



ASSEMBLÉE NATIONALE

QUÉBEC

Place aux citoyens

LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les conditions de vie des adultes hébergés en centre
d'hébergement et de soins de longue durée
Mandat d'initiative

DOCUMENT DE CONSULTATION

SEPTEMBRE 2013



DIRECTION DES TRAVAUX PARLEMENTAIRES

Publié par la Direction des travaux parlementaires
de l'Assemblée nationale du Québec
Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires, 3^e étage
Québec (Québec) G1A 1A3

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

Téléphone : 418 643-2722
Télécopie : 418 643-0248
Courrier électronique : csss@assnat.qc.ca

ISBN: 978-2-550-68699-6 (Imprimé)

ISBN: 978-2-550-68700-9 (PDF)

DÉPÔT LÉGAL - BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, SEPTEMBRE 2013

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

Le président

M. Lawrence S. Bergman (D'Arcy-McGee)

La vice-présidente

M^{me} Suzanne Proulx (Sainte-Rose)

Les membres et autre député ayant participé

M^{me} Blais (Saint-Henri–Sainte-Anne)

M. Bolduc (Jean-Talon)

M^{me} Daneault (Groulx)

M^{me} de Santis (Bourassa-Sauvé)

M^{me} Gadoury-Hamelin (Masson)

M. Richer (Argenteuil)

M^{me} Richard (Îles-de-la-Madeleine)

M^{me} Vallée (Gatineau)

Secrétaire de la Commission

M. Mathew Lagacé

Agentes de recherche

M^{me} Hélène Bergeron

M^{me} Julie Paradis

Adjointe à la rédaction et révision linguistique

M^{me} Danielle Simard

Agente de secrétariat

M^{me} Claire Vigneault

Table des matières

Introduction	1
Les assises légales, la politique et les orientations ministérielles.....	3
Les assises légales	3
La Politique de la santé et du bien-être et les orientations ministérielles.....	4
L'état de situation	6
Les types de CHSLD	6
L'accès à un CHSLD	7
Les coûts et les tarifs.....	8
Les résidents	9
Le personnel.....	10
Les défis	12
L'accessibilité	12
Le financement.....	13
L'organisation physique.....	14
Les clientèles particulières	15
Les proches aidants	15
Les services et les soins	16
Le suivi de la qualité des services et des soins	17
L'organisation du travail	18
La formation du personnel	19
Conclusion	21
Annexe I	22
Annexe II	23
Annexe III	24
Annexe IV.....	25
Annexe V.....	26
Annexe VI.....	27

Introduction

Au cours des dernières années, l'organisation des services et des soins aux personnes âgées a fait l'objet de beaucoup d'attention. En adoptant la politique de soutien à domicile, *Chez soi : le premier choix*, les pouvoirs publics privilégiaient le domicile comme premier lieu de prestation de services. Ils venaient répondre ainsi au désir des personnes âgées en perte d'autonomie de vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel.

Toutefois, malgré l'accès à des services de maintien à domicile et le soutien de leur entourage, plusieurs personnes dont l'état de santé se dégrade doivent déménager dans un milieu mieux adapté à leurs besoins. Des options s'offrent alors à elles dont les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, ceux-ci sont un maillon important de l'organisation des services d'hébergement.

Cependant, on note un alourdissement de la clientèle dans ces centres. Une telle conjoncture découle notamment de l'augmentation de l'offre de services à domicile, qui contribue à maintenir plus longtemps les personnes âgées dans leur milieu de vie. Aussi, lorsque vient le temps de quitter leur domicile pour aller dans un CHSLD, les personnes ont déjà perdu beaucoup de leur autonomie. À ce phénomène s'ajoute le resserrement des normes d'admission en CHSLD. En outre, comme la moyenne d'âge des résidents est de plus en plus élevée, ceux-ci ont des besoins grandissants. En effet, ils sont plus nombreux à souffrir de problèmes multiples. Parallèlement à cette situation, la clientèle des moins de 65 ans présente un degré d'incapacité croissant. Il va sans dire que ces tendances entraînent des difficultés majeures que doivent affronter les CHSLD pour offrir un milieu de vie de qualité aux personnes qu'ils hébergent.

Par ailleurs, les médias ont rapporté des cas de maltraitance et de négligence dans certains CHSLD. Pourtant, c'est loin d'être le cas pour la grande majorité de ces centres. Malheureusement, cette mauvaise presse fait en sorte que leurs réussites sont souvent passées sous silence. Une telle problématique sème l'inquiétude non seulement parmi les aînés et leurs proches, mais aussi dans la population en général à propos des conditions de vie des personnes résidant en CHSLD.

Soucieuse elle aussi de cette question, la Commission de la santé et des services sociaux a décidé, le 14 mai 2013, de se saisir d'un mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD. Les membres de la Commission ont choisi d'entreprendre cet exercice en associant les différents acteurs concernés.

Le présent document a été préparé pour alimenter la réflexion de la Commission. D'abord, il soumet succinctement l'encadrement relatif aux CHSLD. Il fait ensuite l'état de situation, soit les types d'établissements, le nombre de places offertes, les critères d'admission et le profil des résidents. La dernière partie du document cerne des défis que posent l'organisation et la dispensation des services et des soins aux personnes hébergées dans l'optique de leur fournir des conditions de vie de qualité. Pour décrire ces défis, la Commission s'est largement inspirée d'une proposition de « déterminants de conditions de vie » formulée par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et le Regroupement provincial des comités des usagers.

Enfin, la Commission souhaite que son travail serve à envisager des mesures pour améliorer les conditions de vie des résidents des CHSLD.

Les assises légales, la politique et les orientations ministérielles¹

La politique et les orientations ministérielles prennent appui sur la Charte des droits et libertés de la personne², le Code civil du Québec³ et la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴. Leur objectif est de s'assurer que les personnes hébergées en CHSLD jouissent d'un milieu de vie de qualité.

Les assises légales

La Charte des droits et libertés de la personne

L'article 1 sur les droits fondamentaux :

« Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »

L'article 4 sur la sauvegarde de la dignité :

« Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation. »

Le Code civil du Québec

L'article 10 sur l'inviolabilité de la personne :

« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

La Loi sur les services de santé et les services sociaux

L'article 83 de la loi définit la mission des CHSLD :

« La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. »

L'article 3 précise les lignes directrices qui doivent guider la gestion et la prestation des services :

« 1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

¹ Source principale : Ministère de la Santé et des Services sociaux, [Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles](#), octobre 2003, 24 p.

² L.R.Q., c. C-12.

³ C.c.Q.

⁴ L.R.Q., c. S-4.2.

2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

L'article 5 sur le droit aux services :

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »

La Politique de la santé et du bien-être et les orientations ministérielles

La Politique de la santé et du bien-être⁵, adoptée en 1998, propose des objectifs pour réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population. Elle rappelle l'importance :

- De favoriser le renforcement du potentiel des personnes.
- De soutenir les milieux de vie et de développer des environnements sains et sécuritaires.
- D'améliorer les conditions de vie.

Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux⁶ portent sur la philosophie et les pratiques qui doivent prévaloir en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ces orientations sont assorties de sept principes directeurs qui placent la personne hébergée et ses proches au cœur de l'organisation des soins et des services dans les ressources d'hébergement et de soins de longue durée.

1. « Les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement. »
2. « L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle. »
3. « La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie. »
4. « L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision. »
5. « La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité. »

⁵ Gouvernement du Québec, [Politique de la santé et du bien-être](#), 1998, 192 p.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op.cit.*

6. « Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination. »
7. « L'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs. »

L'état de situation

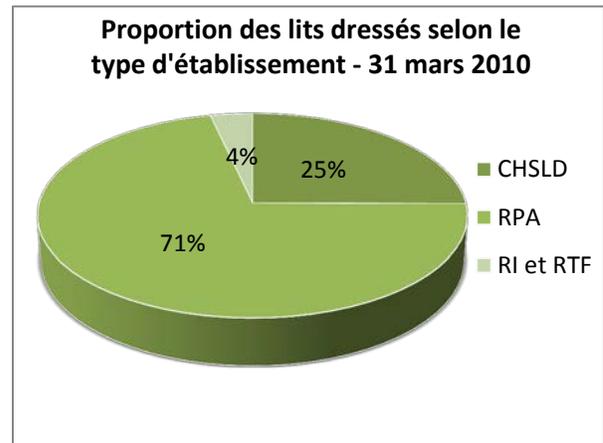
Les types de CHSLD

Les CHSLD accueillent des personnes en grande perte d'autonomie. Toutefois, trois autres modes d'hébergement ont été conçus pour répondre aux besoins et aux attentes d'une clientèle plus large. Il s'agit des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF) et des résidences pour personnes âgées (RPA). Précisons que, au 31 mars 2010⁷, les CHSLD représentaient 25 % de l'offre totale de places en hébergement permanent.

Au Québec, au 31 mars 2013, 202 établissements⁸ avaient une mission de CHSLD. Leur répartition régionale figure à l'annexe I. Les CHSLD se déclinent en plusieurs types qui ont chacun leurs caractéristiques. D'abord, les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés ont les mêmes modalités d'admission et de fonctionnement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine les services qui y sont offerts. À la différence des CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés sont dirigés par des personnes propriétaires de leurs installations. Elles sont titulaires d'un permis du Ministère, qui les subventionne et les autorise à gérer un nombre précis de places. Au 31 mars 2012, ces deux types d'établissements offraient 38 261 lits d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie.

Les CHSLD privés non conventionnés sont des entreprises privées, indépendantes et autonomes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux leur délivre un permis, mais ne leur octroie aucune subvention. Ces centres ont leurs propres critères d'admission, les propriétaires fixent les tarifs et le fonctionnement de leur établissement est à leur entière discrétion. Certains d'entre eux concluent une entente de services avec l'agence de la santé et des services sociaux de leur région. L'agence obtient ainsi un nombre déterminé de lits aux mêmes conditions que celles des CHSLD publics ou privés conventionnés.

Depuis octobre 2010, un CHSLD en partenariat public-privé est en fonction à Saint-Lambert, en Montérégie. L'agence de la santé et des services sociaux de cette région a signé une entente avec une entreprise privée pour l'offre de 200 places. Les lits sont destinés aux personnes ayant d'importants besoins, à l'image des résidents des autres types de CHSLD. L'agence attribue les places et les frais d'hébergement sont les mêmes que dans un établissement public ou privé conventionné. Quatre autres centres de ce type sont en cours de construction. Au final, 298 places s'ajouteront au total actuel.



⁷ La Commission a choisi d'utiliser les données disponibles les plus récentes pour la rédaction de ce document. En conséquence, les dates peuvent varier d'un type de données à l'autre.

⁸ Un même établissement peut comprendre une ou plusieurs installations ayant une mission de CHSLD.

L'accès à un CHSLD

Au 31 mars 2013, 3 826 personnes attendaient une place dans un CHSLD. De ce nombre, environ 7 % étaient âgées de moins de 65 ans. Précisons également que près de 34 % de ces personnes provenaient de la région de Montréal ([annexe II](#)).

L'obtention d'une place dans un CHSLD public ou privé conventionné passe obligatoirement par une évaluation dont les modalités varient légèrement en fonction de l'agence de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, à l'agence de la Capitale-Nationale, un travailleur social évalue d'abord la demande, puis transfère le dossier à un comité d'orientation. Le comité gère l'admission en CHSLD. Pour sa part, à l'agence de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, un coordonnateur local reçoit les demandes. Des gestionnaires de cas ou des intervenants spécialement formés pour la détermination des profils de soins évaluent l'autonomie fonctionnelle de l'individu. Par la suite, le coordonnateur local cible les services et oriente le dossier selon les besoins de l'usager.

Somme toute, que ce soit par un guichet d'accès ou par un contact avec un intervenant, le mécanisme comporte nécessairement l'évaluation de la personne et la détermination de son profil d'autonomie fonctionnelle⁹. La demande est ensuite mise en attente jusqu'à ce qu'un lit se libère. Dans les CHSLD, on attribue des places à des personnes ayant besoin d'un minimum de trois heures de soins par jour. La situation doit correspondre à un profil d'une haute intensité de soins. Enfin, le centre local de services communautaires de proximité établit le premier contact avec le demandeur.

Des programmes particuliers peuvent aussi être développés par les agences de la santé et des services sociaux. Ainsi, l'agence de Montréal a mis en place le programme d'hébergement pour évaluation en 2009. L'outil sert à déterminer les besoins de services des personnes âgées qui doivent quitter les unités de soins de longue durée des centres hospitaliers. De l'hôpital à son lieu d'hébergement permanent, la personne est déplacée dans un lit d'évaluation pendant quelques semaines, puis dans un lit de transition, le temps qu'une place se libère à l'endroit choisi pour l'y installer de façon permanente.

Par ailleurs, chaque région, sauf exception, détient un nombre de lits réservés aux résidents ayant des problèmes de santé mentale et des lits d'hébergement temporaire. Des agences de la santé et des services sociaux proposent des lits en hébergement transitoire. Ils sont occupés par les personnes dont la prise en charge est requise dans l'immédiat, mais qui n'ont pas encore obtenu de place permanente dans un CHSLD. L'[annexe III](#) et l'[annexe IV](#) présentent deux tableaux qui brossent le portrait de l'offre d'hébergement pour l'ensemble du Québec et en région, soit le nombre d'installations et le nombre de lits dressés.

⁹ Les profils du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (Iso-SMAF) regroupent des individus qui ont des incapacités semblables générant des services et des coûts similaires. Ils sont présentés en détail à l'annexe VI.

Les différents modes d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie			
Mode d'hébergement	N ^{bre} d'heures de soins par jour	Profil des résidents	
		Iso-SMAF ¹⁰	Nature de la perte d'autonomie
Résidence pour personnes âgées	s. o.	s. o.	s. o.
Ressource de type familial	Moins de 1,5	2 et plus	Besoin de supervision ou d'aide pour les tâches domestiques Atteinte motrice et difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne Atteinte mentale modérée
Ressource intermédiaire	1 à 3	7 et plus	Atteinte mentale grave et problèmes mineurs de comportement Atteinte mentale grave et besoin de surveillance et d'encadrement pour les fonctions de mobilité et les activités de la vie quotidienne Besoin d'aide pour la mobilité et les activités de la vie quotidienne
CHSLD	Public	11 et plus 9-10 sous conditions	Atteinte mentale prédominante et troubles importants du comportement Incapacités substantielles dans les fonctions de mobilité et les fonctions mentales Incontinence occasionnelle
	Privé conventionné		
	Privé non conventionné		
	Partenariat public-privé (PPP)	3 et plus	10 et plus

Les coûts et les tarifs

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coût annuel moyen d'une place en CHSLD, en 2011-2012, était de 74 973 \$¹¹. Toutefois, en 2012, le Vérificateur général du Québec a effectué des travaux sur les services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie¹². Dans son rapport, il conclut que ce montant est une estimation pour l'ensemble des établissements. Il précise que les coûts engagés ne sont pas tous pris en compte. Suivant son analyse, les sommes déboursées par les agences de la santé et des services sociaux et les établissements varient d'un centre à l'autre. À titre d'exemple, le Vérificateur général explique que dans les 23 CHSLD publics sondés, les montants déboursés varient de 61 551 \$ à 90 820 \$. Une variation similaire est observable dans les centres privés conventionnés.

¹⁰ Les profils du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (Iso-SMAF) sont présentés en détail à l'annexe VI.

¹¹ En considérant le montant annuel de 74 973 \$ et le tarif maximal pour une chambre en hébergement permanent, qui est de 1 742 \$ par mois, le maximum déboursé par le résident est de près de 28 % du coût total.

¹² « [Personnes âgées en perte d'autonomie: services d'hébergement](#) », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013 : vérification de l'optimisation des ressources*, printemps 2012, chap. 4, 54 p.

En ce qui a trait aux tarifs, rappelons d'abord que les CHSLD privés non conventionnés établissent leurs propres prix. De son côté, la Régie de l'assurance maladie fixe, par l'intermédiaire du Programme de contribution financière des adultes hébergés, la contribution exigée par les CHSLD publics et privés conventionnés. En 2013, les tarifs mensuels étaient les suivants :

- Pour une chambre individuelle : 1 742,70 \$
- Pour une chambre à deux lits : 1 456,80 \$
- Pour une chambre à trois lits ou plus : 1 083,00 \$

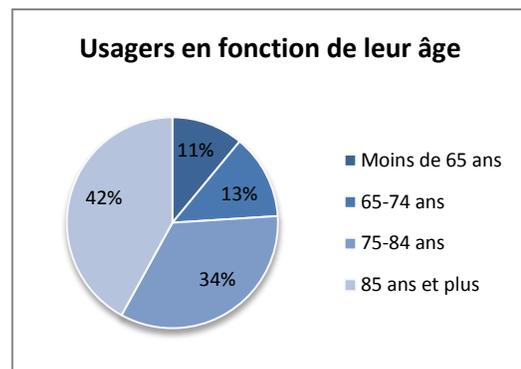
Le tarif mensuel comprend la fourniture des biens et services déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment les repas, ainsi que certains articles et services nécessaires à l'hygiène personnelle. En contrepartie, l'utilisateur doit défrayer les services de coiffure, les articles de soins personnels, les journaux, etc. Ces coûts s'ajoutent donc au montant déboursé mensuellement pour l'hébergement.

Par ailleurs, des résidents sont dans l'incapacité d'assumer leur contribution totale. C'est pourquoi il est prévu de la déterminer selon leurs ressources financières. Des déductions familiales peuvent alors s'appliquer. Par exemple, si la personne hébergée a un enfant à charge.

Les résidents

Au 31 mars 2012, 37 424 personnes vivaient dans un CHSLD public ou privé conventionné. On constate dans le graphique ci-contre que la grande majorité des usagers était âgée de 75 ans et plus. La répartition était semblable dans toutes les régions du Québec¹³.

Par ailleurs, en 2012-2013, les centres publics et privés conventionnés ont accueilli un total de 67 960 personnes. La différence entre ce nombre et le nombre de places occupées ou disponibles tient, entre autres, au fait que le même lit peut être occupé par plus d'un usager durant l'année. En effet, lorsqu'un résident décède, la place est alors attribuée à quelqu'un d'autre. C'est pourquoi, pour une même année, deux, trois, voire quatre personnes ont pu occuper le même lit, successivement. Toujours en 2012-2013, les CHSLD ont notifié 12 235 décès. Près de 55 % des personnes décédées avaient 85 ans et plus, tandis que 5 % étaient âgées de moins de 65 ans. Le séjour moyen des résidents en 2011-2012 était de 837 jours.



Rappelons que les personnes hébergées en CHSLD sont en perte d'autonomie de façon modérée à sévère. De plus, certaines d'entre elles sont atteintes de déficiences physiques, psychologiques ou sociales. Dans le document *Centres d'hébergement (CHSLD) : principes généraux* de la Corporation d'hébergement du Québec, on présente sept résidents types :

1. Résident présentant des déficits cognitifs, atteint ou non de problèmes de comportement

¹³ Voir l'annexe V.

Ce groupe augmente constamment. Il représentait, en 2008, entre 60 % et 80 % de la clientèle hébergée à différents degrés d'atteinte, la démence de type Alzheimer touchant près de 50 % de ces individus.

2. Résident ayant de multiples problèmes graves de santé physique
On cible des personnes présentant des pathologies telles que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque, le diabète et l'obésité, pouvant nécessiter un degré de soins élevé et complexe de même qu'un aménagement spécifique.
3. Résident ayant des incapacités motrices et des limites relatives à la marche et aux déplacements, de modérées à sévères
Cette personne est incapable de se déplacer de façon autonome ou éprouve des difficultés à marcher si grandes que son rayon de déplacement est extrêmement limité. Les personnes en fin de vie font partie de ce groupe de résidents.
4. Résident âgé de 85 ans et plus
Plus une personne est âgée, plus sa perte d'autonomie s'accroît, ce qui nécessite une gamme de soins associés au vieillissement. Cette population représentait 42 % de la clientèle hébergée en 2012.
5. Résident ayant des troubles graves du comportement, reliés à un diagnostic psychiatrique
Il s'agit d'un groupe restreint de la clientèle hébergée dont l'intégration peut s'avérer complexe et nécessiter un milieu délimité et des approches spécialisées. Cette clientèle ne peut être associée aux personnes présentant des déficits cognitifs ou une démence.
6. Résident ayant une déficience intellectuelle
Personne présentant une défaillance congénitale ou acquise, structurale ou lésionnelle de la fonction intellectuelle. Cette clientèle ne peut être associée aux personnes présentant des déficits cognitifs, une démence ou un diagnostic psychiatrique.
7. Résident âgé de moins de 65 ans et présentant des incapacités importantes non liées au vieillissement
Personne adulte qui présente, à la suite d'une déficience physique ou sensorielle, un profil gériatrique, c'est-à-dire des limites importantes et persistantes dans l'accomplissement d'activités quotidiennes. Cette clientèle, qui représentait 11 % des résidents en 2012, est hétérogène et mal connue. Ces personnes peuvent être très jeunes et devoir demeurer dans un établissement de santé pour le reste de leur vie.

Ces différents profils de résidents engendrent des besoins et des attentes multiples et variables en matière de soins, d'espace et d'activités. Il faut aussi considérer le sexe, l'origine culturelle et les croyances religieuses, qui ont leur importance. Sans oublier la langue maternelle des résidents, car elle peut poser des défis à la prestation de soins à une personne vieillissante.

Le personnel

Le personnel des CHSLD contribue à faire de ces installations des milieux de vie de qualité pour les résidents. Il se classe en trois catégories. D'abord, les personnes habilitées à donner des soins et des services aux résidents. On parle ici d'intervenants qui dispensent des services d'aide et

d'accompagnement, des soins spécialisés comme les soins infirmiers, médicaux et de réadaptation ainsi que ceux qui dirigent des activités utilitaires, récréatives, sociales et spirituelles. Pensons aux préposés aux bénéficiaires, aux infirmières auxiliaires, aux infirmières, aux médecins et aux psychologues. Ensuite, on trouve le personnel de soutien, dont les employés des services alimentaires et de l'entretien. Enfin, des gens se chargent du volet administratif. Par ailleurs, une seule équipe est parfois responsable de plus d'une installation. Bien sûr, le nombre de membres du personnel varie en fonction de la taille de l'installation.

Certains établissements doivent faire appel à des agences privées afin de pourvoir des postes nécessaires au fonctionnement du centre. Il s'agit souvent de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières. Des efforts sont consentis dans les agences de santé et de services sociaux pour réduire le nombre d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante, en raison des coûts engendrés. Dans un souci de continuité des services, la tendance est de limiter le roulement de personnel, car il a une incidence sur la qualité de vie des résidents.

Les défis

L'accessibilité

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que « toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé et des services sociaux¹⁴ ». La loi prévoit également que ce droit s'exerce « en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose¹⁵ ».

Cependant, ce droit de choisir est loin d'être absolu. En réalité, il est conditionnel, notamment en ce qui a trait aux critères d'admission des différents CHSLD. Il faut réaliser que le temps d'attente pour l'obtention d'une place est variable d'un établissement à l'autre ou d'un centre à l'autre. Cela peut influencer la décision de l'usager et l'amener à modifier son choix. De plus, une fois admis, le demandeur doit généralement prendre possession de la place en moins de 48 heures. Ce délai peut paraître contraignant pour des personnes qui ont d'importants problèmes de santé.

Si l'on se concentre sur l'hébergement en centre public ou privé conventionné, on constate que, avant d'occuper une place en hébergement permanent, le demandeur doit parfois séjourner dans d'autres ressources. Il peut s'agir de l'hôpital ou d'un lit d'hébergement temporaire. Enfin, si sa condition nécessite un hébergement immédiat, il est susceptible de se retrouver en hébergement de transition ou dans un lit d'évaluation. Pour certaines personnes, ce processus contribue à créer de l'incertitude. Trouver un endroit stable serait le dernier d'une série de déplacements subis par l'usager; conséquence d'une accessibilité basée sur le degré d'autonomie.

Il faut aussi prendre en compte les disparités régionales. Dans les grandes villes, on trouve une diversité de l'offre, soit l'usage de plusieurs langues, l'ouverture à plusieurs confessions religieuses et où les spécialisations sont multiples. Dans les milieux ruraux et en région périphérique, l'offre est parfois limitée, ce qui risque d'avoir des conséquences sur les usagers ayant des attentes et des besoins particuliers. D'autant plus que, dans l'ensemble du Québec, le nombre total de lits disponibles est en baisse dans les CHSLD publics et privés conventionnés, au profit des résidences privées. En effet, le nombre de lits dressés au 31 mars dans les centres a diminué de près de 4 % de 2006 à 2010. Du côté des résidences privées, on a observé une augmentation de 30 % pour la même période. En se fiant à quelques données récentes, on peut penser que la tendance se maintient et, même, que le phénomène s'accélère.

Pistes de réflexion

Quels devraient être les critères pour déterminer quel centre d'hébergement l'usager habitera?

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

¹⁴ L.R.Q., c. S-4.2, art. 6.

¹⁵ L.R.Q., c. S-4.2, art. 13.

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

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

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

Le financement

En vertu de la loi, le ministère de la Santé et des Services sociaux assure le financement de son réseau. L'attribution des ressources financières est faite selon une approche populationnelle et selon l'équité régionale. Une fois que les fonds sont répartis par région, les agences de la santé et des services sociaux les allouent aux établissements.

La Régie de l'assurance maladie du Québec fixe la tarification des CHSLD publics et privés conventionnés. D'autres types de milieux d'hébergement, dont les résidences pour personnes âgées, obéissent, quant à eux, à la loi du marché. Ils offrent des places coûtant jusqu'à plusieurs milliers de dollars par mois. De ce fait, les personnes qui ont des ressources financières limitées ne peuvent accéder à la résidence qu'elles auraient choisie, même si elle correspond à leurs besoins et à leurs attentes, tant en ce qui touche aux services qu'au lieu physique.

La conclusion de partenariats avec des entreprises privées pour la construction d'établissements, donc de nouvelles places, constitue une option pour diversifier les modes de financement. D'ailleurs, rappelons-le, un centre de ce type, en partenariat public-privé, est ouvert depuis 2012, et quatre autres le seront d'ici peu.

Plusieurs mécanismes sont mis en place afin de s'assurer, entre autres, que la diversification des modes de financement ne justifie pas un déséquilibre dans la qualité des soins, d'un établissement à l'autre. Ces mécanismes de suivi de la qualité des services et des soins sont énumérés aux pages 17 et 18 du présent document.

Pistes de réflexion

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

Quelle est votre opinion sur la tarification des CHSLD?

L'organisation physique

Le CHSLD représente pour la grande majorité des personnes qui y résident le nouvel environnement dans lequel elles vivront le reste de leurs jours. Il doit donc être pensé en fonction du concept de milieu de vie.

L'organisation physique des lieux doit répondre le mieux possible aux besoins et aux attentes des résidents, d'autant plus qu'il est reconnu comme influençant leur comportement et leur qualité de vie. À cet égard, la vétusté de certains centres peut poser des défis majeurs.

En plus de permettre l'appropriation et la personnalisation de leur milieu de vie substitut par les résidents, l'environnement physique doit favoriser l'optimisation de leur autonomie fonctionnelle et psychosociale dans leurs activités quotidiennes. C'est pourquoi il doit être libre de contraintes et de barrières architecturales (escaliers, étroitesse des portes et des corridors, etc.) empêchant les déplacements autonomes et l'intégration.

En outre, l'environnement physique doit être conçu de façon à favoriser le respect de l'identité et de l'intimité des résidents de même que celui de leur vie privée avec leur famille et le personnel. Il doit aussi assurer leur sécurité et leur bien-être physique et psychologique. Les chambres à occupation multiple, le manque de zones privées ou semi-privées ne sont que quelques exemples qui peuvent entraver le respect de l'intimité des personnes hébergées.

Par ailleurs, l'environnement physique a une incidence sur l'exécution des tâches du personnel. S'il est adéquat, il constituera un milieu de travail propice au maintien de sa santé et de sa sécurité. Il va sans dire que de bonnes conditions de travail se répercutent sur la qualité de vie des usagers.

Pour offrir des lieux adaptés aux besoins particuliers des résidents, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose dans ses orientations la création de micro-milieus. Il entend par là la configuration des lieux sous forme d'îlots de petite taille ou de modules réunissant une douzaine de personnes. Il s'agit là d'un aménagement qui rend possible le regroupement des clientèles selon leurs caractéristiques.

Pistes de réflexion

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

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

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

Les clientèles particulières

Les personnes âgées, voire très âgées, forment la grande majorité de la clientèle des CHSLD. Cependant, vivent à leur côté des personnes de moins de 65 ans qui ont, elles aussi, des limites sévères et permanentes dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes.

Ce groupe de personnes, comme le précisent les orientations ministérielles, est relativement restreint et mal connu. De plus, il est très hétérogène. En effet, les résidents de moins de 65 ans présentent des conditions variées. Il peut s'agir, par exemple, de personnes qui ont été victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), qui ont subi des traumatismes physiques graves ou qui sont atteintes de maladies dégénératives telle la sclérose en plaques.

Parmi ces individus, certains n'ont que 30 ou 40 ans et même moins, et ils demeureront en CHSLD pour le reste de leurs jours. Ils se retrouvent ainsi dans un milieu de vie composé, en grande partie, de résidents très âgés et dont l'organisation du quotidien ne leur convient pas. Ces personnes ont des besoins à combler qui leur sont propres.

Par ailleurs, d'autres types de clientèles ont aussi des besoins particuliers. C'est le cas des allophones et des anglophones qui sont hébergés dans des CHSLD francophones ainsi que des Autochtones qui doivent résider en permanence dans un centre d'hébergement loin de leur communauté.

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

Pistes de réflexion

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

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

Quelles difficultés particulières connaissent les Autochtones, les allophones et les anglophones hébergés dans des CHSLD?

Quelles mesures ont été mises en œuvre pour pallier leurs problèmes?

Les proches aidants

Les proches des personnes hébergées, comme l'affirme le Regroupement provincial des comités des usagers, exercent plusieurs rôles. Ils sont à la fois aides-soignants, représentants et défenseurs des droits, agents de liaison auprès du personnel, comptables, accompagnateurs pour les sorties ou rendez-vous médicaux, etc. En outre, pour les personnes qui ont des pertes cognitives, ils agissent

aussi comme « gardiens de la mémoire » et, parfois, comme « [gardiens de] l'identité même de la personne »¹⁶.

Les orientations ministérielles précisent, pour leur part, que l'un des principes directeurs qui doivent guider les choix organisationnels est d'encourager et de soutenir le maintien de l'interaction de la personne hébergée avec ses proches. Elles préconisent de favoriser leur implication dans la prise de décision, dès l'admission du résident.

De fait, la poursuite des relations de la personne hébergée avec ses proches serait déterminante. Elle faciliterait son adaptation dans un nouveau milieu de vie, son intégration et sa socialisation tout au long de son séjour. En ce sens, la participation des proches à l'élaboration et à la révision périodique du plan d'intervention doit être encouragée. C'est d'ailleurs ce que prévoit la loi.

Pistes de réflexion

Quels facteurs favoriseraient le développement d'un partenariat solide entre les proches des résidents et le personnel des CHSLD? Quels sont ceux qui le freinent?

Comment peut-on maintenir la relation du résident avec ses proches? Quels facteurs peuvent nuire au maintien de la relation du résident avec ses proches?

Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

Les services et les soins

Les CHSLD doivent assurer le bien-être quotidien des résidents. De ce fait, des services médicaux, psychosociaux, pharmaceutiques, des services de loisir, des services alimentaires et des soins d'assistance, notamment, doivent être accessibles et de bonne qualité.

En outre, le Ministère mentionne dans ses orientations que des moyens doivent être mis en place pour faciliter l'accès aux services requis de façon intermittente ou aux services spécialisés :

Qu'il s'agisse de médecins spécialistes, d'orthophonistes et d'audiologistes, d'inhalothérapeutes, d'optométristes, de sexologues, d'approches alternatives (comme, la massothérapie ou la zoothérapie), de gérontopsychiatres, de neuropsychologues, etc., toutes les possibilités doivent être explorées : ententes avec d'autres établissements, partage de ressources professionnelles itinérantes, achat de services auprès de professionnels œuvrant dans le privé [...]¹⁷.

La dispensation des services et des soins doit non seulement répondre aux besoins et aux attentes des résidents, mais elle doit favoriser l'établissement de liens durables entre les personnes hébergées et le personnel du centre. Ces objectifs interpellent tous les employés du CHSLD.

¹⁶ Maryse Soulières et Geneviève Ouellette, [L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec : des enjeux et de parcours difficiles pour les personnes concernées](#), Regroupement provincial des comités des usagers, 4 décembre 2012, p. 41.

¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*, p. 15.

L'établissement doit assurer la stabilité de son personnel, car elle est une condition essentielle pour honorer ses engagements. Un haut taux de roulement du personnel, associé au recours à des employés d'agences privées, peut avoir une influence non négligeable sur la nature et la continuité des soins et des services. Ces facteurs ont des conséquences sur les liens que peuvent tisser les résidents avec le personnel, donc sur la qualité du milieu de vie.

Par ailleurs, l'un des principes centraux qui guident la dispensation des services et des soins concerne l'utilisation optimale des capacités des résidents. De fait, dans ses interventions, le personnel doit encourager les personnes hébergées à maintenir le plus possible leur autonomie et leur indépendance. C'est pourquoi l'intervention doit favoriser la stimulation intellectuelle, affective, sociale et physique de la personne. Sans cela, son autonomie fonctionnelle risque de se détériorer à brève échéance.

Enfin, il est reconnu que la surmédication peut avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Au cours des années, différentes approches alternatives se sont développées. Pensons, par exemple, à la musicothérapie, à l'art thérapie ou à la zoothérapie. Ce type d'intervention favorise à la fois le bien-être de la personne et son autonomie.

Pistes de réflexion

Comment les divers services et soins donnés aux résidents pourraient-ils être modifiés pour améliorer leur qualité de vie?

Comment la continuité des services et des soins est-elle assurée dans les CHSLD?

Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

Comment s'applique dans les CHSLD le principe selon lequel le personnel doit favoriser l'utilisation optimale des capacités des résidents?

Quels moyens novateurs ont été mis en place pour stimuler l'autonomie fonctionnelle des résidents des CHSLD?

À quels problèmes se heurte la mise en place d'approches alternatives dans les CHSLD?

Quelles sont les expériences positives relatives à ce type d'approche?

Le suivi de la qualité des services et des soins

L'amélioration continue de la qualité des services et des soins aux usagers est une priorité reconnue. Un ensemble de mécanismes ont été mis en place pour atteindre cet objectif et veiller au respect des droits des usagers. En voici quelques-uns.

- Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des usagers et veille à leur satisfaction.
- Le comité de vigilance et de la qualité s'assure du suivi des recommandations formulées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur des usagers.
- Le comité des usagers de chaque établissement ou installation promeut l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évalue leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus.
- Des équipes ministérielles réalisent des visites d'appréciation de la qualité des services offerts aux personnes hébergées en CHSLD¹⁸.
- Le processus d'agrément est défini comme un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe que les établissements de santé et de services sociaux intègrent afin d'estimer la qualité de leurs soins et de leurs services.
- Les ordres professionnels, par leurs inspections, font la surveillance de l'exercice de la profession et voient donc à assurer la protection du public.

Pistes de réflexion

Les différents mécanismes mis en place suffisent-ils pour assurer des services et des soins de qualité dans les CHSLD?

L'application de ces mécanismes dans les CHSLD présente-t-elle des difficultés particulières?

Existe-t-il d'autres moyens d'améliorer la qualité des services et des soins dans les CHSLD?

L'organisation du travail

Les orientations ministérielles visent l'implantation d'un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées. Pour atteindre ce but, les CHSLD sont obligés de « revoir leurs habitudes organisationnelles », comme l'affirme le ministère de la Santé et des Services sociaux. Désormais, la dispensation des soins et des services doit être axée sur les besoins des personnes et non plus simplement sur la tâche à accomplir, comme le privilégie une organisation à caractère institutionnel traditionnel.

De fait, une telle organisation du travail freine la capacité des CHSLD à implanter un milieu de vie de qualité. Sa rigidité fait en sorte que le personnel, centré sur sa tâche, porte davantage son attention sur les soins physiques et médicaux, relayant au deuxième rang les dimensions psychologique et sociale de la personne hébergée. C'est ainsi que, pour respecter les horaires rigoureux, le personnel se voit souvent contraint d'exécuter rapidement ses tâches aux dépens du respect du rythme de la

¹⁸ Il s'agit d'une démarche planifiée d'observation du milieu et d'un exercice structuré d'échanges avec les résidents et leurs familles, les membres du comité des usagers et du comité de résidents, le représentant du Curateur public du Québec, des bénévoles, le personnel et l'équipe de direction de l'établissement.

personne. Bref, l'organisation du travail à caractère institutionnel traditionnel n'est pas structurée de manière à répondre aux goûts, aux besoins ou aux habitudes de vie des résidents.

Par ailleurs, l'implantation d'un véritable milieu de vie substitut pour les personnes hébergées doit favoriser la participation de tous les membres du personnel. En effet, une approche participative est de nature à donner la priorité au partage d'une vision globale d'une organisation de soins et de services axés sur la qualité de vie et le bien-être des résidents.

Pistes de réflexion

Comment faire évoluer l'organisation du travail en fonction des besoins des résidents dans tous les CHSLD?

Quels sont les principaux obstacles à la mise en place de ce type d'organisation du travail?

Quels sont les exemples de réussite à cet égard?

La formation du personnel

La formation du personnel constitue l'un des éléments indispensables à la création d'un milieu de vie de qualité. Comme le souligne le ministère de la Santé et des Services sociaux, la formation doit s'inscrire dans un processus complet et continu. Toutes les personnes qui travaillent dans l'établissement (gestionnaires, personnel médical, personnel de soutien, etc.), les bénévoles et les familles doivent y être associés.

Une attention particulière doit être portée à la formation des préposés aux bénéficiaires. En réalité, ils sont responsables de la grande majorité des soins directs donnés aux résidents. Ce sont eux qui interviennent le plus souvent auprès des usagers.

Par ailleurs, la formation doit toucher tous les aspects de la personne, qu'ils soient physiques, psychologiques, sociaux ou affectifs. Elle permet non seulement d'améliorer les compétences du personnel, mais elle favorise un meilleur climat de travail.

Enfin, dans le contexte où la clientèle des CHSLD s'alourdit, la formation est une question centrale. En effet, travailler auprès de certains types de résidents, particulièrement ceux qui souffrent de démence, représenterait des difficultés majeures pour le personnel. Une formation lacunaire affecterait la qualité des services et des soins et parfois mènerait à des pratiques inappropriées de la part du personnel.

Pistes de réflexion

La formation de base des différents types d'effectifs est-elle adaptée aux diverses clientèles des CHSLD?

La formation continue pour tous les types de personnel fait-elle partie de la planification des CHSLD?

La formation de base et la formation continue touchent-elles tous les aspects de la personne (physiques, psychologique, affectifs, sociaux, etc.)?

Les critères d'embauche relatifs à la formation sont-ils suffisamment exigeants?

Quelles conséquences peut entraîner une formation insuffisante?

Les formations de base et continue sont-elles adaptées à l'évolution du profil des résidents?

Conclusion

Au terme de cette consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD, la Commission de la santé et des services sociaux souhaite formuler des recommandations. Elle espère que cette consultation favorisera également le partage de solutions innovatrices pour améliorer les services et les soins dispensés à ces personnes.

Les quelques éléments que la Commission soumet à la réflexion n'épuisent évidemment pas toutes les dimensions de la question. Aussi, le lecteur est invité à se pencher non seulement sur les pistes que la Commission a ouvertes, mais aussi sur tout autre sujet susceptible d'alimenter la discussion et de contribuer à améliorer les services en CHSLD.

La Commission entend aussi mettre à profit la réflexion qui s'amorce pour appuyer les administrations publiques, le personnel des CHSLD et toutes les personnes concernées dans leurs efforts pour bonifier les conditions de vie des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Annexe I

Nombre d'établissements ayant une mission de CHSLD selon la région au 31 mars 2013

Région	Public	Privé conventionné	Privé non conventionné	Total
Bas-Saint-Laurent	8	0	3	11
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6	1	1	8
Capitale-Nationale	9	6	6	21
Mauricie–Centre-du-Québec	8	1	0	9
Estrie	8	1	1	10
Montréal	30	15	16	61
Outaouais	5	0	0	5
Abitibi-Témiscamingue	5	0	1	6
Côte-Nord	6	0	0	6
Nord-du-Québec	1	0	0	1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	5	0	0	5
Chaudière-Appalaches	5	4	0	9
Laval	1	4	4	9
Lanaudière	2	2	1	5
Laurentides	8	1	1	10
Montérégie	11	4	8	23
Nunavik	2	0	0	2
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	0	0	1
Total	121	39	42	202
%	60 %	19 %	21 %	100 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Répertoire des établissements (M02 historique)*.

Annexe II

Nombre de personnes en attente pour un lit en CHSLD au 31 mars 2013

Région	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	%
Bas-Saint-Laurent	3	16	19	0,5 %
Saguenay–Lac-Saint-Jean	2	25	27	0,7 %
Capitale-Nationale	47	733	780	20,4 %
Mauricie–Centre-du-Québec	9	85	94	2,5 %
Estrie	2	38	40	1,0 %
Montréal	125	1 161	1 286	33,6 %
Outaouais	11	113	124	3,2 %
Abitibi-Témiscamingue	7	87	94	2,5 %
Côte-Nord	3	55	58	1,5 %
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	10	11	0,3 %
Chaudière-Appalaches	9	89	98	2,6 %
Laval	0	140	140	3,7 %
Lanaudière	5	135	140	3,7 %
Laurentides	12	184	196	5,1 %
Montérégie	49	670	719	18,8 %
Total	285	3 541	3 826	100 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2013.

Annexe III

Nombre d'installations et de lits en fonction du type de CHSLD au Québec en 2013

		Type de CHSLD			
		Public	Privé conventionné	Privé non conventionné	Total
Nombre d'installations		359	62	46	467
Lits d'hébergement permanent	Standard	31 576	7 163	3 233	41 972
	Santé mentale	1 552	210	0	1 762
	Total	33 128	7 373	3 233	43 734
Lits d'hébergement temporaire	Temporaire	774	22	0	796
	Transitoire	642	0	0	642
	Santé mentale	35	0	0	35
	Total	1 451	22	0	1 473

Source : Site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, base de données M02, réf. du 21 juin 2013. Données compilées par le Service de la recherche de l'Assemblée nationale du Québec.

Annexe IV

Nombre d'installations et de lits d'hébergement dans les CHSLD selon la région en 2013

Région	Installations	Lits d'hébergement permanent	Lits d'hébergement temporaire ¹⁹
Bas-Saint-Laurent	18	1 320	30
Saguenay–Lac-Saint-Jean	22	1 264	24
Capitale-Nationale	48	4 628	85
Mauricie–Centre-du-Québec	32	2 646	33
Estrie	15	1 464	55
Montréal	138	17 443 ²⁰	757
Outaouais	14	1 063	22
Abitibi-Témiscamingue	13	701	49
Côte-Nord	11	400	11
Nord-du-Québec	3	32	6
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	10	606	13
Chaudière-Appalaches	32	1 694	51
Laval	15	1 606	68
Lanaudière	18	1 624	121
Laurentides	16	1 733	36
Montérégie	60	5 492	112
Nunavik	2	18	0
Total	467	43 734	1 473

Source : Site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, base de données M02, réf. du 21 juin 2013. Données compilées par le Service de la recherche de l'Assemblée nationale du Québec.

¹⁹ L'hébergement temporaire inclut les lits en hébergement transitoire et les lits temporaires réservés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

²⁰ De ces 17 443 lits, 2 034 sont comptés dans des établissements de la région de Montréal qui exploitent des installations dans d'autres régions sociosanitaires. Ainsi, une partie de leurs lits sont offerts à l'extérieur de la métropole. On observe le même phénomène dans la région de Laval.

Annexe V

Nombre d'usagers hébergés en CHSLD publics et privés conventionnés au 31 mars 2012

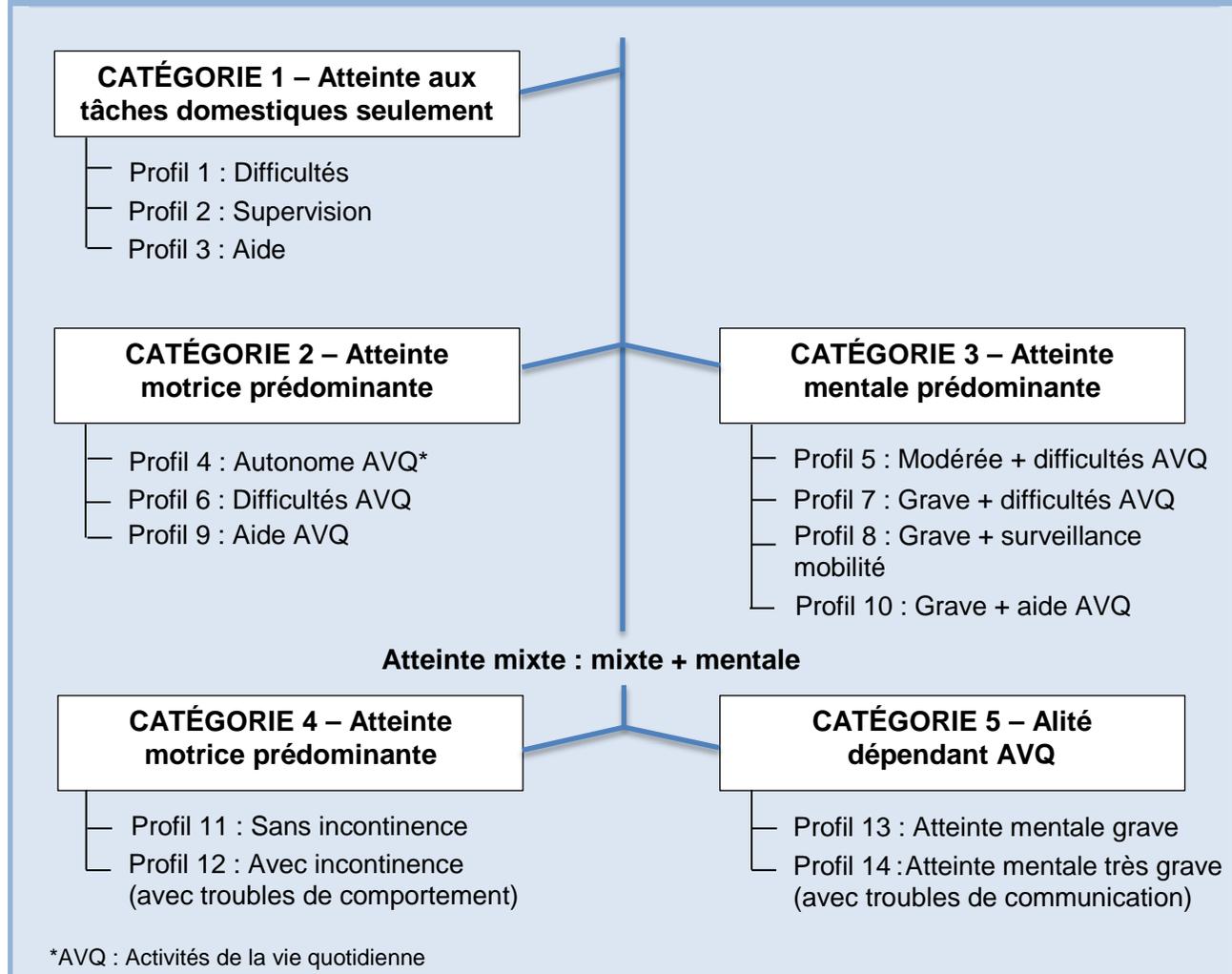
Région	Moins de 65 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus	Total
Bas-Saint-Laurent	109	143	366	450	1 068
Saguenay–Lac-Saint-Jean	155	162	413	472	1 202
Capitale-Nationale	306	444	1 318	1 591	3 659
Mauricie–Centre-du-Québec	208	315	823	1 217	2 563
Estrie	118	180	499	701	1 498
Montréal	1 348	1 652	4 187	5 248	12 435
Outaouais	134	162	472	540	1 308
Abitibi-Témiscamingue	87	91	252	246	676
Côte-Nord	45	62	132	165	404
Nord-du-Québec	11	3	6	12	32
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	46	55	164	232	497
Chaudière-Appalaches	172	220	681	837	1 910
Laval	93	151	518	608	1 370
Lanaudière	186	273	607	688	1 754
Laurentides	206	266	642	722	1 836
Montérégie	567	721	1 732	2 192	5 212
Total	3 791	4 900	12 812	15 921	37 424
%	10,1 %	13,1 %	34,2 %	42,5 %	100 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2013.

Annexe VI

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Arbre simplifié des 14 profils Iso-SMAF



Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle²¹ (SMAF) évalue les fonctions couvrant 5 dimensions, soit les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques (activités « instrumentales »). Chaque fonction est cotée selon des critères précis, à partir de renseignements obtenus du sujet, d'observations ou de questions à un tiers. Ce tableau illustre les profils qui se dégagent des 14 groupes. Il y a, du premier au dernier profil, une perte d'autonomie croissante et 5 catégories d'individus se distinguent.

²¹ Tiré de : Nicole Dubuc, et Réjean Hébert, [Les profils ISO-SMAF : un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés](#), [s. l.], [s. d.], 26 p.

La catégorie 1 regroupe les profils 1, 2 et 3. Les sujets ne présentent qu'une atteinte aux tâches domestiques, sous forme de difficultés (profil 1), de besoin de supervision (profil 2) ou de besoin d'aide (profil 3).

La catégorie 2 rassemble les profils où l'atteinte est surtout motrice avec une préservation relative des fonctions mentales. On y trouve le profil 4, où les sujets sont autonomes dans les AVQ; le profil 6, où les sujets présentent des difficultés à réaliser les AVQ et le profil 9, où les sujets ont besoin d'aide tant pour la mobilité que pour les AVQ.

La catégorie 3 comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante. Les sujets du profil 5 présentent une atteinte mentale modérée et des difficultés à exercer les AVQ, alors que ceux du profil 7 souffrent d'une atteinte mentale grave avec de mineurs problèmes de comportement. Le profil 8 regroupe des sujets présentant aussi une atteinte grave, mais qui requièrent de la surveillance et de l'encadrement pour les AVQ et les fonctions de mobilité. Les sujets du profil 10 ont, quant à eux, besoin d'aide pour les AVQ. Ils sont ambulants et manifestent généralement des troubles du comportement importants (errance, fugues).

La catégorie 4 inclut les profils 11 et 12, où les personnes présentent des incapacités substantielles aussi bien dans les fonctions de mobilité que dans les fonctions mentales. Le profil 11 regroupe des sujets qui ont besoin d'aide pour les fonctions de mobilité et pour les AVQ. Ils peuvent présenter de l'incontinence occasionnelle des fonctions vésicales, mais conservent généralement leur fonction intestinale. Les sujets du profil 12 sont, quant à eux, dépendants dans les AVQ, ont besoin de surveillance pour les fonctions de mobilité et sont généralement incontinents. Ils démontrent également d'importants troubles du comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, errance, cris constants). Fait intéressant, même si les caractéristiques des sujets des groupes 11 et 12 sont différentes, ces deux profils possèdent au total un niveau équivalent d'incapacité, générant des heures de soins équivalentes et des coûts totaux similaires.

La catégorie 5 comprend les profils 13 et 14. Elle réunit les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les activités de la vie quotidienne (AVQ). Les personnes du profil 14 vivent leurs derniers moments de vie, elles ne quittent plus le lit. Ces usagers ont besoin d'une aide complète pour toutes les activités quotidiennes, même pour se nourrir. Elles ne peuvent plus communiquer et présentent des déficits cognitifs très sévères. Ces personnes ont, par contre, des problèmes de comportement plutôt mineurs comme des jérémiades et de la labilité émotionnelle ou de l'apathie, qui nécessitent une surveillance occasionnelle à cet égard.

Direction des travaux parlementaires

Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires
3^e étage, Bureau 3.15
Québec (Québec) G1A1A3
Téléphone : 418 643-2722
Télécopieur : 418 643-0248
commissions@assnat.qc.ca

