations particulières, qui reçoivent uniquement leurs propres résultats)<sup>72</sup>, AHS peut faire le suivi des initiatives d'amélioration, comme la réduction de l'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques dans les milieux de SLD, ce qui permet maintenant à l'Alberta d'afficher le plus bas taux parmi les provinces qui déclarent ces données. La comparaison au niveau des installations permet de reconnaître, d'appuyer et de répandre les bonnes pratiques qui ont contribué à des améliorations sur des indicateurs particuliers.

À l'intérieur des foyers de SLD, l'utilisation des évaluations interRAI permet un suivi aux trois mois de l'état de santé et de bien-être de chaque résident, ainsi que l'ajustement des plans de soins en conséquence. Selon nos conversations avec des utilisateurs du système, les infirmières gagnent en confiance dans leurs plans de soins et les directeurs peuvent suivre l'impact des changements de pratiques ou d'innovations. Le portrait précis et à jour des besoins de chaque résident permet aussi un financement (et une justification des demandes de ressources.)

68. [www.interrai.org](http://www.interrai.org)

69. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/?lang=en>

70. Vérificateur général de l'Alberta, 2014, p. 102.

71. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/data/ahs-data-rai-qis-2016-17.pdf>

72. Alberta Health, Continuing Care Branch, Continuing Care Health Service Standards, 2018

## Recommandations

Le CSBE invite le gouvernement à lancer la transformation des soins et services de santé décrite dans les orientations proposées en amorçant dès maintenant une démarche ciblée de changement.

En s'appuyant sur les consultations et les analyses réalisées pour le mandat spécial confié par le gouvernement, le CSBE a choisi de formuler un nombre limité de recommandations visant à amorcer la transformation de la gouvernance du système.

Quatre développements prioritaires sont donc recommandés pour enclencher la transformation attendue :

- 1) Des données sur les résultats pour des soins et services d'hébergement performants ;
- 2) Une offre de services d'hébergement équitable, quel que soit le milieu dans lequel ils sont dispensés ;
- 3) Des soins de santé mieux intégrés dans les milieux de vie ;
- 4) Une stratégie gouvernementale axée sur la valeur en santé.

### **Des données sur les résultats pour des soins et services d'hébergement performants**

La pandémie l'a démontré, il y a urgence d'agir dans les soins et services offerts aux personnes âgées et en particulier dans le secteur de l'hébergement. Les travaux du CSBE ont permis de cerner les principaux enjeux à dénouer dans les milieux d'hébergement :

- Connaître les besoins de la population hébergée dans les milieux d'hébergement ;
- Maintenir à jour l'évaluation des besoins et des résultats pour les résidents ;
- Prévoir et allouer les ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières en fonction des besoins des résidents et des résultats visés pour ces personnes ;
- Assurer un financement prévisible, établi en fonction des besoins et de critères connus et équitables pour les différents milieux d'hébergement, qu'ils soient publics ou privés ;
- Aligner les incitatifs économiques et les mécanismes de suivi sur les résultats pour les résidents ;
- Soutenir l'amélioration continue des pratiques des prestataires des services publics et privés d'hébergement partout au Québec grâce à des outils fondés sur des connaissances à jour et à une rétroaction sur les résultats qu'ils obtiennent auprès de leurs patients ;
- Communiquer aux décideurs centraux et à la population des données agrégées sur les résultats de la qualité des soins et services dans un format normalisé et comparable ;
- Améliorer la prise de décision basée sur les résultats à tous les paliers du système.

À cette fin, le CSBE propose d'adopter un système d'évaluation des résultats jugés importants pour les usagers et des outils d'aide à la décision qui respectent une norme internationale. Rappelons que le Québec dispose déjà d'un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, le système ISO-SMAF. Ce système est utilisé pour la planification des services individuels. Les données produites sont essentiellement exploitées à des fins de reddition de compte administrative. Elles ne sont pas mobilisées lors de la contractualisation avec les fournisseurs privés. Elles ne sont pas non plus valorisées à des fins d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles. Enfin, le système ne permet pas de comparaisons hors Québec. Le CSBE estime que son apport est limité puisqu'il ne mesure pas l'ensemble des indicateurs reconnus de l'état de santé et du bien-être des résidents.

Le système d'évaluation interRAI évoqué précédemment jetterait les bases de l'évolution souhaitée et contribuerait positivement à la résolution des enjeux identifiés. Ce système comprend une instrumentation qui vient orienter, systématiser et appuyer le travail au niveau clinique, de la gestion et de la gouvernance. Il a été implanté avec succès dans plusieurs provinces canadiennes et son exploitation est soutenue par l'Institut canadien d'information en santé. Il bénéficie de plusieurs collaborations scientifiques en continu au Canada et à l'échelle internationale.

Il est suggéré d'amorcer le changement dans le secteur de l'hébergement et ce, dans toutes les catégories de ressources, tant privées que publiques. Le fait de commencer par la population hébergée offre une opportunité de démarrer dans un secteur où les besoins sont relativement circonscrits, où il n'y a pas de systèmes d'information déjà en place et où les gains marginaux sur la valeur aux patients seront très importants. Cette approche permettrait de faire les apprentissages nécessaires et d'ensuite les étendre à tout le continuum de soins et services aux aînés, y compris les soins à domicile.

L'implantation du système interRAI permettrait concrètement de bonifier :

- l'application de protocoles de soins en fonction des besoins des usagers ;
- la comparaison des données sur les résultats dans le temps et avec d'autres organisations et même d'autres États, une telle comparaison étant vue comme un élément qui favorise les gains de performance et l'atteinte de meilleurs résultats ;
- la mesure des résultats des politiques sur la santé et le bien-être de la population hébergée ;
- la capacité du MSSS d'orienter le système à plus long terme.

L'adoption d'un tel système semble un élément fondamental de renouveau et d'amélioration de la gouvernance. Elle permettrait d'ancrer la mise en application des quatre orientations proposées, et de l'asseoir sur des fondements solides. Cette recommandation reconnaît l'importance de disposer d'une information juste sur les résultats des soins et services, un élément essentiel pour gouverner le système en fonction de la valeur.

## **Recommandation 1.**

### **A in de soutenir une organisation et une prestation de soins et services de qualité aux aînés axées sur les résultats, le CSBE recommande :**

QUE LE **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX** adopte un système d'évaluation des résultats en fonction d'une norme internationale reconnue afin de soutenir la prise de décision clinique, organisationnelle et de gouvernance.

QUE LE MINISTÈRE soutienne le déploiement de ce système d'évaluation dans tout le réseau de soutien à l'autonomie des personnes âgées en commençant par les milieux d'hébergement. Ceci implique que le ministère prévoie :

- le développement d'une stratégie de déploiement en collaboration avec les CISSS et CIUSSS ;
- la certification des solutions informatisées pour l'évaluation et la production automatisée de plans de soins et services interdisciplinaires ;
- le soutien financier du déploiement du système d'évaluation (formation, acquisition de licences et outils, postes d'infirmières pour augmenter la fréquence des évaluations) ;
- l'ajustement des modalités de financement en fonction des besoins de services ;
- l'appui des CISSS/CIUSSS dans le développement d'ententes-cadres avec les milieux d'hébergement pour aligner le financement des soins et services d'hébergement en fonction des besoins.

QUE LES ÉTABLISSEMENTS déploient le système d'évaluation dans toutes les installations et ressources d'hébergement de leur territoire. Ceci implique que les CISSS et CIUSSS :

- collaborent au développement de la stratégie de déploiement du système d'évaluation ;
- choisissent une solution informatisée certifiée ;
- développent une stratégie de formation sur la norme choisie et les outils informatisés pour son territoire ;
- planifie, allouent et organisent les ressources, dont les gestionnaires de cas, afin de soutenir l'évaluation des résidents des milieux d'hébergement du territoire ;
- compilent périodiquement les résultats des évaluations de la région et rendent l'information disponible aux gestionnaires des milieux d'hébergement et au ministère ;
- ajustent les enveloppes de financement en fonction des résultats des évaluations et des ententes avec les milieux d'hébergement ;
- analysent l'évolution des résultats dans les milieux d'hébergement et ajustent le soutien qui leur est offert en fonction de ceux-ci.

QUE TOUS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT implantent le système d'évaluation et planifient l'évaluation périodique de tous les résidents. Ceci implique que les milieux d'hébergement :

- disposent et allouent les ressources nécessaires pour effectuer les évaluations périodiques ;
- forment les équipes cliniques désignées à l'évaluation, notamment les infirmières ;
- assurent que les plans de soins soient conformes aux besoins documentés, revus en fonction des réévaluations, communiqués au personnel et suivis afin d'assurer leur mise en œuvre ;
- compilent périodiquement les résultats des évaluations et rendent disponible l'information aux employés et aux gestionnaires du CISSS.

## **Une offre de services d'hébergement équitable, quel que soit le milieu dans lequel ils sont dispensés**

L'offre de services aux aînés est importante et diversifiée. Au moment de notre analyse, elle comprend plus de 2 500 milieux de vie collectifs ou d'hébergement. Il s'agit des CHSLD publics, des CHSLD privés conventionnés, des CHSLD privés, des RI-RTF et des RPA.

Le nombre de places dans les CHSLD est resté plutôt stable et n'a pas suivi la progression des besoins au cours des dernières années. Les établissements ont de plus en plus recours à la location de places d'hébergement dans les RPA pour répondre à des besoins urgents et croissants. Les RPA ne font pas partie du réseau traditionnel des services publics d'hébergement pour les personnes non autonomes et échappent actuellement à l'encadrement que requiert la condition de ces personnes.

Une analyse effectuée à la demande du CSBE indique que le financement des ressources d'hébergement est perçu comme inéquitable : « En effet, selon les structures, le mode de financement se traduit par un tarif identique pour des résidents aux profils différents et par des tarifs différents pour des résidents aux profils semblables. » (HEC Montréal, 2021)

L'analyse du CSBE révèle plusieurs enjeux dans le secteur des milieux de vie collectifs et de l'hébergement :

- L'adaptation de l'offre, des ressources et de l'encadrement des soins et services d'hébergement aux besoins croissants des personnes âgées et à la condition de chaque personne âgée;
- La rapidité de la réponse du système à la demande croissante de places d'hébergement;
- L'élaboration d'ententes normées, y compris des critères de qualité clinique pour des places d'hébergement conformes aux besoins des résidents, et ce, aux mêmes conditions, quel que soit le milieu d'hébergement;
- La responsabilisation des PDG et CA des CISSS/CIUSSS en ce qui a trait à la qualité et aux résultats de santé et de bien être des personnes âgées en milieux d'hébergement dans leur territoire;
- La mesure régulière de la qualité des soins et services et de l'évolution de l'état de santé et du bien-être des résidents en milieu de vie et leur communication aux dirigeants des établissements responsables et au public;
- Le transfert par les PDG des CISSS/CIUSSS des mesures évolutives de santé et bien-être des personnes hébergées sur leur territoire au ministère.

La réponse à ces enjeux cruciaux implique de développer une vision qui tient compte de ce qui est souhaité pour les aînés et leurs proches et l'excellence des soins et services cliniques qui y sont prodigués. L'innovation à cet égard est souhaitable et possible, conduisant par exemple à des mécanismes de financement et de contrôle de la qualité équivalents et tous aussi équitables dans les ressources publiques et privées.

## **Recommandation 2.**

### **Afin d'améliorer l'équité, le financement et la qualité de l'offre de soins et de services d'hébergement, quel que soit le milieu dans lequel ils sont offerts, le CSBE recommande :**

QUE LE GOUVERNEMENT planifie et régule l'offre de services d'hébergement en fonction des résultats attendus et selon un mode de financement équitable, c.-à-d. un tarif identique pour les résidents ayant des profils semblables, quel que soit le milieu;

QUE LE GOUVERNEMENT précise les exigences et les règles explicites de collaboration entre les secteurs public et privé.

## **Des soins de santé mieux intégrés dans les milieux de vie**

Plusieurs personnes rencontrées dans le contexte des consultations ont signalé un manque criant de médecins dans les milieux d'hébergement. Ils ont aussi déploré le manque de stratégies pour y remédier. Les analyses du CSBE ont de plus confirmé que la présence d'infirmières était une condition essentielle à la qualité et la sécurité des soins.

Quelle qu'en soit la cause, la fragilité de l'offre de soins de santé en milieu d'hébergement entraîne un risque accru de transferts évitables vers les urgences des hôpitaux lorsqu'il y a des complications de santé. Ces hospitalisations ont des conséquences importantes sur la dégradation de l'état de ces personnes qui pourraient être évitées si des équipes cliniques suivaient et traitaient les personnes dans leur milieu.

Les analyses du CSBE ont également révélé le manque de continuité entre les soins et services offerts dans les milieux d'hébergement et ceux offerts dans la communauté ou à l'hôpital. Certains milieux font néanmoins un excellent travail pour créer des ponts entre les GMF, les CLSC, les hôpitaux et les services d'hébergement. Ces initiatives auraient beaucoup plus d'impact si elles étaient plus répandues et mieux soutenues.

Le CSBE estime qu'il est opportun de miser sur la créativité et la capacité d'innovation des milieux au niveau local pour renforcer l'intégration des soins de santé en milieu de vie. L'idée ici est de soutenir une action locale forte, appuyée sur les données probantes et orientée vers l'atteinte des meilleurs résultats, en permettant aux équipes interdisciplinaires de se former, de s'entraider et de se comparer pour améliorer leur performance.

### **Recommandation 3.**

#### **Afin d'améliorer la couverture de soins de santé dans les milieux d'hébergement et d'accélérer l'intégration des soins et services aux aînés, le CSBE recommande :**

QUE LE MINISTÈRE lance un appel à solutions concertées visant à rehausser la prestation des soins de santé et de services sociaux dans les milieux de vie et à renforcer leur coordination avec les services d'hébergement en milieu de vie.

Ceci implique que le MSSS :

- désigne un responsable de la gestion de l'initiative ;
- définit clairement les objectifs et les cibles de résultats à rencontrer ;
- soutienne financièrement l'élaboration des propositions, l'instrumentation et la mise en œuvre des propositions gagnantes ;
- ait adopté un système d'évaluation des besoins des personnes hébergées ;
- assiste les prestataires dans la détermination de mécanismes de financement appropriés pour encourager le travail collaboratif et interdisciplinaire ;
- mesure la qualité et les résultats sur la santé et le bien-être des résidents impliqués dans le cadre de ces projets ;
- confie à une équipe de chercheurs indépendants la responsabilité d'évaluer l'initiative et d'assurer un soutien aux différents projets sur le plan des connaissances et de la production de données probantes ;

ET QUE LES PRESTATAIRES

- adoptent le système d'évaluation axé sur les résultats ;
- s'engagent à appliquer les meilleures pratiques en fonction des besoins des usagers et des particularités de leur contexte spécifique ;
- partagent les rôles et les tâches pour que chaque intervenant soit en mesure de mettre en application le plein éventail des expertises disponibles ;
- proposent des moyens novateurs de soutenir financièrement la collaboration entre les milieux ;
- acceptent de partager leurs pratiques, leurs apprentissages et leurs résultats dans une optique d'amélioration continue et de généralisation.

L'appel à solutions interpelle au premier chef les innovateurs des milieux locaux, c.-à-d. CHSLD, CLSC, GMF, hôpitaux, etc. Ils devront obtenir l'appui et la collaboration de leur CISSS/CIUSSS d'appartenance. Une concertation avec le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux sera également nécessaire afin de valoriser l'ensemble des expertises, approches et partenariats pertinents en plus de favoriser la diffusion et l'accroissement d'échelle des solutions mises au point.

Ce chantier s'inscrit dans la volonté gouvernementale de décentralisation. Il offre l'avantage d'être faisable rapidement dans le cadre des structures actuelles, de mieux travailler avec les moyens que nous avons déjà et de mettre le système en mode apprenant.

## **Une stratégie gouvernementale axée sur la valeur en santé**

Les constats du présent rapport révèlent que le système public de santé et de services sociaux québécois, qui a eu 50 ans en 2020, est confronté à des défis importants et peine à apporter les améliorations qui s'imposent.

L'analyse de la gouvernance du système de santé et des services sociaux révèle en effet que les mécanismes de gouvernance actuels ou en vigueur sont peu compatibles avec l'amélioration de la valeur aux usagers, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de la population compte tenu des ressources consenties. L'hypothèse selon laquelle des priorités centrées uniquement sur l'amélioration de l'accès produiront des gains de performance et de santé ne se vérifie pas dans la réalité.

Le moment est venu pour les autorités gouvernementales de reconsidérer l'orientation stratégique du système de santé. Il est impératif de mieux utiliser les ressources et les redéployer en fonction des besoins évolutifs de la population afin d'améliorer leur rendement et répondre aux attentes légitimes des citoyens. Il faut notamment mieux s'adapter aux exigences que pose déjà – et que posera de plus en plus – la transition démographique.

Le Québec a à son crédit de nombreux succès dans plusieurs secteurs de son économie. Il a une vaste expérience en matière de concertation sur le plan des politiques et il a souvent innové. L'efficacité exemplaire démontrée récemment dans le programme de vaccination démontre bien que le Québec est en mesure de briller parmi les meilleurs. Il doit maintenant s'attaquer à la modernisation de son système de santé et services sociaux.

Le CSBE est d'avis que pour relever les défis auxquels est confronté le système de santé, certaines conditions de réussite devront être réunies :

- Un plan stratégique ministériel orienté sur la mission du système, c.-à-d. optimiser les gains de santé et de bien-être de la population à la hauteur des ressources consenties.
- Un ministère qui se concentre sur une gouvernance axée sur les résultats du système et qui soutient les CISSS/CIUSSS et l'ensemble des intervenants et prestataires de soins et services dans l'amélioration de leur performance.
- Une offre de soins et services organisée en continuum de soins pour répondre aux besoins de santé par catégorie de patient ayant des besoins similaires.
- Une allocation équitable des ressources qui tient compte des besoins de tous les segments de la population et des valeurs fondamentales de la société.
- Des ressources humaines, financières et matérielles allouées en fonction de l'évolution des besoins de la population et non en fonction des structures existantes.
- Des données cliniques et administratives de qualité, alignées sur des standards internationaux qui soutiennent la prise de décision à tous les paliers et la comparaison avec les meilleurs.

- Un suivi de la performance orienté sur la valeur produite par le système et les gains en matière de santé et bien-être.
- Des informations transparentes qui suscitent l'amélioration de la performance.

Une telle transformation ne pourra se faire que si elle fait l'objet d'une volonté claire, portée au plus haut niveau du gouvernement.

#### **Recommandation 4.**

#### **En vue d'améliorer les résultats de santé et de bien-être de toute la population et d'optimiser l'ensemble des ressources publiques investies, le CSBE recommande :**

QUE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC mandate un groupe de travail afin de produire un plan national visant à doter le Québec d'un système de santé axé sur la valeur. Le groupe de travail devrait réunir tous les ministères, les organismes et les différents partenaires de la société civile dont les décisions influencent la performance du système. Ce plan devra préciser :

- la vision, les orientations et les stratégies d'ensemble;
- les obstacles institutionnels qui freinent l'évolution souhaitée;
- les enjeux stratégiques prioritaires sur lesquels devrait porter la transformation d'ici 2030;
- les politiques interministérielles et intersectorielles axées sur l'innovation et la création de valeur;
- les objectifs et cibles de résultats attendus de la transformation.

QUE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX élabore un plan d'implantation d'un réseau de santé et de services sociaux axé sur la valeur qui prévoit :

- une vision et des orientations précises sur l'amélioration des résultats en matière de santé et bien-être à partir des ressources humaines, financières et matérielles disponibles;
- des objectifs de résultats pour différents groupes de population dont les besoins sont prioritaires;
- une stratégie de mobilisation des ressources qui devront être allouées ou, dans certains cas, réallouées en fonction des objectifs de transformation;
- l'infrastructure informationnelle permettant la circulation des données pertinentes et de qualité à travers tout le système;
- la détermination des résultats mesurables.

QUE LE GOUVERNEMENT approuve le plan d'implantation proposé par le ministre de la Santé;

QUE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX rende compte annuellement à l'Assemblée nationale de l'évolution de la mise en œuvre du plan et de l'évolution des résultats obtenus.

#### **La contribution du CSBE**

Le CSBE entend continuer à partager et promouvoir la vision de la santé axée sur la valeur. Celle-ci se retrouve d'ailleurs au cœur de son plan stratégique 2021-2025. Plus particulièrement, dans la perspective de révéler les améliorations et les innovations institutionnelles possibles pour une société plus en santé, les actions du CSBE viseront à :

- 1) informer le ministre de la Santé et des Services sociaux et la population sur le contexte, les enjeux, la performance du système de santé et des services sociaux et conseiller sur les choix qui s'imposent afin d'améliorer la performance du système;

- 2) soutenir l'adaptabilité continue du système de santé et des services sociaux en contribuant notamment à :
- identifier et débloquer les barrières systémiques à l'innovation ;
  - encourager la participation citoyenne ;
  - soutenir le passage à l'action en valorisant une prise en compte des enjeux éthiques dans ses recommandations.

À court terme, la priorité continuera d'être accordée à la santé et au bien-être des aînés. Le point de vue citoyen sera particulièrement valorisé dans ce contexte. L'approche du CSBE ouvre en effet la voie à une participation accrue des citoyens à la gouvernance et à l'amélioration continue du système.

Le nouveau mandat sur les soins à domicile, annoncé par le premier ministre pour le CSBE, lors du discours inaugural du 19 octobre 2021, sera central dans notre programme de travail. Il fournira l'occasion de participer à l'établissement d'interventions et de domaines d'action pour appuyer le changement axé sur la valeur. Il permettra ainsi de stimuler la recherche de solutions et la mise en œuvre d'initiatives pour favoriser une intégration de l'ensemble des soins et services pour et par les PA et leurs proches et ce tout au long de la trajectoire de vie. Parmi les rôles du CSBE, l'évaluation de la performance des services et l'analyse des approches novatrices, tout comme la traduction des expérimentations et leurs résultats en implications pour les politiques publiques, seront considérés.

Le CSBE entend continuer à soulever les barrières systémiques qui nuisent à l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux québécois. Par ces analyses, le CSBE travaillera à l'identification des distorsions ou barrières structurelles et systémiques au changement.

C'est ainsi que le CSBE entend jouer pleinement son rôle en éclairant le débat public et la prise de décision gouvernementale pour favoriser l'équité, l'agilité, la performance et la pérennité du système.

## CONCLUSION

Les analyses du CSBE suggèrent que le gouvernement doit renouveler sa vision du système de santé et de services sociaux. Cette nouvelle vision devrait favoriser le passage d'un système fortement hiérarchisé axé sur des considérations de production à court terme vers un véritable système innovant et apprenant, capable de maîtriser les grandes vulnérabilités que nous avons décrites dans ce rapport et de se recentrer sur la production de résultats mesurables, jugés les plus importants par et pour la population québécoise.

L'adoption de la vision d'un système de santé axé sur la valeur pourrait canaliser cette ambition collective de mieux servir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population tout en permettant une optimisation des ressources consenties. Il s'agit d'un changement important, certes, mais qui est déjà perceptible dans plusieurs organisations québécoises tout comme ailleurs au Canada et dans le monde. En misant sur les connaissances, sur l'engagement de ses ressources humaines, sur la modernisation des systèmes d'information, sur la valorisation de l'innovation sous toutes ses formes et sur une gouvernance renouvelée, le CSBE considère que cet objectif est à la portée du Québec.

Au terme de son évaluation de la réponse gouvernementale à la première vague de la pandémie, le CSBE estime que le système public de santé et de services sociaux qui nous a été légué par nos aînés il y a 50 ans a, à son tour, besoin de « soins ». L'après-pandémie offre un moment privilégié pour mobiliser l'ensemble des forces vives et toute l'expertise nécessaire dans une réflexion de fond sur le rétablissement et la transformation du système de santé et services sociaux et de sa gouvernance.

Les propositions mises de l'avant dans ce rapport devraient être considérées comme point de départ pour lancer cette réflexion. Celle-ci devra être initiée et portée, de l'avis du CSBE, au plus haut niveau stratégique du gouvernement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit lui-même se transformer et devra être appuyé pour y arriver.

La réflexion sur l'évolution du système est non seulement souhaitable, elle est absolument nécessaire pour assurer sa viabilité. Le gouvernement devrait y convier les leaders des institutions publiques, des professions de la santé et des services sociaux ainsi que des experts des divers secteurs d'expertise qui peuvent enrichir les débats et soumettre des idées nouvelles. La participation des citoyens et des partenaires de la société civile sera aussi essentielle, afin d'aligner les nouvelles directions sur les consensus qui émanent des valeurs de la collectivité québécoise.

Différents modèles sont expérimentés dans différentes juridictions afin de moderniser la gouvernance du système de santé. Ces modèles n'offrent pas de solution magique, mais on peut en tirer des enseignements précieux pour innover et ainsi relever plus efficacement les nombreux défis que pose au système de santé l'adaptation à des besoins et à un contexte en évolution rapide. Le CSBE entend continuer à se pencher sur ces questions, et contribuer ainsi à éclairer le débat public et le gouvernement dans sa responsabilité de faire les choix nécessaires.

## ANNEXE A – PORTRAIT DES MILIEUX DE VIE

Portrait des milieux de vie au Québec					
Milieux de vie	CHSLD			RI-RTF	RPA
	publics	privés conventionnés	privés non conventionnés		
<b>Description</b>	Établissement de santé qui offre un milieu de vie substitut avec divers services 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 support de leurs proches.			Ressource d'hébergement qui offre un milieu de vie substitut avec divers services qui viennent compléter les services offerts par un Centre intégré aux adultes dont l'état de santé le requiert.	Immeuble d'habitation collective occupé principalement par des aînés et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services.  Il existe deux types de RPA : avec unités de soins et sans unités de soins
<b>Clientèle</b>	Lourde perte d'autonomie			Cinq principales catégories, dont celle liée à la perte d'autonomie due au vieillissement (aînés semi-autonomes)	Aînés autonomes et semi-autonomes.
<b>Soins et services</b>	Services d'hébergement; services d'alimentation et de nutrition; soins infirmiers; soins médicaux; soins pharmaceutiques; services d'animation-loisirs; services de pastorale; services d'adaptation et de réadaptation; services psychosociaux; services d'hygiène, de salubrité et de lavage.  Les services offerts doivent répondre aux besoins des usagers.			Milieu de vie adéquat et chaleureux; entretien du milieu de vie; service de repas; entretien des vêtements; hygiène de l'usager; soutien et assistance à l'usager dans les activités de la vie courante; etc.  Les services offerts doivent répondre aux besoins des usagers.	Location d'une chambre ou d'un logement et différents services dans au moins deux des catégories suivantes: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs.
<b>Gestion</b>	Public	Privé	Privé	Privé	Privé
<b>Financement</b>	Public (dont une partie provient indirectement de la contribution des personnes hébergées).	Public (dont une partie provient indirectement de la contribution des personnes hébergées).  Le financement est convenu par convention avec le MSSS.	Exclusivement à partir de la contribution des personnes hébergées.  Possibilité d'une entente public-privé (achat de places par le réseau public)	Public (dont une partie provient indirectement de la contribution des personnes hébergées).	Exclusivement à partir de la contribution des personnes hébergées.  Possibilité d'une entente public-privé (achat de places par le réseau public)
<b>Ressources humaines</b>	Personnel employé par le Centre intégré.  Contrats avec des agences de placement privées.	Personnel employé par le CHSLD.  Contrats avec des agences de placement privées.	Personnel employé par le CHSLD.  Contrats avec des agences de placement privées.	Personnel employé par la ressource	Employé par la RPA.  Contrats avec des agences de placement privées.
<b>Permis</b>	Délivré par le MSSS.			Ententes avec le MSSS et un CISSS/CIUSSS	Certification du CISSS/CIUSSS

## ANNEXE B – INDICATEURS DE L'ENTENTE DE GESTION

	Nom de l'indicateur par domaine	Résultats / ensemble du Québec	Engagement ou cible / ensemble du Québec	Atteinte de la cible* (%)
<b>Direction générale de la santé publique (DGSP)</b> <b>Santé publique</b>	1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	69,1 %	82,7 %	84 %
	1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	92,7 %	91,9 %	101 %
	1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	49 514	44 031	112 %
	1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire	71,8 %	77,5 %	93 %
	1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 <sup>e</sup> année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	28,0 %	90,0 %	31 %
	1.01.31-EG2 Proportion d'activités de counseling post-test ITSS avec ou sans intervention préventive réalisées auprès des clientèles vulnérables par les SIDEPS	65,8 %	ND	ND
	1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (RRO-Var) dans les délais (anciennement 1.01.15)	78,4 %	88,5 %	88,6 %
<b>Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>	1.01.19.02-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la pénicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	71,6 %	100,0 %	71,6 %
	1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,1 %	79,9 %	88 %
	1.01.19.01-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	90,9 %	100,0 %	91 %

	Nom de l'indicateur par domaine	Résultats / ensemble du Québec	Engagement ou cible / ensemble du Québec	Atteinte de la cible* (%)
<b>Services généraux – Activités cliniques et d'aide</b>	1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	34,6 %	80,0 %	43 %
<b>Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC). Déficiences</b>	1.05.15-EG2 Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	155,58	90	-73 %
	1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	83,8 %	90,0 %	93,1 %
	1.45.45.05-PS Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais.	79,6 %	90,0 %	88,4 %
	1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	73,0 %	90,0 %	81,1 %
	1.47 – PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.	17 084	15 786	108,2 %
	1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	85,6 %	NA	NA
	1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	83,7 %	90,0 %	93,0 %
	1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	91,4 %	90,0 %	102 %

	Nom de l'indicateur par domaine	Résultats / ensemble du Québec	Engagement ou cible / ensemble du Québec	Atteinte de la cible* (%)
<b>Dépendances</b>	1.07.06-EG2 Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	90,6 %	90,0 %	101 %
	1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	70 340	53 274	132 %
	1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	0,892	0,89	100 %
<b>Santé mentale</b>	1.08.16 – PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale.	20 639	11 530	-79 %
<b>Multiprogrammes</b>	7.02.00-EG2 Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	64,0 %	100,0 %	64,0 %
<b>Santé physique</b>	1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	23,5 %	NA	NA
<b>Santé physique – Urgence</b>	1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,25	10,13	-51 %
	1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	173	145	-19 %
	1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	58,8 %	NA	NA
	1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	57,1 %	NA	NA
<b>Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)</b>	1.09.45-EG2 Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	945	856	-10,4 %
	1.09.05-EG2 Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	23 389	24 663	94,8 %
	1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	22,2 %	18,5 %	120,0 %
<b>Santé physique – Chirurgie</b>	1.09.32.10-PS Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	24 713	13 480	-83,3 %
	1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	3 701	0	NA

	Nom de l'indicateur par domaine	Résultats / ensemble du Québec	Engagement ou cible / ensemble du Québec	Atteinte de la cible* (%)
<b>Santé physique – Services de première ligne</b>	1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	81,17 %	Le plan mentionne 85 % (ND)	ND
	1.09.48-EG2 Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	52	52	100,0 %
	1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	5 326 237	5 324 723	100,0 %
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>	1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'exams électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	81,8 %	98,1 %	83,4 %
	1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'exams électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	63,5 %	NA	NA
	1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'exams électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	61,7 %	90,3 %	68,3 %
<b>Santé physique – Cancérologie</b>	1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	91,9 %	100,0 %	91,9 %
	1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	64,7 %	90,0 %	71,9 %
<b>Santé physique – Services spécialisés</b>	1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	65,6 %	75,1 %	87,35 %
<b>Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement (DGILEA) Ressources matérielles</b>	2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyenne des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	93,8 %	100,0 %	93,8 %

	Nom de l'indicateur par domaine	Résultats / ensemble du Québec	Engagement ou cible / ensemble du Québec	Atteinte de la cible* (%)
<b>Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)</b> <b>Ressources humaines</b>	3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,3	4,38	-21,0 %
	3.05.03-PS Ratio de présence au travail	90,1 %	90,2 %	99,9 %
<b>Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)</b> <b>Soutien à domicile (SAD) de longue durée</b>	1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	21 419 892	18 938 417	113,1 %
	1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	152 295	NA	NA
	1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	73,0 %	NA	NA
	1.03.18-EG2 Pourcentage des usagers actifs recevant des services de soutien à domicile longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP, DI-TSA et santé physique (maladies chroniques)) à une date déterminée	68,1 %	ND	ND
	1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	22 688 416	ND	ND
	1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	369 524	ND	ND
	1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	73,0 %	NA	NA

	Nom de l'indicateur par domaine	Résultats / ensemble du Québec	Engagement ou cible / ensemble du Québec	Atteinte de la cible* (%)
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)</b>	1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	77,3 %	85,0 %	90,9 %
	1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	87,7 %	95,0 %	92,3 %
	1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	NA	NA	NA
	1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	NA	NA	NA
	1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	NA	NA	NA
	1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	NA	NA	NA

\* Calcul du CSBE

Source : Système d'information décisionnel (SID). Indicateurs des ententes de gestion.

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Relation entre l'espérance de vie et les dépenses en santé .....	22
Figure 2	Cadre d'analyse de la performance du système de santé et des services sociaux du CSBE .....	23
Figure 3	Normes de l'ICHOM pour les personnes âgées .....	25
Figure 4	Cadre d'analyse de la performance du système de santé et des services sociaux du CSBE .....	28
Figure 5	Organisation du secteur de l'hébergement pour aînés .....	29
Figure 6	Survie annuelle des résidents en CHSLD de 2016 à 2020 en zone rouge.....	34
Figure 7	Répartition des installations selon la présence de cas confirmés et de décès associés à la COVID-19 dans les milieux de soins destinés aux personnes âgées au cours de la première vague (du 25 février 2020 au 11 juillet 2020), selon la catégorie de RTS.....	35
Figure 8	Taux de positivité selon la date et le groupe d'âge au Québec pendant la première vague.....	38
Figure 9	Nombre quotidien de cas de COVID-19 chez les travailleurs de la santé selon les lieux d'emploi en régions rouges .....	44
Figure 10	Taux d'absentéisme pour absence à long terme chez les infirmières et les PAB travaillant en CHSLD .....	45
Figure 11	Pourcentage (%) des heures totales travaillées en temps supplémentaire et par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) par les salariés en soins infirmiers et en soins d'assistance en CHSLD .....	46
Figure 12	Pourcentage (%) des heures totales travaillées en temps complet régulier par les salariés en soins infirmiers et en soins d'assistance en CHSLD .....	47
Figure 13	Variation du taux d'utilisation des soins et services de proximité chez les personnes de 65 ans et plus par 1000 habitants de ce groupe d'âge, entre la première vague de COVID-19 (25 février au 11 juillet 2020) et la même période en 2019, selon la zone d'exposition .....	49
Figure 14	Variation du taux d'utilisation des soins et services spécialisés chez les personnes de 65 ans et plus par 1 000 habitants de ce groupe d'âge, entre la première vague de COVID-19 (25 février au 11 juillet 2020) et la même période en 2019, selon la zone d'exposition .....	51
Figure 15	Espérance de vie, Québec, Canada et certaines provinces, 2010-2012 à 2015-2017 .....	53
Figure 16	Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Québec, 1980-1982 à 2015-2017 .....	54
Figure 17	Proportion estimée de personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus occupant les différents milieux de vie ou se trouvant à domicile, Québec, 2019-2020 .....	55

<b>Figure 18</b>	<b>Nombre de personnes hébergées en CHSLD (1) selon leur profil lors de l'évaluation la plus récente au dossier (2), Québec, 2015-2016 à 2019-2020.....</b>	<b>57</b>
<b>Figure 19</b>	<b>Indice de base 100 des dépenses totales ou par allocation de fonds du gouvernement du Québec pour les 65 ans et plus (\$ constants de 2010) et de sa population de 2010 à 2018 .....</b>	<b>59</b>
<b>Figure 20</b>	<b>Indice de base 100 du nombre de places en hébergement ou milieu de vie et de la population de 75 ans et plus, au Québec de 2015 à 2020.....</b>	<b>61</b>
<b>Figure 21</b>	<b>Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée des résidents de CHSLD pour 100 lits dressés en CHSLD, années financières 2015-2016 à 2019-2020.....</b>	<b>64</b>
<b>Figure 22</b>	<b>Heures totales d'absences long terme, pour motif de CNESST et d'assurance salaire chez les salariés en soins infirmiers et soins d'assistance en CHSLD (CA 6060 et 6160) selon l'année financière.....</b>	<b>65</b>
<b>Figure 23</b>	<b>Heures totales travaillées en temps supplémentaire dans le programme SAPA en CHSLD (publics et privés conventionnés) en soins infirmiers et en soins d'assistance (CA 6060 et 6160).....</b>	<b>67</b>
<b>Figure 24</b>	<b>Heures totales travaillées par de la MOI et par le personnel régulier dans le programme SAPA pour les soins infirmiers et les soins d'assistance en CHSLD (CA 6060 ET 6160) .....</b>	<b>68</b>
<b>Figure 25</b>	<b>Structure du système de santé et de services sociaux .....</b>	<b>116</b>
<b>Figure 26</b>	<b>Structure des services d'hébergement pour aînés .....</b>	<b>117</b>
<b>Figure 27</b>	<b>Cycles d'agrément 2018-2023.....</b>	<b>126</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Incidence de cas et de décès en milieu de vie par zone d'exposition à la COVID-19.....	33
Tableau 2	Décès et hospitalisations pour la COVID-19 durant les huit semaines suivant le premier décès au Québec et dans des États comparables .....	36
Tableau 3	Comparaison des décès selon les milieux de vie sur une période de 30 jours équivalente, au début des première et deuxième vagues respectivement.....	39
Tableau 4	Facteurs associés à la mortalité due à la COVID-19 dans 17 CHSLD de Montréal, lors de la première vague (résultats du modèle de régression logistique à effets mixtes) .....	41
Tableau 5	Résumé des constats observés sur les facteurs associés à la propagation et les décès liés à la COVID-19 dans la littérature.....	42
Tableau 6	Répartition des entrevues individuelles et de groupe selon la catégorie d'acteurs rencontrés .....	71
Tableau 7	Offre de services en CHSLD .....	118
Tableau 8	Comparatif des coûts et revenus des milieux d'hébergement pour personnes âgées.....	120
Tableau 9	Sommaire des indicateurs par direction et selon la nature des indicateurs.....	124
Tableau 10	Critères à priorité élevée ayant obtenu un pourcentage moyen de conformité à risque pour la moyenne des établissements publics .....	128
Tableau 11	Critères de qualité et taux de conformité – Résultats pour le Québec .....	131
Tableau 12	Critères d'obtention de la certification de conformité des résidences pour personnes âgées.....	134
Tableau 13	Modalités de financement des prestataires .....	139

## BIBLIOGRAPHIE

- Alkhaffaf, M. et Almomani, H. (2021). *Role of intelligent technology in crises management : systematic literature review of the case of corona virus. The Effect of Coronavirus Disease (COVID-19) on Business Intelligence.*
- Benoit, Y. et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). *Rapport d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée.* Gouvernement du Québec.
- Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*, 320(21), 1424-1425.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. et Whittington, J. (2008). The Triple Aim : Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Bluett, L. (2008). Recruitment & Retention Report : self-scheduling : facilitate, don't control. *Nursing Management*, 39(6), 12-15.
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Burgers, J. et Grol, R. (2014). Involving patients in setting priorities for healthcare improvement : a cluster randomized trial. *Implement Science*, 9(24).
- Bostick, J. E., Rantz, M.J., Flesner, M.K. et Riggs, C.J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6).
- Boulay, P. (2019). *Rapport d'investigation du coroner, Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès à l'intention des familles, des proches et des organismes pour la protection de la vie humaine concernant le décès de Roger Brabant.* Bureau du Coroner. Bureau du Coroner. 2019-03032.
- Breton, M., Nji, P.W., Belzile, L., Guillette, M., Gagnon, D., Couturier, Y. et Denis, J-L. (2017). What does one learn from the implementation of a mandated integrated network for older adults across three different settings in Quebec. *International Journal of Integrated Care*, 17(3).
- Brinkerhoff, D. (2003). *Accountability and Health Systems : Overview, Framework, and Strategies.* Partners for Health Reformplus Project, abt Associates Inc.
- Brun, H., Tremblay, G. et Brouillet, E. (2008). *Droit constitutionnel.* Cowansville.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. et Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe : characteristics, effectiveness, and implementation of different strategies.* Chapter 3 : Measuring healthcare quality.
- Carney, M. (2021). *Values : Building a Better World for All.* Signal.
- Centrale des syndicats (CSQ) et Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ). (2020). *Enquête sur la performance des soins aux aînés/COVID-19 : un drame social évitable qui confirme l'importance du rôle de l'État.* Avis présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre du mandat sur la performance du système de santé et de services sociaux effectué en période d'état d'urgence sanitaire (COVID-19). <https://www.siiial.com/enquete-sur-la-performance-des-soins-aux-ainescovid-19/>
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval. (2019). *Critères d'admission pour être admis en ressource intermédiaire ou CHSLD.*
- Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. 12
- Clavet, N.-J., Décarie, Y., Hébert, R., Michaud, P.-C., Naveaux, J. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins.* Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels.

Code civil du Québec, RLRQ, C. CCQ-1991.

Code des professions, RLRQ, c. C-26

Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). (2021). *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pendant la première vague de la pandémie de COVID-19.*

Comité des politiques publiques et de la santé et Bureau des politiques de la santé. (2012). *L'art et la science pour des soins de santé de grande qualité : 10 principes qui favorisent l'amélioration de la qualité.* Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2021). *Revue documentaire des cadres d'analyse de la valeur et de la performance du système de santé.* Gouvernement du Québec.

Commission de la santé et des services sociaux. (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : observations, conclusions et recommandations.* Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec.

Conrad, D. A. et Shortell, S. M. (1996). Integrated Health Systems : promise and performance. *Frontiers of Health Services Management, 13(1)*, 3-40.

Conseil des technologies de l'information et des communications (CTIC). (2009). *Health informatics and health information management : human resources report.*

Couturier, Y., Bonin, L., et Belzile, L. (2016). *L'intégration des services de santé : une approche populationnelle.* Les Presses de l'Université de Montréal.

Curtis, J. R., Sathitratanaheewin, S., Starks, H., Lee, R.Y., Kross, E.K., Downey, L., Sibley, J., Lober, W., Loggers, E.T., Fausto, J.A., Lindvall, C. et Engelberg, R.A. (2018). Using electronic health records for quality measurement and accountability in care of the seriously ill : opportunities and challenges. *Journal of Palliative Medicine.*

Décret 1347-2020, 2020, 52 G.O. II, 5513.

Denis, J.-L. (2014). L'obligation de rendre compte dans les organisation et systèmes de santé. *Politiques de Santé, 10(SP)*, 10-11.

Drennan, V., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M. et West, P. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing : can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Publishing Group.*

Dubois, C.-A. (2020). *COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels.* Cirano.

Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : The Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 42(2)*.

Duchaine, G., Gagnon, K. et Carrier, L. (2021). Un établissement sur cinq pris en défaut. *La Presse.*

Emanuel, E. J. et Emanuel, L. L. (1996). What is accountability in health care? *American College of Physicians Journals, Annals of Internal Medicine, 124(2)*, 229-239.

Enns, V., Currie, S. et Wang, J. (2014). Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing Outlook, 63(3)*, 269-277.

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). (2019). *Prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD*. <https://www.fmoq.org/pratique/ententes/entente-sur-le-suivi-des-patients-en-chsld/>
- Fortin, J. P. (2013). *Les systèmes DSQ, DMÉ, DCI et DPÉ font-ils partie des solutions pour améliorer la communication?* Communication présentée dans le cadre du colloque « La communication au cœur de la e-santé », Montréal. Regroupement stratégique de recherche sur les TIC et la santé.
- Fungcharoen, G. (2018). *Scheduling Autonomy for Nursing Staff Retention* (Mémoire de maîtrise). University of San Francisco.
- Gagnon, S. (2020). *Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R. et Connangle, S. (2009). Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Management et Avenir*, 6(26), 205-218.
- Giri, S., Chenn, L.M., Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing Homes during the COVID-19 pandemic : a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine*, 12(6), 1127-1136.
- Goodman, C., Ross, F., Mackenzie, A. et Vernon, S. (2003). A portrait of district nursing : its contribution to primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 97-108.
- Greer, S. L., Wismar, M., Figueras, J. (2016). *Strengthening health system governance, better policies, stronger performance*. Maidenhead : Open University Press, McGraw-Hill House.
- Han, Y. et Hong, S. (2016). The impact of accountability on organizational performance in the U.S. federal government : the moderating role of autonomy. *Review of Public Personnel Administration*, 39(1), 3-23.
- Harrington, C., Zimmerman, D. Karon, S.L., Robinson, J. et Beutel, P. (2000). Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *The Journals of Gerontology : Series B*, 55(5), S278-S287.
- Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge. (2019). *Conseil de l'âge. Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*.
- Hébert, R. (2021). *Réformer les soins et services offerts aux personnes âgées au Québec*. Options Politiques. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/may-2021/reformer-les-soins-et-les-services-offerts-aux-personnes-agees-au-quebec/>
- Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M. et PRISMA. (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Edisem.
- Hébert, R. (2016). L'intégration des services aux personnes âgées : une transformation encore inachevée. *Le Point en santé et services sociaux*, 12(3), 26-32.
- Sponem, S., Lambert, C., Allain, É., Fortin, A.H., Pellegrino, C. et Fayolle, V. (2021). *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*. Pôle Santé HEC Montréal.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550824763.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020a). *État des pratiques : Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès*. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_INESSS\\_EP\\_Portrait\\_cohorte\\_COVID.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_EP_Portrait_cohorte_COVID.pdf)

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020b). *Suivi de l'évolution de l'épidémie de COVID-19 et des besoins hospitaliers au Québec*.
- Jamtvedt, G., Flottorp, S., Ivers, N. (2019). *Audit and feedback as a quality strategy. Improving healthcare quality in Europe : characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549284/>
- Kruse, C. S., Mileski, M., Vijaykumar, A.G., Viswanathan, S.V., Suskandla, U. et Chidambaram, Y. (2017). Impact of electronic health records on long-term care facilities : systematic review. *JMIR Publications*, 5(3). <https://doi.org/10.2196/medinform.7958>
- Laverdière, M. (2018). L'exercice d'une profession de la santé et le droit professionnel. Dans Bourassa Forcier, M. et Savard, A.M. (dir.), *Droit et Politiques de la santé* (2<sup>e</sup> éd., par. 7-73). LexisNexis Canada.
- Largenté, L. (2018). Gestion des risques dans les établissements de santé au Québec. Dans Bourassa Forcier, M. et Savard, A.M. (dir.), *Droit et Politiques de la santé* (2<sup>e</sup> éd.). LexisNexis Canada.
- Lessard, S. et Leclerc, B. S. (2017). New knowledge and research needs for end-of-life care among elderly persons in long-term care settings. *Journal of Ageing Research and Healthcare*, 1(4), 15-26.
- Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, RLRQ, c. P-9.0001.
- Loi concernant principalement la nomination et le mandat des coroners et du coroner en chef*, L.Q. 2020, c. 20
- Loi modifiant la Loi sur les infirmières et infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, L.Q. 2020, c. 6.
- Loi sur l'administration publique*, RLRQ, art. 1, 2, 11 et 26
- Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29
- Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, c. A-28
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, RLRQ, c. R-0.2
- Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1
- Loi sur les services de santé et services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2
- Loi sur les infirmières et infirmiers*, RLRQ, c. I-8.
- Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés*, L.Q. 2020, c. 24
- MacPhee, M. et Svendsen Borra, L. (2012). *Flexible Work Practices in Nursing*. International Centre for Human Resources in Nursing.
- Maynard, A. (2013). Health care rationing doing it better in public and private health care systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(6), 1103-1127. <https://doi.org/10.1215/03616878-2373157>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *L'architecture des services de santé et des services sociaux – Les programmes-services et les programmes-soutien*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Vieillir et vivre ensemble, Chez soi dans sa communauté, au Québec*.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016a). *Guide d'information – Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016b). *Guide de soutien – à l'intention des établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, 2015-2018*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Plan stratégique 2019-2023 (version 2021)* (Publication no. 20-717-01W, 20-717-02W).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). *Résidences privées pour aînés (RPA)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/personnes-agees/residences-privees-pour-aines/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021a). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent* (Publication no. 20-814-01W).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021b). *Maisons des aînés et alternatives, document d'orientation*.
- Monsen, K. et Deblock, J. (2013). Buurtzorg Nederland. *American Journal of Nursing*, 113(8), 55-59. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000432966.26257.97>
- Nguyen, Q., Goulden, R. et Zhang, S. (2021). *Rapport épidémiologique en soutien aux travaux de la Commissaire à la santé et au bien-être de Québec sur l'évaluation de la performance des soins et des services en milieux de vie pour aînés à la première vague de la COVID-19*.
- OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). (2020). *Infirmières auxiliaires – Partenaires incontournables au plan d'action du Gouvernement dans la deuxième vague de la Covid-19*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission de révision permanente des programmes le 21 octobre 2014.
- Phillips, J., Malliaris, A.P. et Bakerjian, D. (2021). *Nursing and Patient Safety*. Patient Safety Network.
- Plantier, M., Havet, N., Durand, T., Nicolas, C., Amaz, C., Philip, I., Biron, P. et Perrier, L. (2016). Does adoption of electronic health records improve organizational performances of hospital surgical units? Results from the French e-SI (PREPS-SIPS) study. *International Journal of Medical Informatics*, 98, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.12.002>
- Plourde, A. et Pratte, C. (2021). *Les résidences privées pour aîné.e.s au Québec : Portrait d'une industrie milliardaire*. IRIS : 52.
- Porter, M. E. et Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care : creating value-based competition on results*. Harvard business press. Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press.

- Protecteur du citoyen. (2015). *Rapport d'intervention : Intervention au Centre d'hébergement Harricana du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_d\\_intervention/2015\\_rapport\\_intervention/2015-08-21\\_harricana.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/2015_rapport_intervention/2015-08-21_harricana.pdf)
- Protecteur du citoyen. (2016). *Rapport annuel des activités 2015-2016*. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_annuels/rapport-annuel-2015-2016-protecteur.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-2015-2016-protecteur.pdf)
- Protecteur du citoyen. (2016). *Rapport d'intervention : Intervention au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie*. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_d\\_intervention/Intervention-CISSS-gaspesie.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/Intervention-CISSS-gaspesie.pdf)
- Protecteur du citoyen. (2017). *Rapport annuel d'activités 2016-2017*. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_annuels/2016-2017-ra-protecteur.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2016-2017-ra-protecteur.pdf)
- Protecteur du citoyen. (2017). *Rapport d'intervention : Intervention au Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides et auprès du Curateur public du Québec*. [https://www.poltext.org/sites/poltext.org/files/rapportsProtecteurCitoyen/intervention/QC\\_PDC\\_2017-09-06\\_intervention\\_2.pdf](https://www.poltext.org/sites/poltext.org/files/rapportsProtecteurCitoyen/intervention/QC_PDC_2017-09-06_intervention_2.pdf)
- Protecteur du citoyen. (2019). *Rapport d'intervention : Intervention au Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Saint-Lambert-sur-le-golf*. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_d\\_intervention/rapport-intervention-CHSLD-Saint-Lambert-sur-le-Golf.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/rapport-intervention-CHSLD-Saint-Lambert-sur-le-Golf.pdf)
- Protecteur du citoyen. (2020). *Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission des institutions dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 45*.
- Quine, S. Arendts et Howard, K. (2013). Decision to transfer to an emergency department from residential aged care : A systematic review of qualitative research. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(4), 825-833.
- Rafferty, A.M., Clarke, S.P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. et Aiken, L.H. (2006). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals : cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2).
- Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, RLRQ, c. S-4.2, r. 0.01.
- Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. I-8, r. 15.1.1.1.
- Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens*, DORS/2012-203 (Gaz. Can. II).
- Règlement sur les stupéfiants*, C.R.C., c. 1041.
- Rodriguez, C., Langley, A., Béland, F., et Denis, J. L. (2007). Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network. *Administration & Society*, 39(2), 150-193. <https://doi.org/10.1177%2F0095399706297212>
- Rodríguez, Y.L. et Rojas, D.A. (2012). Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient : revue internationale. *Pratiques et Organisation des Soins*, (43), 205-214.
- Rosengren, Å., Piippo, J., Jeglinsky, I. (2017). Buurtzorg – an innovative model for caring elderly at home. *Online Journal of Ageing*.
- Savoie, D. (2020). *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>.

- Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). (2016). *Plan québécois des infrastructures 2016-2026 : plans annuels de gestion des investissements publics en infrastructures 2016-2017*.
- Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). (2019). *Plan des investissements et des dépenses en ressources informationnelles 2019-2020*. Gouvernement du Québec.
- Stenner, K. et Courtenay, M. (2008). Benefits of nurse prescribing for patients in pain : nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 27-35.
- Tchouaket, É., Kilpatrick, K., Jabbour, M. (2020). Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada : A cost-savings analysis. *Nursing Outlook*, 68(5), 611-625. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.002>
- Usher, S. et Denis, J.-L. (2021). *Modèles de gouvernance des soins et services aux aînés hors Québec, 2021* (non publié)
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K., et Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspective Infirmière*, 13(3), 45-50.
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K. et Tremblay, S. (2020). *Le rôle de préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec*. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.
- Zhang, S. (2021). *Les facteurs institutionnels associés aux infections et à la mortalité COVID-19 en centre d'hébergement pendant la première vague : une analyse de 17 CHSLD à Montréal, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)*.



**Ensemble, identifier,  
proposer, débloquer.**