

**MÉMOIRE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES HÉBERGÉS
EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

**PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC**

21 JANVIER 2014

VERSION DU 28 MARS 2014

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1. Les orientations ministérielles : un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD.....	4
2. Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean	5
2.1 Organisation du réseau de la santé et des services sociaux.....	6
2.2 Établissements du réseau régional.....	7
2.3 Démographie, vieillissement de la population et portrait sommaire des aînés au Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	8
2.4 Les aînés vivant en CHSLD.....	9
3. Résumé.....	10
4. État de situation relatif aux CHSLD dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	12
4.1 L'accès à un CHSLD.....	12
4.2 Les coûts et les tarifs	13
4.3 Les résidents	13
5. Les défis et les pistes de réflexion que posent les services et les soins de qualité aux personnes hébergées en CHSLD	13
5.1 L'accessibilité.....	13
5.2 Le financement	18
5.3 L'organisation physique	19
5.4 Les clientèles particulières.....	21
5.5 Les proches aidants.....	22
5.6 Les services et les soins.....	25
5.7 Le suivi de la qualité et des soins	29
5.8 L'organisation du travail.....	30
5.9 La formation du personnel	32
6. Les recommandations mises de l'avant par l'Agence	34
7. Conclusion	35
8. Références.....	36
Annexe 1 : Nombre de lits CHSLD au permis des établissements	37
Annexe 2 : Nombre de lits dressés au 31 mars 2013	38
Annexe 3 : Évolution de la clientèle hébergée en CHSLD	39
Annexe 4 : Portraits des personnes hébergées selon leur profil.....	39
Annexe 5 : Durée moyenne de séjour en CHSLD 2012-2013	40
Annexe 6 : Personnes en attente CHSLD (2011 à 2013)	41
Annexe 7 : Personnes en attente en ressource intermédiaire et en ressource de type familial (2011 à 2013).....	41
Annexe 8 : Évolution des places en ressource intermédiaire et en ressource de type familial.....	41
Annexe 9 : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.....	42
Annexe 10 : Articles de presse concernant les CHSLD en 2013.....	43

INTRODUCTION

Pour les personnes résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le centre d'hébergement représente un milieu de vie substitut, un nouveau domicile au sein duquel elles poursuivent leur vie.

À cet égard, les concepts de qualité de vie et de qualité des interventions deviennent ainsi indissociables et guident les services et les soins qu'offre le réseau de la santé aux usagers, à leurs familles et leurs proches. Avec les intervenants et gestionnaires, ces derniers sont les acteurs incontournables et complémentaires de leur milieu de vie.

L'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (ci-après appelée « l'Agence »), tout comme la Commission de la santé et des services sociaux, est soucieuse des services et des soins qui sont offerts dans les centres d'hébergement de sa région.

Le présent mémoire a été élaboré pour alimenter la réflexion de la Commission de la santé et des services sociaux, dans son mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD.

Il a été élaboré à partir du document de consultation réalisé par la Direction des travaux parlementaires, en septembre 2013. On y retrouve en premier lieu, une brève présentation de l'Agence, un état de situation relatif aux CHSLD de la région et les réponses relatives aux pistes de réflexion et questions concernant les neuf défis que posent les services et les soins aux personnes hébergées en CHSLD.

Également, l'Agence a identifié des initiatives et des bons coups mis de l'avant par les établissements qui sont concernés par la mission CHSLD. Ces derniers se sont avérés des acteurs de premier plan dans la réalisation et la mise sur pied des idées novatrices, permettant l'amélioration continue de la qualité des soins et services aux personnes hébergées.

Enfin, l'Agence formule quelques recommandations à la suite des constats émergeant des réflexions et consultations du réseau.

1. Les orientations ministérielles : un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Pour nourrir sa réflexion, l'Agence s'est appuyée principalement sur les orientations ministérielles. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* parues en 2003 et les sept principes directeurs qui placent la personne hébergée et ses proches au cœur de l'organisation des soins et services en CHSLD.

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.
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, et 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.

Dans notre région, l'approche milieu de vie est implantée depuis 2005. À ce jour, nous avons accompli beaucoup de travail pour actualiser l'ensemble des orientations ministérielles et répondre aux besoins des résidents des CHSLD.

La philosophie liée à l'approche « milieu de vie » est également partagée auprès de l'ensemble des partenaires.

Des avancées importantes ont été faites dans l'aménagement physique de plusieurs établissements (rénovations, transferts).

Tous les comités de résidents sont fonctionnels et bien intégrés dans chacun des milieux.

Du travail reste à faire quant à la formation du personnel. Par exemple, nous devons poursuivre l'implantation complète du programme d'accompagnement de l'étape de fin de vie (réalisé à 50 %), l'identification de personnes spécifiquement dédiées à l'approche « milieu de vie » et l'organisation de certains milieux d'hébergement pour les clientèles aux prises avec des problèmes d'errance.

2. Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

L'Agence coordonne la mise en place des services de santé et des services sociaux au Saguenay–Lac-Saint-Jean, particulièrement en matière de financement, de répartition des ressources humaines et d'accès aux services. À travers ses 130 employés, l'Agence chapeaute les activités d'un réseau d'établissements regroupant quelque 10 000 employés et doté d'un budget de plus de 750 millions de dollars.

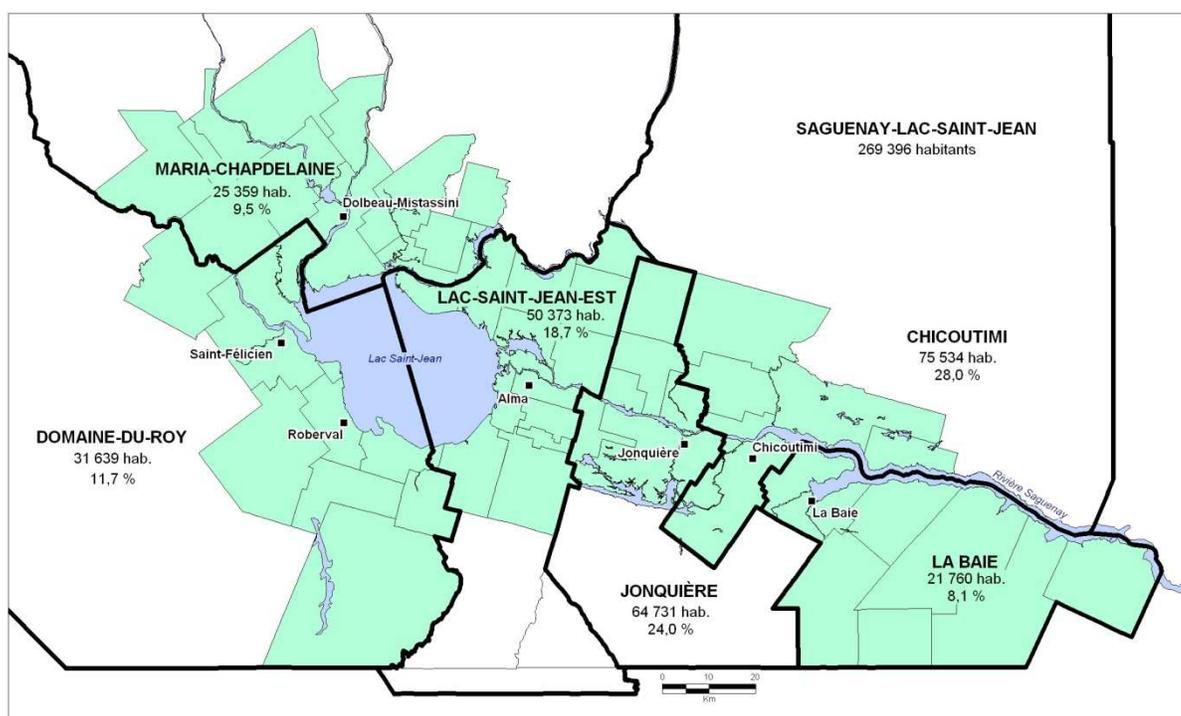
L'Agence fournit également les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection. L'organisation veille ainsi à la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population. À cet égard, elle doit collaborer à la mise en œuvre de ces activités avec d'autres organismes de la région, notamment :

- les municipalités;
- les directions régionales des ministères et des organismes gouvernementaux;
- les établissements du réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur;
- les services de garde (centres de la petite enfance);
- les organismes communautaires à vocation régionale;
- les organismes socioéconomiques.

Il est donc question d'agir non seulement sur la maladie, mais aussi sur les facteurs ayant une influence sur la santé et le bien-être de la population (environnements physique et social, emploi et conditions de travail, habitudes de vie, réseaux de soutien social, etc.).

2.1 Organisation du réseau de la santé et des services sociaux

La région compte six réseaux locaux de services (RLS). Au cœur de chacun des six RLS se trouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion d'un centre hospitalier, d'un centre local de services communautaires (CLSC) et d'un ou plusieurs CHSLD. Outre l'Agence, le réseau de la santé et des services sociaux est composé de huit établissements publics, d'un établissement privé conventionné, et d'un établissement privé non conventionné, le centre Tshishemishk, situé sur la réserve de Masteuiasth sur le territoire du CSSS Domaine-du-Roy (voir le tableau à la page suivante).



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, édition 2010.

2.2 Établissements du réseau régional

RLS	ÉTABLISSEMENT	INSTALLATIONS
La Baie	CSSS Cléophas-Claveau	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de La Baie - CLSC du Fjord (La Baie et Anse-Saint-Jean) - Centre d'hébergement de Bagotville - Centre d'hébergement Saint-Joseph
Chicoutimi	CSSS de Chicoutimi	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de Chicoutimi - CLSC de Chicoutimi - Centre d'hébergement de la Colline - Centre d'hébergement Beaumanoir - Centre d'hébergement Mgr Victor-Tremblay
	Centre d'hébergement Saint-François (CHSLD privé conventionné)	
Jonquière	CSSS de Jonquière	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de Jonquière <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Parcours ▪ Centre de réadaptation en dépendance (CRD) - CLSC de Jonquière - Centre d'hébergement Sainte-Marie - Centre d'hébergement des Années d'Or - Centre d'hébergement Georges-Hébert - Centre d'hébergement Des Chênes
Lac-Saint-Jean-Est	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital d'Alma - CLSC Secteur-Centre - CLSC Secteur-Nord - CLSC Secteur-Sud - Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix - Centre d'hébergement Le Normandie - Centre d'hébergement Isidore-Gauthier
Domaine-du-Roy	CSSS Domaine-du-Roy	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval - CLSC de Saint-Félicien - CLSC de Roberval - Centre d'hébergement de Roberval - Centre d'hébergement de Saint-Félicien
	Centre d'hébergement Tshishemishk (CHSLD privé non conventionné)	
Maria-Chapdelaine	CSSS Maria-Chapdelaine	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de Dolbeau-Mistassini - CLSC Les Jardins du Monastère - CLSC et Centre d'hébergement de Normandin - Centre d'hébergement Oasis
ÉTABLISSEMENTS À VOCATION RÉGIONALE		
<ul style="list-style-type: none"> - Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay–Lac-Saint-Jean 		

2.3 Démographie, vieillissement de la population et portrait sommaire des aînés au Saguenay–Lac-Saint-Jean

Selon les analyses menées par l'Agence, sur les 269 396 habitants¹ que compte notre région, 47 687 personnes sont âgées de 65 ans et plus, soit près de 18 % de la population. Chez nos aînés, (27 181) ont entre 65 et 74 ans, un peu moins du tiers (14 783) a entre 75 et 84 ans, alors que (5 723) sont âgés de 85 ans et plus.

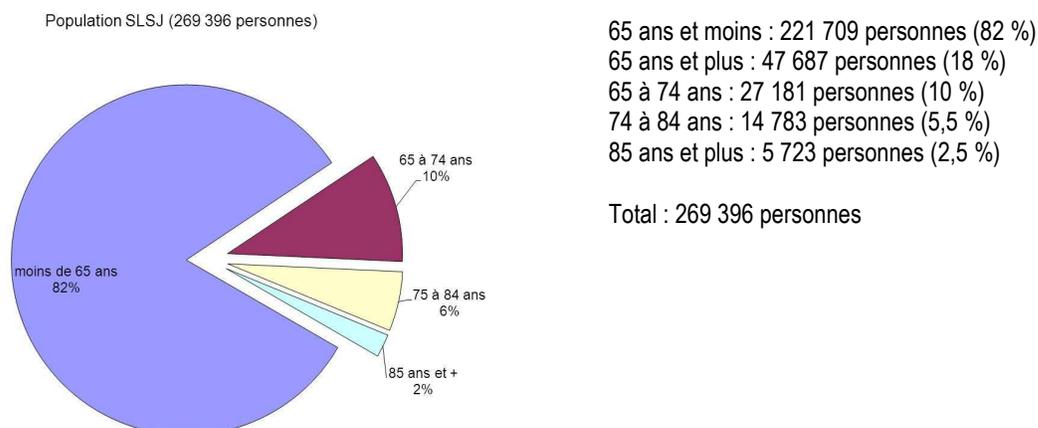
Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 39 % d'ici 10 ans (2 022), la région comptera alors près de 19 000 aînés de plus. Ainsi, on estime qu'une personne sur 4 sera alors âgée de 65 ans et plus. Si le rythme du vieillissement de la population s'accélère au cours des 20 prochaines années, il sera plus rapide au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'au Québec : en 2031, le tiers (33,1 %) de la population de notre région sera âgée de 65 ans et plus, contre 25,6 % au Québec.

L'Agence a mené en 2007 et en 2012, de vastes enquêtes de santé auprès de la population de la région (plus de 4 000 répondants) dans le dessein de documenter l'état de santé et de bien-être ainsi que ses déterminants dans la population adulte du Saguenay–Lac-Saint-Jean (les résultats de la plus récente enquête sont en cours d'analyse). En janvier 2013, l'Agence a présenté à de nombreux partenaires différentes informations tirées de ces enquêtes concernant spécifiquement les aînés, sous le thème *Vieillir en santé au Saguenay–Lac-Saint-Jean*. L'objectif de la démarche était triple :

- se familiariser avec la notion de vieillissement;
- effectuer un survol historique du phénomène de vieillissement au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean et de ses conséquences sur l'état de santé de la population;
- mieux connaître la réalité sociosanitaire des aînés de notre région.

On y apprend entre autres que les aînés vivent de plus en plus longtemps. Ils vivent aussi en bonne santé de plus en plus longtemps. Vivre en bonne santé, c'est vivre sans incapacité. Dans la région, un homme de 65 ans et plus peut espérer vivre près de 11 ans sans incapacité, une femme près de 12 ans.

Toutefois, la prévalence des maladies chroniques augmente de façon très importante en fonction de l'âge. On parle ici par exemple de diabète, d'asthme, de maladies cardiovasculaires. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, la proportion des aînés qui cumulent deux maladies chroniques ou plus est de 15,8 % chez les 65 à 74 ans et de 19,1 % chez les 75 ans et plus (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean*).



¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, édition 2010.

2.4 Les aînés vivant en CHSLD

Notre région compte actuellement 18 installations CHSLD (22 auparavant). Depuis plusieurs années, le réseau régional de la santé et des services sociaux a également développé d'autres types d'hébergement pour la clientèle en perte d'autonomie, par exemple, l'ajout de ressources intermédiaires, mieux adaptées à la condition et aux besoins des usagers.

Depuis 2005, nous avons mis en œuvre un vaste plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie vivant en CHSLD grâce à un investissement de quelque 43 millions de dollars. Notre action a comme objectif d'implanter l'approche « milieu de vie ».

Nous transformons les centres d'hébergement qui sont le domicile de près de 1 200 aînés dans la région. Conçus et pensés à l'origine comme des centres de soins, ils deviennent des milieux de vie pour assurer aux aînés un quotidien encore mieux adapté à leurs besoins, à leurs goûts, à leurs valeurs. Ce nouveau cadre de vie respecte encore plus leur dignité et leur intimité, tout en assurant leur sécurité et leur confort.

Pour ce faire, nous adaptons les installations physiques pour améliorer le milieu de vie des aînés qui y vivent.

Huit centres d'hébergement de notre région ont bénéficié de transformations de ce genre. Et le processus se poursuit.

C'est ce genre d'actions concrètes qui contribuent au maintien et au renforcement des capacités individuelles et du développement personnel des aînés en perte d'autonomie. Mieux encore, ce genre de métamorphose de leur milieu de vie favorise une vie communautaire plus active.

Nous développons et nous transformons les centres d'hébergement, mais nous évaluons aussi la qualité des services qui sont donnés aux aînés. Notre Agence participe aux visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie. Les centres d'hébergement de la région ont tous été visités au moins une fois depuis 2005. Les directions ont dû élaborer et mettre en œuvre, un plan d'amélioration qui respectait les recommandations d'amélioration des services identifiées par les évaluateurs. L'objectif vise l'amélioration des pratiques, la correction des lacunes identifiées et des situations jugées problématiques.

Un professionnel de l'Agence est spécifiquement dédié aux centres d'hébergement. Depuis 2012, il a réalisé des visites dans neuf installations de la région et assure le suivi des plans d'amélioration. Il complète parallèlement une tournée de rencontres avec les comités de résidents de tous les centres d'hébergement.

3. Résumé

Pour la région, on compte dix-huit installations CHSLD totalisant 1 286 places. Au 31 mars 2013, 1 150 personnes y étaient hébergées.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 39 % d'ici 10 ans (2022). On estime qu'en 2031, le tiers (33,1 %) de la population de notre région sera âgée de 65 ans et plus, comparativement à 25,6 % au Québec.

Depuis 2008, toutes les demandes d'hébergement en CHSLD de notre région sont évaluées par les mécanismes d'accès territoriaux de chacun des six CSSS. Le délai moyen d'attente pour une place en CHSLD, après évaluation et acceptation au mécanisme d'accès territorial, est d'environ 20,5 jours. Les conditions d'accès en CHSLD dans la région ont été améliorées de façon très significative grâce à l'instauration de ce mécanisme d'accès territorial.

Parallèlement, l'accélération du développement de services en amont du CHSLD (soutien à domicile, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, soutien communautaire, etc.) a un impact positif sur une organisation optimale des soins pour les personnes hébergées en CHSLD. Notre région, actuellement, répond efficacement aux besoins des usagers hébergés en CHSLD.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les investissements consentis dans le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées totalisaient 99 389 675 \$ en 2012-2013, dont 66,6 % dédiés aux CHSLD.

Le concept milieu de vie s'est implanté dans les CHSLD tout autant par la formation du personnel que par la transformation d'espaces résidentiels dans plusieurs installations (élimination des chambres multiples et des grandes salles communautaires). De plus en plus, l'accent est mis dès l'accueil d'un résident, sur le développement d'une relation de confiance entre le personnel, le résident et ses proches.

Plusieurs défis nous préoccupent au regard des soins et services en CHSLD. Entre autres, notons la mise en place de nouvelles approches, la résistance au changement, le cloisonnement des tâches, la formation de base ou continue insuffisante et l'environnement physique parfois non adapté.

Plusieurs mécanismes sont en place pour assurer des services de qualité : l'encadrement du personnel, le processus d'agrément, les visites d'évaluation ministérielles, les inspections des ordres professionnels, l'action des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, les comités de vigilance, les comités de résidents, les recommandations du Protecteur du citoyen, etc.

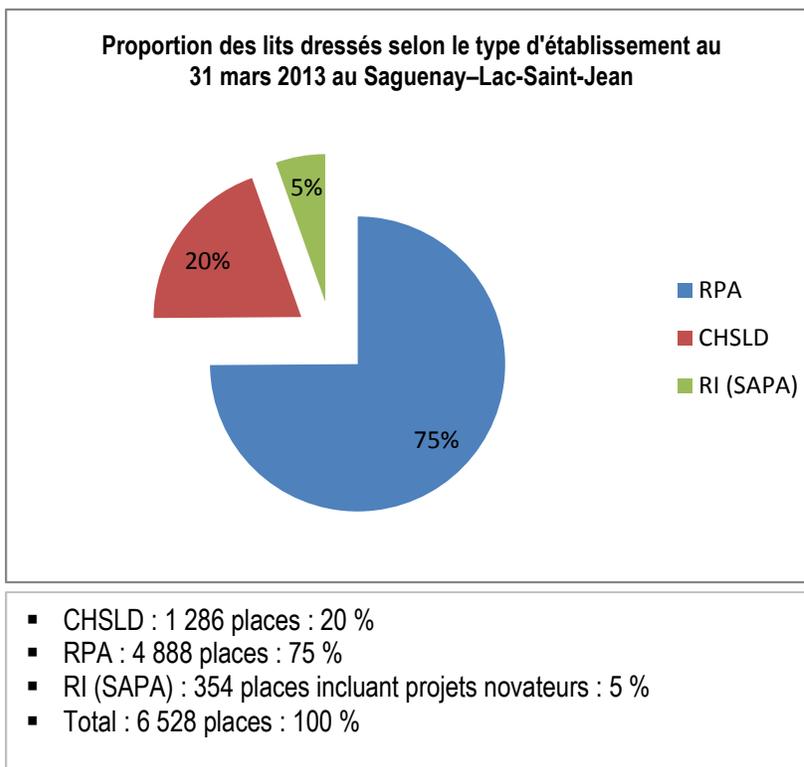
Dans notre région, l'organisation du travail en CHSLD fait en sorte que les établissements ne recourent pas à la main-d'œuvre indépendante : il y a présence d'infirmières sur tous les quarts de travail dans tous les CHSLD (répartition actuelle du personnel : 57 % heures préposés aux bénéficiaires et 43 % heures infirmières et infirmières auxiliaires).

Par ailleurs, un taux d'absentéisme élevé demeure une source de préoccupation pour les établissements. Cette problématique doit être corrigée, tout comme les établissements travaillant à établir une meilleure collaboration avec les syndicats locaux, régionaux et nationaux, entre autres, au niveau de la mobilité des ressources. Tous sont conscients que la formation continue est l'un des éléments indispensables à la création d'un milieu de vie de qualité et qu'une attention particulière doit être portée à la formation des préposés aux bénéficiaires.

En conclusion de sa présentation, l'Agence formule six recommandations à la commission qui touchent l'information aux résidents, la formation du personnel, les systèmes d'information, l'expertise professionnelle, le regroupement des clientèles CHSLD et l'implantation prochaine de l'assurance autonomie.

4. État de situation relatif aux CHSLD dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, au 31 mars 2013, les CHSLD représentaient près de 20 % de l'offre totale de places en hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Globalement, 6 528 places représentent l'offre d'hébergement de notre région. 75 % des places sont situées dans des résidences privées pour aînés (RPA), soit 4 888 places, et 354 places, 5 % se trouvent en ressources intermédiaires pour le soutien à l'autonomie pour les personnes âgées (RI-SAPA).



De plus, on compte un centre d'hébergement privé conventionné de 68 places et un centre d'hébergement privé non conventionné situé sur le territoire du CSSS Domaine-du-Roy, le Centre Tshishemisk, qui compte 20 places.

L'Agence n'a pas conclu d'entente avec des ressources de type privé et a privilégié, le développement de places en ressources intermédiaires. À cet égard, 125 places pour les personnes âgées en perte d'autonomie ont été créées pour mieux répondre aux besoins des usagers présentant un profil d'autonomie plus léger, ce qui représente une augmentation de 54 % depuis 2011 (voir tableau à l'annexe 6).

4.1 L'accès à un CHSLD

Toutes les demandes d'hébergement en CHSLD de notre région sont évaluées par les mécanismes d'accès territoriaux de chacun des six CSSS.

Au 31 mars 2013, 33 personnes attendaient une place dans un CHSLD. De ce nombre, une personne était âgée de 65 ans et moins, et 32 personnes de 65 ans et plus étaient de profil supérieur à 9, selon l'échelle du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (voir annexe 9). Le délai moyen d'attente pour une place en CHSLD après évaluation et acceptation au mécanisme d'accès territorial était d'environ 20,5 jours.

Notre région possède également des lits réservés aux résidents ayant des problèmes de santé mentale et des lits d'hébergement temporaire. Les annexes 1 et 2 présentent deux tableaux qui dressent un portrait de l'offre globale d'hébergement du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

4.2 Les coûts et les tarifs

Selon le nombre moyen de jours présences, le coût moyen d'une place en CHSLD public ou privé conventionné au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2012-2013, est de 73 920,79 \$. Ce coût moyen est sensiblement inférieur au coût moyen d'une place en CHSLD au Québec, qui était de 77 522 \$ en 2011-2012.

Dans notre région, les tarifs mensuels déboursés par les résidents dans ces installations varient de 1 456 \$ à 1 742 \$. Ce sont les mêmes tarifs que partout ailleurs au Québec dans des installations similaires.

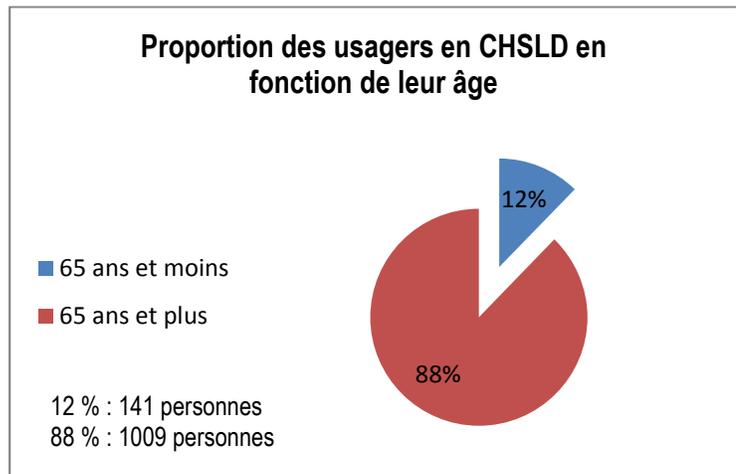
4.3 Les résidents

Au 31 mars 2013, 1 150 personnes vivaient dans un CHSLD public ou privé conventionné. La grande majorité des personnes hébergées sont âgées de 65 ans et plus.

Pour notre région, un seul établissement est privé conventionné et accueille 68 personnes, ce qui représente tout au plus 6 % du nombre total des résidents en CHSLD.

Certains CHSLD voient leur clientèle se renouveler de façon importante, compte tenu du nombre de décès observés; ce renouvellement peut représenter parfois de 35 % à 65 % des usagers annuellement.

Le séjour moyen des personnes admises depuis les deux dernières années dans notre région a diminué, passant de 967 jours (2,64 ans) en 2012 à 865 jours (2,37 ans) en 2013. La moyenne pour l'ensemble du Québec est de 837 jours (2,29 ans) (voir annexe 5).



5. Les défis et les pistes de réflexion que posent les services et les soins de qualité aux personnes hébergées en CHSLD

5.1 L'accessibilité

Question 1.

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

Depuis 1997, le mécanisme d'accès aux services d'hébergement de première ligne est opérationnel dans chacun des six territoires de notre région. Depuis 2008, les CSSS se sont dotés du même cadre de référence pour le mécanisme d'accès territorial. Celui-ci s'appuie notamment sur les principes directeurs et les critères d'admissibilité fondés sur le choix de l'utilisateur et de sa famille, sur l'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et le profil ISO-SMAF (voir annexe 4), ainsi que sur le caractère urgent de la situation, lequel est déterminé par une cote de priorité.

Le Mécanisme d'accès territorial est un mécanisme rigoureux d'accès à l'hébergement pour adultes et pour tous les types d'hébergement de première ligne présents sur le territoire, sous la responsabilité du CSSS (à l'exception du CRDITED).

Cette façon de faire permet des gains importants pour la population et le réseau régional :

- une utilisation généralisée et homogène de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et de l'outil permettant de mesurer l'autonomie fonctionnelle (SMAF);
- une meilleure connaissance des besoins de la population en matière d'hébergement selon les clientèles;
- une meilleure connaissance des différents types de ressources présentes sur le territoire;
- une planification du développement axée sur l'évolution des besoins de la population.

Ainsi, on évite la multiplication des lieux d'hébergement de l'usager en attente d'une place en CHSLD. Les intervenants, l'usager et ses proches se concertent pour répondre aux besoins décrits dans le plan d'intervention, en organisant divers services garantissant la sécurité et le confort de l'usager, dans son domicile ou dans un lieu de séjour temporaire. Il peut s'agir de lits de transition ou de places en ressource intermédiaire pour personnes âgées.

Question 2.

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

Dans notre région, les conditions d'accès ont été améliorées de façon significative avec l'instauration d'un guichet d'accès par territoire. Les places en CHSLD sont occupées en grande majorité par des usagers dont les profils sont compris entre 10 et 14 (échelle E-SMAF). Les autres usagers avec un profil moins élevé (entre 1 et 9), sont orientés vers les ressources d'hébergement appropriées. Ainsi, la bonne personne au bon endroit améliore l'accès aux places en CHSLD.

Le nombre de places disponibles en ressource intermédiaire en 2013 pour les personnes âgées est 354. Il s'agit d'une augmentation de 54 % (125 places) depuis 2011 (voir tableau de l'annexe 7).

Dans certains territoires, les délais d'attente pour une place en CHSLD sont passés de 12 à 18 mois en 2010 à quelques semaines, voire quelques jours en 2013. La rigueur des gestionnaires des mécanismes d'accès territoriaux au niveau du respect des principes et des critères d'admissibilité permet d'améliorer les conditions d'accès (voir annexe 6).

Toutefois, les intervenants des CLSC devraient mieux connaître les étapes de préadmission dans un CHSLD ou dans un autre type de ressource. Dans les situations où la décision d'hébergement est prise lors d'un séjour au centre hospitalier, l'intervenant social devrait poursuivre son intervention jusqu'à l'admission en CHSLD afin d'éviter une succession de changements d'intervenants.

Il importe donc de retrouver en amont des solutions d'hébergement pour toutes les clientèles et une offre de services à domicile suffisante et accessible dans un délai acceptable pour la clientèle présentant un profil plus léger. À cet égard, le projet de loi 67 sur l'assurance autonomie propose des avenues intéressantes permettant aux usagers de choisir leur prestataire de services (CSSS, entreprises d'économie sociale en aide domestique, organismes communautaires, personne physique, société, etc.).

Question 3.

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

Les mesures pour réduire l'attente sont coordonnées par le CSSS. Depuis la diversification des solutions d'hébergement entreprise, il y a quelques années, le temps moyen d'attente pour une place en CHSLD s'est grandement amélioré dans notre région, se situant actuellement autour de 20,5 jours après l'étape de l'orientation par le mécanisme d'accès territorial.

L'harmonisation constante des offres de services en soutien à domicile et en hébergement contribue à réduire l'attente d'une place en CHSLD. Les bonnes personnes, aux bons endroits, avec les bons services, deviennent le *leitmotiv* des gestionnaires de l'accès à l'hébergement.

L'évaluation des usagers par les équipes de soutien à domicile des CSSS permet une orientation optimale de ceux-ci, en favorisant le meilleur choix et en évitant la multiplication des transferts dans des ressources ne répondant pas aux besoins évalués.

De plus, les places d'hébergement temporaires, qui ont été déployées en plus grand nombre dans certains territoires, permettent de libérer des places dans des lits de soins de courte durée et ainsi assurent le maintien du potentiel d'autonomie et la sécurité des usagers.

Les principales mesures à considérer se retrouvent dans le Livre blanc sur l'assurance autonomie (mai 2013) et dans les orientations du projet de loi n°67 qui a été récemment déposé. Ces mesures devraient contribuer à :

- un dépistage précoce des situations de vulnérabilité;
- une évaluation de la condition et des besoins de la personne dans son milieu de vie naturel, qui précise le contenu du plan de services pour la personne;
- un ensemble de places d'hébergement diversifié qui correspond aux caractéristiques de la population couverte par le réseau local de services;
- un mécanisme d'accès à l'hébergement fonctionnel et continu;
- une offre de services en soutien à domicile dans le milieu de vie naturel (domicile et résidence privée pour aînés) qui assure le maintien de l'autonomie de l'usager et le soutien des proches aidants;
- une offre de services conjuguée à la contribution de tous les acteurs du réseau de la santé, tels que les centres de jour des CSSS, les entreprises d'économie sociale en aide domestique, les organismes communautaires, les groupes de médecine familiale;
- une intégration optimale des corridors ou trajectoires de services offerts par le réseau avec l'ensemble des partenaires;
- une utilisation efficace des outils d'information permettant de guider adéquatement les gestionnaires du réseau régional : dossier clinique informatisé, réseau de services intégrés pour personnes âgées;
- une évaluation et une révision régulières de l'offre de services en soutien à domicile et en hébergement, en fonction de l'évolution des besoins de la population desservie.

Ce sont là des conditions en vertu desquelles les CSSS, peuvent assurer un meilleur accès et réduire les délais d'attente pour une admission en CHSLD.

Question 4.

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

Dans notre région, elle permet d'y répondre efficacement, tout en devant composer avec de nombreux impératifs : effectifs, formation, financement, reddition de comptes, etc.

Le réseau de services et les intervenants se centrent sur l'usager dans son milieu de vie. L'organisation des soins se fonde autant sur des valeurs humaines que sur des valeurs professionnelles, pour en assurer son adaptation aux nouvelles réalités engendrées par le vieillissement de la population.

- L'outil de base qui guide l'organisation des soins dans tous les CHSLD est le plan d'intervention personnalisé des usagers, préparé en interdisciplinarité avec l'étroite collaboration du résident et de ses proches. Le plan d'intervention guide la préparation des plans de travail des équipes, suivant l'évolution des conditions biopsychosociales de l'usager.

L'organisation des soins s'effectue également avec les profils des usagers, qui sont réévalués annuellement. Cette organisation reflète notamment les besoins spécifiques en personnel sur les différentes unités de vie du CHSLD.

Ainsi, une unité prothétique qui regroupe des profils présentant des déficits cognitifs ou de comportement doit disposer d'équipes compétentes et formées pour intervenir auprès de ces clientèles.

Les conditions pour une organisation optimale des soins, selon l'approche du milieu de vie, se fondent notamment sur :

- des plans d'intervention pour tous les usagers, incluant l'histoire de vie, réalisés dans un délai ne dépassant pas six semaines après l'admission et amorcés avec le résident et ses proches, dès son arrivée;
- une stabilité des équipes de soins et d'assistance, une condition de plus en plus reconnue comme une pratique gagnante pour les résidents des CHSLD, par exemple : minimum de trois mois dans le même milieu de vie (unité de vie) pour le personnel de soins et d'assistance;
- un ratio de préposés aux bénéficiaires plus élevé que le ratio de soins infirmiers, ce qui reflète les besoins grandissants de services d'assistance et se veut une bonne pratique constatée lors des visites d'évaluation en CHSLD (40 % personnel infirmier, 60 % préposés aux bénéficiaires);
- des services professionnels adéquats pour répondre aux besoins plus complexes des usagers avec des profils multiples (trouble du comportement, déficit cognitif, psychiatrique, etc.); les ratios de services professionnels doivent être augmentés pour faire face à ces problématiques, incluant les services de loisirs.

Dans la région, nous constatons que ces orientations sont reconnues comme de bonnes pratiques et sont des références pour les CSSS.

Certains aspects préventifs pourraient cependant être davantage développés régionalement et localement, avec la collaboration du milieu médical. Soulignons les préoccupations au regard de la santé dentaire, de la santé auditive et de la santé visuelle des usagers hébergés, des aspects souvent secondaires dans les suivis médicaux. À cet effet, un suivi médical dans la continuité est à maintenir, à la suite de l'admission de l'usager, principalement pour les services spécialisés comme la santé mentale.

Soulignons également l'aspect relationnel et occupationnel qui est historiquement l'attribut du volet loisir dans les CHSLD. La solitude et l'isolement des usagers sont des défis quotidiens pour le personnel et les gestionnaires en termes d'organisation des soins et d'organisation du travail. L'approche individuelle est en développement et requiert des ressources spécifiques comme des éducateurs spécialisés, des psychoéducateurs, des récréologues.

En terminant sur ce point, les ratios de personnels préconisés par Philippe Voyer, professeur titulaire et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) sont de plus en plus appliqués et notre région s'approche des ratios recommandés. Le ratio actuel est de 43 % de personnel infirmier et 57 % de préposés aux bénéficiaires.

Question 5.

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

Elles nous apparaissent adéquates tout en étant en constante évolution, au rythme de l'adaptation des offres de services des CSSS en soutien à domicile et en hébergement en ressource intermédiaire, selon les caractéristiques des populations desservies et selon les meilleures pratiques. L'attente en milieu hospitalier est à éviter. On observe dans les CSSS de la région, plusieurs mesures développées en ce sens :

- une offre de services en soutien à domicile mieux adaptée aux besoins de la personne en attente d'une place en hébergement, incluant les besoins des proches aidants concernés; cette offre peut varier en intensité. Le modèle de services en soins palliatifs à domicile s'avère un modèle adaptable pour des usagers en attente d'une admission en CHSLD;
- une place en hébergement temporaire peut également être une solution avant l'admission définitive. Toutefois, cet accommodement est limité en nombre selon les CSSS et peut aussi représenter une étape supplémentaire plus difficile. Pour certains profils d'usagers, il importe d'éviter les multiples transferts.

Souvent, les proches (la famille et la personne elle-même) trouvent trop court le délai de 48 heures pour occuper la place disponible en CHSLD. Il importe donc de s'assurer que l'accompagnement de la famille et du futur résident est planifié par l'intervenant social du CSSS durant la période d'attente jusqu'à l'admission définitive.

Dans notre région, le délai moyen d'attente était de 20,5 jours en 2012-2013. Depuis 2010-2011, le délai moyen s'est amélioré pour l'admission en CHSLD. Pour l'accès aux ressources intermédiaires, le délai s'est aussi amélioré depuis les trois dernières années (voir annexe 7).

5.2 Le financement

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2012-2013, les investissements consentis dans le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) totalisaient 99 389 675 \$ et se répartissaient ainsi :

	Données financières Saguenay–Lac-Saint-Jean 2011-2012 (\$ et %)		Données financières Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012-2013 (\$ et %)		Comparaison avec les données québécoises disponibles 2011-2012 (100% = 2,9G \$)*
	\$	%	\$	%	
Hébergement CHSLD et privé conventionné	65 892 742 \$	70,15%	66 219 874 \$	66,60%	64%
Ressources intermédiaires et résidences d'accueil	5 594 425 \$	5,95%	9 160 135 \$	9,20%	10%
Services dans la communauté (soutien à domicile)	16 012 835 \$	17,05%	17 616 491 \$	17,70%	17%
Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (65 ans et +)	3 198 990 \$	3,40%	3 257 317 \$	3,30%	9%
Organismes communautaires (65 ans et +)	2 740 129 \$	2,92%	2 663 142 \$	2,70%	
Services gériatriques (2 ^e ligne)	490 855 \$	0,53%	472 716 \$	0,50%	
TOTAL	93 929 976 \$	100,00%	99 389 675 \$	100%	100%

* Ministère de la santé et des services sociaux, 2013, Livre blanc sur l'assurance autonomie, page 14.

Question 6

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

Comme le relevait le vérificateur général du Québec dans son rapport sur l'hébergement en CHSLD au printemps 2012, la dimension économique est peu considérée lors du choix du type d'hébergement ou du mode de prestation de services (hébergement ou soins à domicile). Toutefois, une variable qui nous apparaît tout aussi importante est le choix d'une prestation de services qui va maximiser la capacité d'autonomie de la personne. Ce choix doit être ultimement celui de l'utilisateur, tel que le propose le projet de loi sur l'assurance autonomie.

L'utilisation d'outils validés et performants de classification des besoins et des services (SMAF et OEMC) permet de choisir une mesure qui est centrée sur la maximisation du potentiel d'autonomie de la personne. Incidemment, ce choix est souvent le plus économique à la fois pour l'utilisateur et pour la société.

En ce sens, le CHSLD (public ou privé conventionné) ne devrait être utilisé que pour les usagers les plus lourdement affectés et pour lesquels les services ne peuvent être donnés adéquatement dans des ressources d'hébergement plus légères, comme les ressources intermédiaires, les résidences privées pour aînés ou à domicile.

Pour ce qui est du financement actuel des CHSLD, on constate qu'il représente une grande partie des dépenses totales du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées dans notre région (66,6 %, soit 66 219 874 \$ sur 99 389 675 \$, en 2012-2013).

Question 7.

Quelle est votre opinion sur la tarification des CHSLD?

Tout comme le vérificateur général du Québec le soulignait en 2012, nous sommes d'avis qu'il serait pertinent de revoir et d'évaluer périodiquement la contribution des personnes âgées hébergées ainsi que l'ensemble des frais qu'elles assument. Incidemment, il serait tout aussi approprié d'évaluer s'il n'y a pas lieu de revoir le montant maximal de la contribution en hébergement public et privé conventionné pour l'ajuster aux revenus des résidents.

5.3 L'organisation physique

Question 8.

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

L'Agence s'acquitte de son rôle essentiel dans l'instauration du concept milieu de vie par :

- une vision d'ensemble des besoins des installations. Pour ce faire, les échanges avec les établissements et des visites sur les lieux sont essentiels;
- une planification quinquennale d'investissements immobiliers offrant les moyens financiers nécessaires pour faire la différence entre une mise à niveau des lieux physiques et l'introduction immobilière du concept milieu de vie;
- une démarche régionale axée sur le partage des expertises et une écoute respectueuse de la part de l'ensemble des intervenants (clinique et technique).

Depuis l'instauration du *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*, l'Agence et les établissements se sont approprié le concept milieu de vie. Cette appropriation s'est concrétisée de deux façons :

1. En répondant aux priorités d'interventions immobilières du ministère soit :
 - a) l'élimination des lits de longue durée dans les centres hospitaliers;
 - b) l'élimination des chambres multiples (3 et 4 lits);
 - c) la priorisation des situations de contraintes d'accès reliées aux caractéristiques architecturales;
 - d) la priorisation des projets visant à supporter l'implantation du concept milieu de vie.
2. En procédant à des interventions architecturales et des transformations d'espaces résidentiels originales qui répondent aux besoins quotidiens des personnes hébergées et en les publicisant auprès des autres établissements de la région.

Depuis 2005, dans notre région, l'organisation des lieux physiques dans l'approche milieu de vie a été, au fil des projets réalisés et des limites budgétaires, peaufinée et précisée en innovant dans plusieurs aspects de cette organisation (luminosité, couleur, accès) et dans l'objectif de favoriser l'autonomie de l'usager (hauteur des miroirs, tablettes, etc.).

Les interventions architecturales innovantes ont été partagées dans tout le réseau régional. Dans l'objectif d'atteindre un concept milieu de vie le plus exemplaire possible dans la réponse aux besoins des personnes hébergées, et faisant montre d'une grande ouverture d'esprit, les professionnels et les gestionnaires ont visité les lieux et constaté l'amélioration et les réalisations obtenues.

Question 9.

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

Le Saguenay–Lac-Saint-Jean a misé sur l'innovation afin d'adapter des immeubles non conçus initialement pour une clientèle en lourde perte d'autonomie.

La philosophie des *petits pas* a été retenue. Aucune construction neuve n'a été érigée. Le réaménagement des espaces existants, nécessitant pour certains des agrandissements, a permis de favoriser l'implantation du concept de milieu de vie dans six établissements. La priorisation des espaces de vie (privé et commun) a été instaurée.

L'élimination des grandes salles communautaires, remplacées par des espaces salon/salle à manger de plus petite dimension, permet de favoriser un milieu plus chaleureux, plus intime. La reconfiguration des postes de garde, tout en diminuant leur superficie, permet de répondre aux besoins du personnel, de favoriser leur travail sur les unités de vie auprès des résidents et d'éliminer l'atmosphère d'unité de soins.

L'introduction d'ameublements fixes dans les chambres, conçus pour répondre aux besoins des résidents au quotidien, comme :

- comptoir de lavabo suffisamment grand et avec tiroir pour permettre de placer les effets personnels accessibles sans avoir recours à l'aide du personnel;
- meuble télé à hauteur déterminée permettant à une personne alitée d'avoir une vision confortable;
- tablette ou espace mural permettant aux résidents d'y apposer photos, cadres ou autres souvenirs.
- Modification apportée aux tables de chevet (de fixes à mobiles), près du lit permettant d'aménager l'espace de façon à satisfaire les besoins des résidents (déplacement du lit près des fenêtres, déplacement du mobilier pour introduire des meubles personnels, etc.).

Question 10.

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

Quatre initiatives régionales intéressantes sont à mentionner :

- 1) L'unité prothétique du Centre d'hébergement Sainte-Marie (CSSS de Jonquière) offre aux résidents un environnement calme et permet aux personnes avec errance de déambuler à travers un circuit de corridors.
- 2) Le réaménagement des unités du Centre d'hébergement Des Chênes (CSSS de Jonquière) permet au personnel d'être constamment auprès des résidents, de configurer l'espace pour en faire des unités de vie distinctes qui permettent au fil du temps de répondre aux besoins organisationnels en créant, entre autres, des unités prothétiques fermées autonomes (salle à manger, salle de bain, utilité propre/utilité souillée, par aile).
- 3) Au Centre d'hébergement de Bagotville (CSSS Cléophas-Claveau) la reconfiguration d'un immeuble qui ne répondait plus aux besoins des résidents, mais qui était implanté dans un environnement urbain, et dynamique : acquisition d'une résidence adjacente pour démolition, ouverture des salles à manger vers l'extérieur permettant aux résidents, en toute saison, d'avoir un contact avec la vie communautaire du quartier, etc.
- 4) Au Centre d'hébergement de la Colline (CSSS de Chicoutimi) offre aux résidents des unités de vie de dimensions humaines et fonctionnelles. Au rez-de-chaussée, on y retrouve la clientèle à mobilité réduite ainsi que les usagers de 65 ans et moins. L'aménagement des aires de vie favorise la circulation des résidents et leurs proches et correspond tout à fait à l'approche milieu de vie.

5.4 Les clientèles particulières

Question 11.

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

Dans le réseau régional des CHSLD, au 31 mars 2013, près de 12 % des résidents ont moins de 65 ans. Même si nous continuons à travailler à diminuer ce taux, il demeure que des personnes de moins de 65 ans continueront à habiter des CHSLD, et ce, en raison de divers facteurs.

Les problèmes rencontrés, lors d'une telle cohabitation, prennent généralement la forme suivante :

- certains résidents préféreraient vivre dans un logement adapté dans leur milieu naturel, mais leur accès est limité ou les services que requiert leur condition ne sont pas suffisants;
- certains résidents de moins de 65 ans peuvent ressentir de la tristesse (parfois de la détresse) de se voir hébergés dans un CHSLD, ce qui projette une image différente de leur condition psychologique réelle;
- d'ordre intergénérationnel, les plus jeunes peuvent avoir un horaire de vie plus éclaté que leurs aînés (lever-coucher, sorties extérieures, utilisation des équipements électroniques – musique, ordinateur);
- certains résidents peuvent aussi être affectés par les décès fréquents des aînés qui cohabitent avec eux.

C'est pourquoi ces résidents nécessitent une approche adaptée à leur condition de la part des employés, au niveau des soins et de l'assistance, afin que leur milieu de vie permette leur épanouissement et le maintien de leurs capacités. Les activités sociales et de loisirs adaptées sont une des préoccupations importantes que doivent avoir les gestionnaires, car les besoins des personnes de moins de 65 ans sont différents et davantage axés sur les liens avec la communauté.

Question 12.

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

Au Centre d'hébergement de Bagotville (CSSS Cléophas-Claveau), les résidents de moins de 65 ans participent activement au comité de résidents, ce qui permet de solidifier le dialogue et les échanges avec l'équipe de gestion du centre d'hébergement. Ceci développe un sentiment d'appartenance et une meilleure compréhension des réalités spécifiques aux générations qui cohabitent.

Au Centre d'hébergement de la Colline (CSSS de Chicoutimi), la programmation des loisirs tient compte de la présence des plus jeunes résidents en proposant des activités spécifiquement orientées vers la communauté. Une grille d'activités particulières est préparée à leur intention. Une unité, sise au rez-de-chaussée, leur est dédiée et permet le regroupement des personnes âgées de moins de 65 ans.

La tendance observée sur les territoires des CSSS est de développer davantage d'îlots résidentiels, de logements adaptés, de ressources intermédiaires ou de sections de ressources intermédiaires dédiées spécifiquement aux personnes physiquement handicapées. Certains programmes gouvernementaux favorisent l'émergence de milieux de vie établis dans la communauté, lesquels sont mieux adaptés (petit logement) aux besoins des usagers, qui ont ainsi le sentiment de vivre dans un environnement plus naturel.

Question 13.

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

Dans notre région, ces clientèles sont marginales. Dans certains CSSS, on a toutefois observé que des personnes autochtones hébergées dans un environnement CHSLD pouvaient présenter certaines difficultés, notamment au niveau de la communication et des habitudes de vie. On remarque que ces personnes sont davantage isolées. Les proches jouent alors un rôle important pour faciliter une prestation de services adéquate et une meilleure intégration. Dans notre région, un CHSLD privé non conventionné de 20 places sur le territoire du CSSS Domaine-du-Roy répond aux besoins de la communauté habitant sur la réserve de Mashteuiatsh.

Question 14.

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

Pour les situations de ce type qui se sont présentées dans quelques CHSLD de la région, la réalisation rapide d'un plan d'intervention (impliquant les proches) a permis d'aplanir plusieurs des obstacles liés à la communication ou à la culture. Le personnel s'est donc positionné rapidement comme un partenaire avec les proches pour assurer au résident une qualité de vie optimale.

Une bonne information transmise aux autres résidents et à leurs familles favorise ainsi la résolution de plusieurs problèmes d'intégration.

5.5 Les proches aidants

Question 15.

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

Lors de l'accueil du résident et de ses proches dans un CHSLD, il est important de créer un rapport convivial afin d'amorcer une relation de confiance. Généralement, un protocole d'accueil systématique est suivi : la préadmission et la visite des lieux, l'admission et l'installation dans la chambre, le cheminement sur l'unité de vie et dans l'horaire quotidien, etc. L'accueil s'étale sur plusieurs jours et comprend des rencontres fréquentes avec les proches et le résident, le tout complété, au besoin, par des contacts téléphoniques.

On prend le temps d'expliquer l'essentiel au moment de l'admission définitive et de le faire par étape, car le résident et ses proches n'assimilent pas nécessairement la totalité des informations transmises et disponibles dans le guide d'accueil. Il importe que le personnel accompagne le nouveau résident dans son intégration, quelle que soit sa condition physique ou psychologique.

Voici des facteurs favorisant ce partenariat :

- établir le plan d'intervention préliminaire dès l'arrivée et convenir d'une date pour la rencontre sur les éléments identifiés au plan d'intervention interdisciplinaire;
- désigner une personne répondante pour le résident : infirmière, préposé aux bénéficiaires, éducateur spécialisé ou travailleur social;
- présenter les règles de vie et faire preuve de flexibilité pour permettre au résident de s'y adapter;
- favoriser pour le résident et ses proches leur participation aux activités de loisirs;
- mettre l'accent sur l'importance de maintenir des liens entre les résidents, les proches et avec la communauté. Proposer un accompagnement et des outils;
- établir la confiance avec les équipes de travail et les proches est un facteur qui solidifie le partenariat, résident – partenaire et répondant – partenaire;
- préparer rapidement un sommaire de l'histoire de vie du résident et expliquer l'approche du milieu de vie aux proches;
- développer des outils facilitants pour intégrer les résidents est primordial;
- faire rapidement le lien avec le comité de résidents du centre d'hébergement.

Question 16.

Quels sont ceux qui le freinent?

- l'éloignement géographique des proches aidants;
- l'incompréhension de l'état émotionnel de la personne et de ses proches, dans un contexte d'admission ou dans un contexte de perte d'autonomie;
- tarder à faire le plan d'intervention personnalisé au-delà d'un délai raisonnable (maximum de six semaines);
- ne pas cerner toutes les dimensions de l'histoire de vie du résident et de ses habitudes de vie (manque d'écoute);
- ne pas assurer de suivi dans un délai raisonnable à des demandes de la part des proches;
- ne pas vérifier le niveau de satisfaction des proches par une consultation régulière;
- ne pas tenir compte des commentaires et suggestions proposés par les proches;
- considérer les proches comme de la visite;
- ne pas offrir aux résidents le soutien et les moyens pour développer une relation positive avec leurs proches;
- manque d'information et rétroaction fait à la famille;
- ne pas aviser rapidement les proches lors d'incident ou d'accident avec le résident.

Question 17.

Comment peut-on maintenir la relation du résident avec ses proches?

Plusieurs conditions vont développer ou consolider cette relation :

- en les associant et les impliquant dès la préadmission et l'admission (écoute, ouverture, consultation, décoration de la chambre);
- en amorçant rapidement la réalisation du plan d'intervention et de l'histoire de vie;
- en créant une démarche de suivi régulier, qui fait notamment écho du niveau de l'intégration du nouveau résident;
- en signifiant les attentes mutuelles (offre de services, rôle du proche);
- en introduisant le programme d'activités du centre d'hébergement et des possibilités d'accompagnement et de participation pour les proches;
- en offrant la possibilité de rencontres familiales (fête de famille, accès facile à un téléphone, aux courriels, etc.);
- en fournissant régulièrement des nouvelles du milieu de vie, notamment par l'entremise d'un petit journal ou de communiqués transmis aux familles pour les inviter à participer aux activités offertes.

Question 18.

Quels facteurs peuvent nuire au maintien de la relation du résident avec ses proches?

Plusieurs éléments viennent diminuer leur implication dans le plan d'intervention :

- les proches sont considérés comme de la visite et non comme des partenaires;
- les outils, les conseils (si perte cognitive accélérée du résident) ou une forme d'accompagnement sont insuffisants;
- les attentes mutuelles sont floues ou mal comprises;
- peu d'information est transmise à la famille lors d'un changement dans le comportement ou l'état général du résident;
- manque de lien avec le médecin responsable du suivi médical;
- soutien psychosocial difficilement accessible à la famille;
- aucun endroit accueillant pour des rencontres familiales.

Question 19.

Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

Au Centre d'hébergement Métabetchouan-Lac-à-la-Croix (CSSS de Lac-Saint-Jean-Est) par l'entremise du volet loisir et du comité de résidents, un dîner mensuel est organisé pour les nouveaux résidents et leur famille. Cette activité est l'occasion de créer une relation entre ces deux entités, de présenter le programme d'activités et aussi de mieux comprendre le niveau de capacité et d'intérêt du résident. L'histoire de vie du résident est alors plus facilement amorcée dans son nouveau milieu.

Au Centre d'hébergement Georges-Hébert (CSSS de Jonquière) deux postes informatiques accessibles aux résidents ont été installés avec l'aide d'un soutien et d'un accompagnement pour ouvrir une boîte de courriel, un accès *Skype*, des jeux électroniques, etc.

Dans une autre des installations CHSLD de ce CSSS, soit au Centre d'hébergement Des Chênes, l'organisation de l'espace permet aux familles d'organiser un repas familial en toute quiétude, avec tous les outils nécessaires.

Aux centres d'hébergement de Normandin et Oasis (CSSS Maria-Chapdelaine) les comités de résidents publient quatre fois par année, un petit journal relatant des activités, des anecdotes, des portraits de résidents, etc. Ce journal est également distribué aux familles.

Au Centre d'hébergement de Roberval, situé dans un centre hospitalier, il est possible pour le résident et ses proches d'aller prendre un repas à la cafétéria, comme on va au restaurant. De plus, un important projet de réorganisation du travail, qui sera implanté en février 2014, augmentera le soutien et l'assistance aux résidents.

Soulignons que les comités de résidents de toutes les installations CHSLD convoquent au moins deux fois par année les résidents et leurs proches à des activités d'information, qui précisent le rôle des comités, mais aussi y invitent des représentants du CSSS, pour transmettre diverses informations en lien avec l'organisation du travail, le milieu de vie, les projets mis de l'avant, etc.

Les CHSLD devraient développer davantage les nouvelles technologies pour communiquer avec les familles et les proches, en transmettant régulièrement par courrier électronique ou courrier standard, des nouvelles et des invitations pour des activités, en rendant accessible dans les murs du centre, un accès Internet en tout temps.

5.6 Les services et les soins

Question 20.

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

L'approche milieu de vie préconise que tous les moyens soient mis en place pour faire en sorte que les résidents se sentent le plus possible chez eux. Tous les employés doivent également comprendre qu'ils viennent travailler chez ces résidents et non l'inverse. L'approche et l'attitude des employés du CHSLD sont teintées par cet esprit et cette façon d'exécuter le travail, qui induit plus facilement le sentiment du chez-soi pour les résidents. Il s'agit d'une modification importante et essentielle pour améliorer la qualité de vie.

Dans un CHSLD, plus concrètement, le corridor devient une rue et la chambre devient un domicile occupé par un résident, qui reçoit à son domicile des employés pour l'accompagner dans ses activités de vie quotidienne et pour suivre sa condition de santé, tout comme les autres employés qui y exécutent aussi des tâches pour les activités de vie domestique (exemples : entretien ménager, alimentation).

Les autres modifications sont davantage en lien avec la connaissance des besoins des résidents. Il importe de personnaliser les services et les soins, d'éviter les routines, c'est-à-dire de faire la même chose à tout le monde tous les jours; d'accompagner les résidents dans leurs activités et non faire à leur place pour aller plus vite, et respecter l'autodétermination. Lors de l'admission, il est donc essentiel pour le personnel de s'empresse de connaître les préférences et les capacités du résident.

Des activités spécifiques encadrées par un professionnel sont aussi utiles pour créer des liens entre le personnel et les résidents, surtout avec les préposés aux bénéficiaires. Désigner un intervenant-répondant pour le résident, élaborer son histoire de vie, lorsque possible, tenir des ateliers sur la réminiscence, et favoriser un pairage avec un autre résident : voilà autant de moyens pour améliorer la qualité de vie.

Dans les situations où le résident présente des troubles de comportement, la dimension du lien entre le personnel et le résident doit être développée et soutenue par toute l'équipe de soignants. Le soutien clinique, tant celui de l'infirmière que de l'intervenant social est alors une condition qui favorise des relations plus adéquates.

Le rôle accru de l'intervenant social dans le cadre de l'admission et de la post-admission du résident peut contribuer à améliorer sa qualité de vie, que ce soit en termes de soutien psychosocial aux proches, de rôle-conseil pour maintenir ou développer des liens entre le résident, sa famille et le personnel. Cet accompagnement prend tout son sens lors d'étapes significatives induisant un changement dans le comportement du résident ou dans son état de santé.

L'organisation des services et des soins peut également contribuer à améliorer la qualité de vie, en s'adaptant aux besoins des résidents. Exemples : des horaires du personnel en loisir qui correspondent à la disponibilité des résidents; lors des heures de repas des résidents, tout le personnel est mis à contribution en adaptant ses propres horaires de repas; les soins d'hygiène peuvent aussi être l'objet d'un horaire flexible en tenant compte des préférences des résidents; le confort et la sécurité des résidents dans les espaces communs sont assurés par diverses attentions préventives, comme un éclairage adéquat, un bon positionnement, une ambiance calme ou stimulante.

Question 21.

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

Voici quelques-unes des principales balises ou conditions pour assurer la continuité des services et des soins :

- la stabilité du personnel est un atout indéniable recommandé dans les meilleures pratiques (éviter les rotations);
- l'assignation de personnel régulier à un groupe stable de résidents;
- des plans de travail détaillés et révisés au besoin, conformes aux plans d'intervention présentés et remis au personnel, lors des rencontres de changement de quart de travail;
- des rencontres régulières des équipes de travail : professionnels, préposés aux bénéficiaires, chefs d'équipe;
- des outils de travail adéquats, qui n'alourdissent pas la tâche : mettre à niveau les applications structurant les plans de travail des membres de l'équipe;
- des suivis médicaux réguliers et complets;
- s'assurer que le personnel de remplacement prenne connaissance des plans de travail et soit orienté adéquatement et présenté aux résidents par un membre du personnel régulier;
- existence d'une banque spécifique de personnel de remplacement d'intervenants pour les CHSLD;
- implication et mobilisation accrue du personnel des services alimentaires et d'entretien ménager dans le concept milieu de vie.

Question 22.

Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

- les rencontres systématiques de tous les employés entre les quarts de travail permettent d'assurer la continuité;
- la stabilité des équipes de soins et d'assistance, pour un minimum de trois mois, y contribue significativement;
- lors d'un transfert temporaire en courte durée : outre le plan de soins, une fiche synthèse des principales caractéristiques des besoins du résident est jointe et commentée par la responsable de l'unité.

Question 23.

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

- en revoyant régulièrement avec l'ensemble du personnel les principes de l'approche milieu de vie : les employés sont des accompagnateurs à l'écoute, qui s'adaptent aux besoins des résidents;
- en utilisant les divers outils ou produits qui vont favoriser cette intégration sur une longue période : équipements d'aide à la marche, ustensiles ergonomiques, tables adaptables, jeux pour des activités ludiques, etc.;
- en réalisant le plan d'intervention du résident en interdisciplinarité, lequel se conjugue avec une évaluation globale de la personne et le soutien des professionnels : ergothérapeute, physiothérapeute, éducateur spécialisé, psychoéducateur, travailleur social, récréologue;
- lorsque le résident est admis après un séjour en centre hospitalier, un plan doit être préparé par les professionnels du CHSLD afin que toute l'équipe porte une attention particulière avec un objectif de maintien et de renforcement des capacités.

Chacun des employés concernés sait ainsi avec un plan de travail précis, comprenant des objectifs et un suivi de professionnels, dans quelle mesure les capacités du résident devraient être mises à contribution lors des activités de la vie quotidienne.

Question 24.

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

Dans plusieurs activités de la vie quotidienne, comme l'alimentation, la marche, l'hygiène personnelle, la socialisation, il importe que les plans de travail des employés reflètent des objectifs d'autonomie fonctionnelle mettant en valeur les capacités, les intérêts. En ce sens, toute l'organisation du travail doit favoriser la présence active du personnel auprès des résidents.

Des tâches simples, mais significatives peuvent être confiées à des résidents :

- entretien des plantes sur une unité ou surveillance des oiseaux;
- mise en place des tables pour le repas;
- distribution du journal interne ou du journal Le Quotidien;
- mettre à jour le calendrier de l'unité : tableau d'orientation;
- programme de marche conjugué à une séance de Viactive;
- programme de stimulation sensorielle (musique, odeur, toucher);
- exposition d'art ou d'artisanat;
- séances de massage, des frictions;
- un espace sur l'unité de vie qui facilite l'activité physique, les jeux, etc.

Question 25.

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

Lorsqu'on évoque une ou des approches alternatives, on fait référence à une expérimentation et à une introduction progressive de moyens qui sortent des sentiers battus.

Plusieurs facteurs peuvent freiner l'innovation et les approches alternatives :

- la méconnaissance de ces nouvelles approches et de leurs impacts positifs;
- le manque de temps ou de volonté pour introduire des nouveautés;
- la résistance au changement, le manque d'ouverture (tant des gestionnaires que du personnel des équipes de travail);
- le cloisonnement des tâches spécifiques à chacun des types d'employés (manque de flexibilité dans l'organisation du travail);
- une formation de base ou continue qui est insuffisante pour les employés;
- des équipements inadéquats pour se substituer à certaines mesures de contrôle (éviter les contentions);
- un environnement physique non adapté.

Il importe d'instaurer des mécanismes pour faire connaître et implanter les meilleures pratiques en instaurant des moments et des lieux pour des échanges, des colloques, des tables de concertation, des forums de discussion.

Question 26.

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

L'implantation des orientations ministérielles de 2003 doit aussi être considérée comme un vaste chantier d'expériences positives, impliquant toutes les composantes du réseau. En est ressortie une approche « milieu de vie » dorénavant bien comprise et implantée, qui en est actuellement à une étape de consolidation.

Depuis 2003, le réseau régional des CHSLD a adhéré à l'**approche optimale relationnelle**, une version québécoise de l'*Humanitude*². *Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, (Yves Giseste et Jérôme Pellissier, 2005). Une formation sur l'approche optimale relationnelle a été offerte à l'ensemble des préposés aux bénéficiaires des CHSLD afin de mieux interagir avec les personnes présentant des déficits cognitifs, dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

L'implantation progressive de **la distribution alimentaire en vrac et de la réorganisation de l'activité repas dans les CHSLD** de la région permet d'optimiser trois moments forts de la vie quotidienne des résidents : des horaires mieux adaptés, des aliments servis plat par plat à une bonne température, des choix plus variés, de l'assistance adéquate. Dans notre région, environ 75 % des CHSLD ont complété ces transformations.

2 Giseste, Yves et Pellissier, Jérôme, *Comprendre le vieillissement, prendre soin des hommes vieux*, 2005.

Le programme de formation AGIR auprès de la personne âgée doit également être souligné, car il se veut un renforcement des meilleures pratiques dans les tâches qu'effectuent les préposés aux bénéficiaires auprès des résidents des CHSLD. Les différents ateliers de formation proposent aux préposés aux bénéficiaires, une mise à niveau des connaissances en matière de vieillissement, une meilleure compréhension de leurs rôles auprès des résidents et au sein de l'équipe de travail. Dans la région, deux ateliers du programme ont été donnés auprès de quelque 500 préposés aux bénéficiaires entre 2011 et 2013. Un troisième atelier, « Agir pour communiquer », sera offert en 2014 à l'ensemble des préposés aux bénéficiaires, comprenant un volet « formation d'agents multiplicateurs » dans chacune des installations CHSLD afin d'assurer un transfert des connaissances sur une plus longue période.

La mise en place d'un **comité milieu de vie** dans chacun des CHSLD a rapproché les équipes de travail et les comités de résidents dans lesquels sont souvent impliqués des proches et des bénévoles. Cette mise en commun des réalités respectives fait considérablement avancer le travail pour trouver des solutions aux difficultés rencontrées de part et d'autre. À titre d'exemple, soulignons la contribution du comité de résidents au processus d'accueil et d'intégration du résident et de ses proches dans son nouveau milieu de vie.

En terminant, en termes d'approche alternative, il est important de souligner l'organisation physique des unités de vie récemment réalisée au CHSLD Des Chênes du CSSS de Jonquière : **un concept novateur de 8 unités appelées maisons réparties sur 2 étages**, regroupant entre 8 et 14 résidents bénéficiant d'une salle à manger, d'un salon pour accueillir les proches, et de salles communes. Un modèle d'organisation de l'espace qui respecte les valeurs préconisées par l'approche milieu de vie.

5.7 Le suivi de la qualité et des soins

Question 27.

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

Plusieurs instances effectuent périodiquement des vérifications dans divers champs ou domaines, par exemple lors du processus d'Agrément, des visites d'évaluation ministérielles, de l'inspection des divers ordres professionnels, etc. Elles sont bien décrites dans le document de consultation et dans le *Rapport du vérificateur général*.

Dans chacun des CSSS, **un comité de vigilance et de la qualité des services** est en place afin d'assurer, entre autres, une cohésion et les suivis requis, au regard des recommandations découlant de ces visites (article 180.0.1 et suivants, Loi sur les services de santé et les services sociaux). Sans oublier l'implication active et les recommandations et interventions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dans chaque CSSS.

Ces différents mécanismes sont bien en place, fonctionnels et nous apparaissent suffisants. Cependant, ils doivent continuer à inspirer les établissements dans le cadre d'une recherche constante d'une offre de services adéquate et de qualité pour la population desservie.

Question 28.

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

Nous visons constamment un juste équilibre entre les responsabilités liées à la qualité de la pratique et à la qualité du milieu de vie. Les responsables des CSSS-CHSLD doivent et savent conjuguer avec ces différents mécanismes, qui mobilisent beaucoup de temps chez les intervenants travaillant auprès des résidents.

Il importe que la direction et les responsables du volet qualité du CSSS utilisent ces mécanismes comme des occasions de valoriser le travail de chacun et d'améliorer les pratiques et la qualité des services, en tenant compte des recommandations issues de ces instances.

Il importe également que les résultats soient connus du public, des proches et des employés afin de développer un sentiment de reconnaissance pour la qualité du travail effectué et pour rehausser l'image que projettent les CHSLD auprès de la population.

Question 29.

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

- Valoriser le travail des employés des CHSLD dans le cadre d'une campagne sociétale nationale mettant en lumière les défis que présentent le vieillissement de la population, la qualité des milieux de vie, les réalisations émérites, etc.
- Favoriser la concertation des gestionnaires de CHSLD en mettant en place une instance régionale de concertation sur la qualité des milieux de vie, incluant le CHSLD privé conventionné : cette concertation favoriserait notamment l'implantation de pratiques gagnantes et le développement d'outils de travail plus performants et intégrés aux systèmes d'information.
- Promouvoir et initier des activités régionales de formation et d'échanges pour les volets médicaux et de loisirs, notamment, en organisant des ateliers, des colloques, des forums.

5.8 L'organisation du travail

Nous sommes d'avis que dans la région, la prestation des soins et des services doit être axée d'abord sur les besoins des personnes et non sur les tâches à accomplir. Les établissements ont à réviser continuellement leur organisation du travail en vue de l'implantation d'un véritable milieu de vie en CHSLD. Afin de s'assurer que le personnel a les compétences et les aptitudes requises en lien avec le profil des résidents, les établissements doivent s'assurer de la réalisation d'un plan d'intervention individuel dans les six semaines suivant la prise en charge de chaque résident. Les CHSLD de la région visent cette cible.

Au 31 mars 2013, la région comptait 540 préposés aux bénéficiaires, 251 infirmières auxiliaires et 164 infirmières en CHSLD. Nous constatons donc une répartition de 57 % d'heures travaillées de préposés aux bénéficiaires pour 43 % d'heures travaillées d'infirmières auxiliaires et d'infirmières.

Il est à noter que nous n'utilisons aucune main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers. Tous les CHSLD de notre région assurent une présence infirmière sur tous les quarts de travail (jour, soir, nuit et fin de semaine). Toutefois, les taux d'absentéisme en CHSLD pour les titres d'emploi d'infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires sont très élevés, respectivement de 14,75 %, 16,36 % et 15,64 %. Notre région s'est dotée d'un plan d'action régional en santé et sécurité au travail visant à renverser la tendance lourde de l'augmentation des taux d'assurance salaire et à mettre l'accent sur les activités de prévention.

Données sur les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires en CHSLD au 31 mars 2013 – région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Titre d'emploi	N ^{bre} effectifs (ETC et TPO)	Taux de temps supplémentaire	Heures travaillées	Répartition en % des heures travaillées
Infirmière	164	4,50 %	228 666,23	43 %
Infirmière auxiliaire	251	3,53 %	361 137,68	
Préposé aux bénéficiaires	540	1,98 %	784 152,58	57 %
Total	955		1 373 956,49	

Les données ont été extraites par la Direction des ressources humaines et des services administratifs à partir de la base de données du système d'information des ressources humaines (SIRH).

ETC : équivalent temps complet

TPO : temps partiel occasionnel

La répartition selon le nombre d'heures travaillées est de 43 % en soins infirmiers et 57 % pour les préposés aux bénéficiaires.

Avec l'arrivée massive des préposés aux bénéficiaires et l'entrée en vigueur de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, nous remarquons un sentiment de non-reconnaissance chez nos préposés aux bénéficiaires et de non-valorisation de leurs rôles. La clientèle étant de plus en plus lourde, les effectifs ont besoin de formation additionnelle afin d'intervenir dans une approche mieux adaptée au contexte actuel. Plusieurs préposés aux bénéficiaires ont des quarts de travail incomplets, ce qui amène une hausse des taux de roulement. De plus, dans certains CHSLD, les employés à temps partiel occasionnel ne se retrouvent avec aucune garantie d'heures. Pour les infirmières, nous constatons une difficulté à bien jouer leur rôle, en fonction du leadership infirmier, pour l'évaluation clinique dans un contexte de milieu de vie et donc à l'utilisation optimale des compétences. Nous constatons qu'il reste encore du travail à faire pour l'application de la loi. Aussi, plusieurs projets visant la stabilisation des équipes de soins ont été réalisés en CHSLD dans la région, ce qui a eu un impact positif sur les taux de roulement et l'utilisation optimale des compétences.

Question 30.

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

Selon nous, un rapprochement important entre les directions cliniques et celles des ressources humaines devra se faire. Nous devons nous assurer de la collaboration des partenaires syndicaux, dès le début des travaux. Pour cimenter cette collaboration, tous les partenaires devront continuellement garder le résident au centre de leurs préoccupations.

Question 31.

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

La communication et l'implication de l'ensemble du personnel (préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière et personnel de soutien) sont des éléments centraux et essentiels dans tout projet d'organisation du travail. Il faudra aussi travailler en étroite collaboration avec les syndicats locaux, régionaux et nationaux, entre autres, par rapport à la mobilité des ressources.

Question 32.

Quels sont les exemples de réussite à cet égard?

Actuellement, deux projets d'organisation du travail sont en cours en CHSLD dans notre région; soient aux CSSS Cléophas-Claveau et Maria-Chapdelaine. Les projets sont déjà bien amorcés et les travaux suivent leur cours. Le Centre d'hébergement Saint-François (établissement privé conventionné) avait également déposé deux projets, mais s'est retiré en raison d'un manque de temps et de ressources pour la gestion des projets. Un projet de réorganisation du travail en CHSLD a eu lieu de 2008 à 2012 au CSSS de Chicoutimi, lequel a eu comme résultat d'harmoniser des procédures, des protocoles et des pratiques, de maximiser l'utilisation des compétences, de rehausser l'utilisation des compétences de l'infirmière et de modifier la structure d'effectifs par la constitution d'équipes stables et la création de plusieurs postes à temps complet éliminant la rotation. Plusieurs autres projets d'envergure variable ont aussi été réalisés dans les CHSLD de la région. Les réussites sont indéniables, mais le défi reste grand dans le contexte actuel : maintenir nos façons de faire et s'assurer de la pérennité des projets.

5.9 La formation du personnel

Tous s'entendent pour dire que la formation continue est l'un des éléments indispensables à la création d'un milieu de vie de qualité et qu'une attention toute particulière doit être portée à la formation des préposés aux bénéficiaires. Les stages constituent un aspect central de la formation. À cet effet, dans la région, on compte un comité régional de stages en soins infirmiers actifs depuis plus d'une dizaine d'années, dont un des objectifs est d'améliorer l'offre de stages en CHSLD afin d'habiliter la future main-d'œuvre à travailler auprès des résidents et à faciliter le recrutement.

Question 33.

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

Il est remarqué que le personnel est souvent perplexe face à certaines conditions des résidents, plus particulièrement les employés de soutien qui n'ont pas reçu une formation adaptée. Les particularités de la clientèle en CHSLD ainsi que la complexité des problématiques, amènent un besoin de formation additionnelle des employés. Certains établissements travaillent à améliorer leur processus d'accueil et d'intégration des nouveaux employés, en y incorporant du préceptorat et du parrainage.

Question 34.

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

Les restrictions budgétaires et la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette ont eu un effet sur les budgets de formation, diminuant par le fait même certains développements possibles en termes de formation continue. Les formations reliées aux priorités ministérielles sont données, mais le développement d'autres formations est freiné.

Question 35.

La formation de base et la formation continue touchent-elles tous les aspects de la personne?

Pour la formation de base, en principe, elle le devrait, puisque la formation AGIR y est maintenant intégrée. Pour la formation continue, si l'ensemble des ateliers AGIR avait pu être donné, cela aurait couvert tous les aspects de la personne. Par contre, dans la région, nous avons pu offrir seulement deux ateliers sur une possibilité de neuf entre 2009 et 2011, alors qu'un autre suivra d'ici le 31 mars 2015.

Question 36.

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

Certainement. Les directions des ressources humaines nous rapportent que, dans le cas des préposés aux bénéficiaires, pour dix entrevues, on procède à environ trois embauches; sur les trois embauches, il arrive que seulement une personne réussisse sa période de probation. Plusieurs personnes ne répondent pas aux exigences d'embauche, parfois, parce qu'elles présentent des problématiques concernant le savoir-être et le savoir-faire.

Question 37.

Quelles conséquences peut entraîner une formation insuffisante?

Premièrement, elle pourrait amener une pénurie de personnel puisque nous privilégions d'abord la qualité du personnel lors de l'embauche. Pour ce qui n'est pas détecté à l'embauche et qui ressort en période de probation, soit nous accompagnons l'employé de façon plus soutenue, soit nous procédons au congédiement; dans ce dernier cas, nous augmentons les taux de roulement impliquant coûts et temps. Aussi, il peut y avoir un impact indéniable sur la qualité des soins, un essoufflement du personnel, la hausse des taux d'assurance salaire, une détérioration du climat de travail et, ultimement, des bris de services.

Question 38.

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

L'information sur le profil des résidents devrait circuler aux ressources humaines afin de nous assurer de bien cerner les besoins de formation et les exigences pour l'embauche. Le rapprochement clinique et des ressources humaines devient encore un incontournable.

6. Les recommandations mises de l'avant par l'Agence

Parmi l'ensemble des éléments abordés dans ce document, quelques constats plus particuliers nous sont apparus pertinents à mettre en lumière. L'Agence a formulé six recommandations.

- **Recommandation 1.** Améliorer la circulation de l'information aux résidents en CHSLD et leurs proches :
 - s'assurer que les guides d'accueil contiennent l'ensemble de l'information requise pour le résident et ses proches (exemple : comité de résidents, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, Protecteur du citoyen, etc.);
 - informer les résidents de façon continue (manuel d'information/activités prévues);
 - s'assurer d'informer plus rapidement les proches responsables de la personne hébergée lors d'un incident ou d'une problématique particulière (téléphone, nouveaux médias).
- **Recommandation 2.** Mettre à niveau les différents systèmes d'information relatifs à la clientèle hébergée en CHSLD pour permettre un suivi clinique, organisationnel et de la qualité des services plus adéquat et basé sur des données probantes et validées.
- **Recommandation 3.** Intégrer davantage des professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, récréologues, psychoéducateurs, etc.) et les rattacher aux équipes de travail actuelles dans les CHSLD. Les rendre accessibles aux résidents des CHSLD et à leurs proches. Actuellement, plusieurs de ces expertises ne sont disponibles que sur demande et peu présentes dans certains milieux de vie.
- **Recommandation 4.** S'assurer que l'ensemble des employés des CHSLD reçoive les formations requises en lien avec les meilleures pratiques.
- **Recommandation 5.** Prévoir et planifier une période de transition suffisante (± 2 ans) pour l'implantation de l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) laquelle est annoncée dans la Loi sur l'assurance autonomie. Être particulièrement attentif aux effets que pourraient avoir cette implantation auprès des personnes dont le prestataire de services sera essentiellement un CHSLD.
- **Recommandation 6.** Poursuivre la mobilisation des établissements à organiser les unités de vie dans les CHSLD selon les profils spécifiques (ISO-SMAF) (troubles cognitifs, errance, 65 ans et moins, troubles du comportement) accompagnée des effectifs appropriés et des équipements adaptés.

7. Conclusion

Le présent mémoire a été préparé pour alimenter la réflexion de la Commission de la santé et des services sociaux, dans son mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD.

Nous y avons fait part des défis et des enjeux pour en ce qui a trait aux services de santé et aux services sociaux à offrir à la population âgée, particulièrement celle hébergée dans les 18 installations CHSLD de la région. Ces défis et enjeux seront de plus en plus présents dans les années à venir puisque dans notre région, le tiers de la population (33,1%) sera âgée de 65 ans et plus en 2031.

Ces défis, qui sont aussi ceux, de l'ensemble de la société québécoise, nous sommes confiants de les relever avec l'apport professionnel et humain des quelque 10 000 femmes et des hommes qui composent le personnel des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et de l'ensemble de la société civile du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Au 31 mars 2013, 1 150 personnes vivaient dans les CHSLD public ou privés conventionnés de la région. Ces personnes pouvaient compter sur l'intervention directe quotidienne de 1 000 professionnels (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) auxquels se greffaient de multiples autres intervenants professionnels, techniques ou de métiers (travailleuses sociales, éducateurs, récréologues, cuisiniers, personnel d'entretien, etc.).

Nous sommes très conscients que la bonne volonté et le savoir-faire professionnel ne seront pas suffisants, quoiqu'ils soient essentiels, pour permettre au réseau d'affronter efficacement ces défis. Nous devons réaliser une transformation importante dans la façon de donner les services de santé et les services sociaux, notamment aux personnes âgées de 65 ans et plus.

Ce virage a été entrepris depuis plusieurs mois et nous nous inscrivons tout-à-fait dans le mouvement de prestation des services vers les lieux de résidence des personnes âgées. Les services d'hébergement offerts en CHSLD continueront d'être requis pour les personnes qui nécessiteront une prise en charge professionnelle correspondante. Ces services sont déjà, et devront de plus en plus, être offerts uniquement aux personnes qui ne peuvent recevoir des services dans un environnement plus près de leur milieu naturel.

Les services d'hébergement en CHSLD se doivent d'être continuellement améliorés, évalués, appréciés, optimisés. Les personnes qui les donnent, l'environnement humain et physique de la prestation des services, doivent aussi faire l'objet de constantes préoccupations. Ils constituent les principaux leviers qui permettront au réseau de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean de relever ces défis de taille.

8. Références

1. Commission de la santé et des services sociaux, Assemblée nationale, Direction des travaux parlementaires, *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.
2. Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement et l'habitation des personnes âgées en perte d'autonomie. *Info-Hébergement – Données 2009-2010*, septembre 2011.
3. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, 2013.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, octobre 2003.
5. Regroupement provincial des comités des usagers (RPU), L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec, *Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées*, 4 décembre 2012.
6. Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, *Les Services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie*, mai 2012.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, *L'Autonomie pour tous*, 2013.
8. Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population hébergée autrement*, 2011.
9. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, *Contour financier 2007-2008 à 2013-2014*.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Contour financier 2008-2009, Programme perte d'autonomie liée au vieillissement*, 2010.
11. Gineste Yves et Pellissier Jérôme, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, 2005.

ANNEXE 1 : NOMBRE DE LITS CHSLD AU PERMIS DES ÉTABLISSEMENTS

Nombre de lits CHSLD au 31 mars 2013
Établissements du Saguenay–Lac-Saint-Jean

		Type de CHSLD			
		Public	Privé conventionné	Privé non conventionné	Total
Lits d'hébergement permanent	Standards	1 133	68	20 lits ¹ Tshishemishk	1 226
	Santé mentale	5	0		
	Total	1 138	68		
Lits d'hébergement temporaire	Temporaires	60 ²	0	0	60
	Santé mentale	0			
	Total	60			

Total régional du nombre de lits d'hébergement de type CHSLD = 1286 lits

* **Les données diffèrent du système d'information-M02**

Actuellement, une mise à jour régionale de l'ensemble de l'information relative aux lits aux permis et aux lits dressés est en phase de finalisation. Une fois le processus d'approbation complété, la mise à jour sera transmise au MSSS pour être intégrée au M02. C'est pourquoi les données du tableau ci-dessus diffèrent.

Notes :

1. Ces 20 lits du centre privé non conventionné sont au permis, mais ne sont pas comptabilisés dans les systèmes d'information et n'apparaissent pas dans les données régionales.
2. Les lits temporaires incluent les lits d'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF).

ANNEXE 2 : NOMBRE DE LITS DRESSÉS AU 31 MARS 2013

**Lits dressés au 31 mars 2013
Établissements du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Établissements	CHSGS	CHSLD	Réadaptation	Santé mentale
CSSS Cléophas-Claveau	38 lits (incluant 8 URFIG régionaux et 2 UTRF locaux)	103 lits (incluant 2 temporaires)	N/A	N/A
CSSS de Chicoutimi	368 lits (incluant 67 lits santé mentale)	268 lits incluant 3 temporaires + 15 lits de transition	N/A	67
CSSS de Jonquière	88 lits (incluant 16 UCDG)	300 lits (incluant 5 lits temporaires et 14 lits UTRF)	CRDP : 15 lits (incluant URFI) Dépendance : 14 lits	N/A
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	117 lits (incluant 16 lits dressés en santé mentale)	228 lits (incluant 4 lits temporaires + 10 posthospitaliers)	N/A	16 lits
CSSS Domaine-du-Roy	124 Incluant 29 lits santé mentale	151 lits (incluant 4 temporaires + 5 lits santé mentale)	Dépendance : 15 lits	34 lits CHSLD : 5 CHSGS : 29
CSSS Maria-Chapelaine	56	118 (aucun lit temporaire)	N/A	N/A
Centre d'hébergement Saint-François	N/A	68	N/A	N/A
Total	691	1236	44	151

* Ce tableau n'inclut pas les 20 lits du CHSLD privé non conventionné Tshishemishk.

URFIG : unité de réadaptation intensive fonctionnelle gériatrique.

ANNEXE 3 : ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN CHSLD

Évolution de la clientèle hébergée en CHSLD
au 31 mars de 2011 à 2013 au Saguenay–Lac-Saint-Jean

Années	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total
2011	140	993	1133
2012	144	969	1113
2013	141	1009	1150

ANNEXE 4 : PORTRAITS DES PERSONNES HÉBERGÉES SELON LEUR PROFIL

Portraits selon les profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) des
personnes hébergées en CHSLD au 31 mars de 2011 à 2013 au Saguenay–Lac-Saint-Jean

Années	* Profil 9 et moins ¹	* Profil 10 et plus ²	* Sans profil ³
2011	294	553	286
2012	323	575	215
2013	327	644	179

1. Catégories 1-2-3 : aide aux activités quotidiennes (AVQ).
2. Catégories 4-5 : atteinte grave + AVQ + incontinence + atteinte mentale.
3. Au 31 mars 2013, un certain nombre de personnes hébergées n'avait pas de profil identifié en raison d'une admission antérieure ou en raison de l'âge (65 ans et moins).

ANNEXE 5 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN CHSLD 2012-2013

Nombre de départs annuels et durée moyenne de séjour en CHSLD – Établissements du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2012-2013

Établissement	2011-2012			2012-2013		
	Nombre de départs	Durée moyenne de séjour		Nombre de départs	Durée moyenne de séjour	
		Jour	Année		Jour	Année
CSSS Cléphas-Claveau	31	1546	4,24	65	1454	3,98 ans *séjour le plus long
CSSS de Chicoutimi	154	847	2,32	200	661	1,81 an *séjour le plus court
CSSS de Jonquière	134	866	2,37	147	704	1,92 an
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	100	728	2	130	718	1,96
CSSS Domaine-du-Roy	43	1016	2,78	73	850	2,32 ans
CSSS Maria-Chapdelaine	52	694	1,90	63	674	1,84 an
Centre d'hébergement Saint-François	15	1070	2,93	29	997	2,73 ans
Total région	529	967	2,64 ans – durée moyenne de séjour	707/1150 = 61 %	865 jours	2,37 ans – durée moyenne séjour

* Données proviennent d'accès-hébergement 02.
* 20 décembre 2013.

*837 jours (2,29 ans) pour
l'ensemble du Québec.

ANNEXE 6 : PERSONNES EN ATTENTE CHSLD (2011 À 2013)

Personnes en attente pour un lit en CHSLD au 31 mars de 2011 à 2013
à la suite d'une évaluation du mécanisme d'accès territorial au Saguenay-Lac-Saint-Jean

Années	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total
2011	8	71	79
2012	6	72	79
2013	1	32	33

Source : accès-hébergement 02

ANNEXE 7 : PERSONNES EN ATTENTE EN RESSOURCE INTERMÉDIAIRE ET EN RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL (2011 À 2013)

Tableau de l'évolution des places dans les ressources de proximité de type RI-RTF
et projet novateur en soutien à l'autonomie des personnes (SAPA) au Saguenay-Lac-Saint-Jean

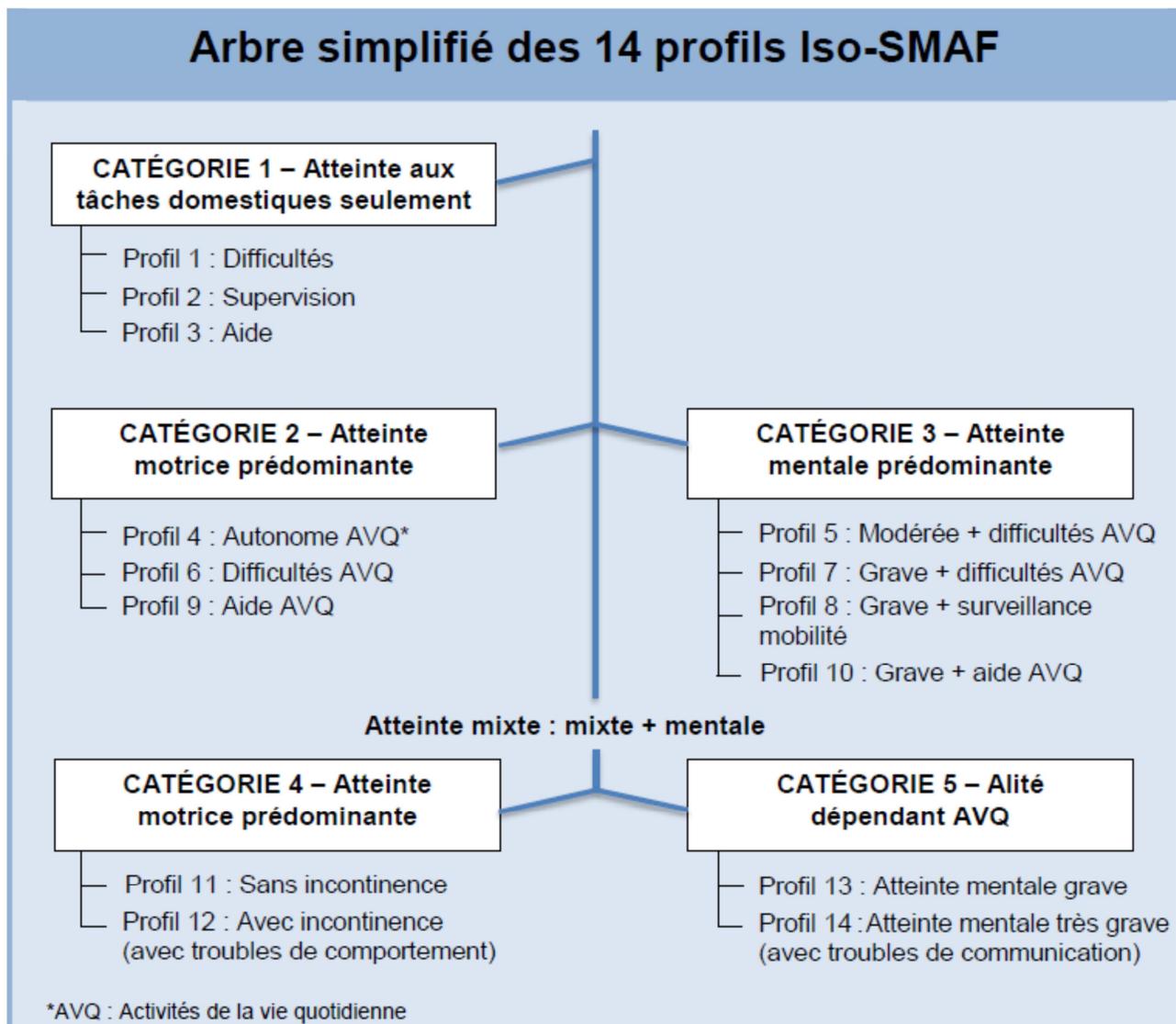
Années	Nombre de places	Augmentation de 54 % depuis 2 ans
2011-2012	229 places	
2012-2013	354 places	

ANNEXE 8 : ÉVOLUTION DES PLACES EN RESSOURCE INTERMÉDIAIRE ET EN RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL

Personnes en attente pour une place en RI-RTF-SAPA au
31 mars de 2011 à 2013 au Saguenay-Lac-Saint-Jean

Années	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total
2011	5	136	141
2012	3	123	126
2013	3	86	89

ANNEXE 9 : SYSTÈME DE MESURE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE



Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle³ évalue les fonctions couvrant cinq dimensions, soit les activités de la vie quotidienne, la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques (activités instrumentales). Chaque fonction est cotée selon les 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 cinq catégories d'individus se distinguent.

3 Dubuc, Nicole et Hébert, Réjean, *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.

ANNEXE 10 : ARTICLES DE PRESSE CONCERNANT LES CHSLD EN 2013

LE QUOTIDIEN

Publié le 28 mai 2013 à 13 h 44/Mis à jour le 28 mai 2013 à 13 h 44

Des besoins moins grands dans la région

Le Quotidien(CHICOUTIMI) au cours de l'exercice 2012, un total de 244 personnes âgées attendaient une place en CHSLD au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Elles représentent 2,8 % des 8 698 personnes en attente dans l'ensemble de la province.

Ces données ont été dévoilées par l'Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic (AQRP) en vertu d'un document obtenu à l'aide de la Loi d'accès à l'information. Pour l'association, ces chiffres démontrent qu'il existe au niveau provincial un grave problème d'accès aux ressources d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.

Selon Donald Tremblay, porte-parole régional de l'AQPR, le portrait est quelque peu différent dans la région. Depuis 2010-2011, on a effectivement assisté à une baisse de 35 % du nombre de personnes en attente d'une place.

Patrice St-Pierre, directeur général de la section régionale de la Fédération de l'âge d'Or du Québec (FADOQ), affirme qu'il y a toujours eu des listes d'attente pour l'admission en CHSLD depuis trente ans. Depuis quelques années, le gouvernement mise toutefois sur le développement de ressources intermédiaires (soutien à domicile, aide par les proches aidants) puisqu'il ne construit plus de nouveaux immeubles pour ces clientèles. Il ajoute que beaucoup de personnes préfèrent terminer leurs jours à domicile plutôt qu'en CHSLD, ces institutions n'ayant pas toujours une bonne réputation, selon lui, en dépit de la qualité des soins offerts. Avec six territoires de CSSS, M. St-Pierre observe qu'il s'agit de 50 personnes en moyenne.

Espérance de vie

Avec la hausse de l'espérance de vie, il faudra certainement prévoir un accroissement des ressources en CHSLD, estime-t-il.

Il faut s'inquiéter pour le futur qu'il n'y ait pas un nombre suffisant de places. On observe que les investissements dans le secteur de la santé au Québec n'ont pas tendance à suivre l'évolution des tendances démographiques de la population. Au Canada, entre 1999 et 2009, la moyenne de hausse annuelle des budgets de la santé a été de 7,4 %. Dans le dernier budget Marceau, on a annoncé une hausse de 5 % affirme M. St-Pierre. Entre 1999 et 2012, le total des dépenses en santé du Canada est passé de 80 à 207 milliards \$, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

En date d'hier, selon Marc-Antoine Tremblay, porte-parole de l'Agence régionale de la santé, 209 personnes attendent une place dans un centre de longue durée. Parmi elles, 174 ont obtenu une évaluation et 35 autres attendent une évaluation pour des soins à domicile, pour être placées en résidence ou autre. Dans la région, l'attente se situe davantage en soins intermédiaires conclut M. Tremblay.

LE RÉVEIL

Au CHSLD comme à la maison

Par Sophie Gauthier

Lundi 21 janvier 2013, 16 h 35 min, 13 s HNE

Saguenay

Après des travaux depuis trois ans au centre d'hébergement 11 M\$, le Centre d'hébergement Des Chênes, à Jonquière, a été officiellement inauguré lundi après-midi.

C'est très confortable, ils ont de belles chambres, on fait ce que l'on veut ici, a raconté Micheline Tremblay, dont le conjoint atteint d'Alzheimer habite à ce CHSLD depuis trois ans.

Le confort, c'est en partie ce sur quoi la direction du CSSS de Jonquière a misé dans les travaux effectués au centre d'hébergement.

D'une trentaine de chambres, l'endroit est passé à 64 chambres privées. C'est-à-dire que tous les 64 bénéficiaires ont leur propre espace.

Les cuisines et les salons ont aussi fait l'objet d'une importante cure de rajeunissement pour offrir un climat plus chaleureux.

Huit maisons

La chef de programme Jacinthe Boudreault mentionne que les huit unités sont plutôt appelées « maisons ». Elles sont toutes aménagées de façon différente sous des thèmes bien précis, comme le type champêtre par exemple.

Selon la direction, ce concept de « maisons » offre aux gens le confort d'un foyer, le sentiment d'être véritablement chez eux et offre une ambiance « moins austère ».

Ambiance colorée

De plus, l'aménagement est très accueillant pour les familles qui viennent rendre visite à un proche.

« On a choisi des couleurs pour que le résidant se retrouve dans sa maison, parce que le résidant qui se retrouve avec des pertes cognitives, ça lui fait un repère », raconte la chef de programme.

« C'est familial, les personnes mangent toutes dans les salles à manger, il n'y a plus personne qui reste dans sa chambre », souligne quant à elle Micheline Tremblay.

Moins de médicaments

« On s'est aperçu vraiment d'une diminution assez importante de la médication et des mesures de contrôle en centre d'hébergement », remarque la chef de programme.

La participation des familles est aussi passée de 20 % à près de 90 %, ajoute-t-elle. « À la fête de Noël cette année, tout le monde avait quelqu'un, tout le monde était accompagné, personne n'était seul. Et le résidant maintenant ne reste pas dans sa chambre, il vient dans le salon, dans les salles à manger ».

Autre effet bénéfique remarque-t-elle, les bénéficiaires ne se couchent plus à 19 heures, mais à 21 heures comme ils le faisaient à la maison.

COURRIER DU SAGUENAY OU HEBDO DU FJORD

Les travaux au Centre d'hébergement de Bagotville seront terminés en octobre

Danny Desbiens, publié le 17 octobre 2012

Prévus pour avril 2013, les travaux d'agrandissement et de réaménagement du CHSLD de Bagotville seront plutôt complétés d'ici la fin octobre. Une situation qui réjouit non seulement la direction du CSSS Cléophas-Claveau, mais aussi tout le personnel et les résidents de l'établissement qui devaient vivre quotidiennement avec les inconvénients des travaux.

Les travaux d'agrandissement et de réaménagement du Centre d'hébergement de Bagotville permettront plusieurs résidents supplémentaires.

« Nous avons une excellente collaboration des familles des résidents et du personnel de l'établissement. Je suis très satisfaite et je constate que tout s'est très bien passé. Nous avons 32 personnes qui y vivent et personne n'a dû être déménagé pendant les travaux », affirme Martine Nepton, directrice générale du CSSS Cléophas-Claveau.

Si les travaux ont pu être réalisés aussi rapidement, soutient madame Nepton, c'est que l'entrepreneur a su mettre les ressources humaines nécessaires. Rappelons qu'annoncés en février 2011 par les ministres Yves Bolduc et Serge Simard, ces travaux au Centre d'hébergement de Bagotville ont nécessité des investissements globaux de près de 11 M\$.

La capacité d'accueil du CHSLD sera ainsi augmentée. De 32 résidents, le Centre d'hébergement de Bagotville pourra désormais accueillir 52 personnes.

Les gens qui vivaient au 4^e étage de l'Hôpital de La Baie dans des lits de longue durée seront déménagés au Centre d'hébergement de Bagotville, et ce, au cours du mois d'octobre. Ce transfert permettra des réaménagements au 4^e étage du centre hospitalier.

Ces travaux au Centre d'hébergement de Bagotville font donc en sorte que les lits de longue durée seront désormais répartis sur deux lieux plutôt que trois, soit le Centre d'hébergement de Bagotville et le Centre d'hébergement Saint-Joseph de Grande-Baie.

Un nouveau milieu de vie

L'un des objectifs de ces travaux est l'amélioration de la qualité de vie des résidents et l'environnement de travail du personnel. « Basé sur un concept de milieu de vie très développé avec des petits salons et des salles à manger dans chaque unité, le nouveau Centre d'hébergement de Bagotville pourra désormais offrir à ses résidents des chambres individuelles », souligne madame Nepton.

« Basé sur un concept de milieu de vie très développé, le nouveau Centre d'hébergement de Bagotville pourra désormais offrir à ses résidents des chambres individuelles » Martine Nepton, directrice générale du CSSS Cléophas-Claveau.

Ces travaux sont majeurs, puisqu'ils permettront d'augmenter la superficie de l'établissement de 1 300 mètres carrés et de le réaménager sur une surface de 3 000 mètres carrés. Nul doute que la fin du chantier a été accueillie avec un soupir de soulagement par les résidents qui pourront retrouver un peu de leur quiétude quotidienne.

Nouvel hébergement en 2013

Afin de faire face au vieillissement de la population, une nouvelle ressource en hébergement pour les gens du troisième âge verra le jour à La Baie en avril 2013. C'est ce que nous a confirmé la directrice générale du CSSS. Avec une capacité de 22 lits, la nouvelle ressource d'hébergement sera à mi-chemin entre la résidence privée et de l'hébergement en CHSLD. Il s'agit en fait du projet d'un promoteur privé selon madame Nepton, ce qui fait qu'elle s'est montrée plutôt discrète sur les détails de ce projet.

COURRIER DU SAGUENAY

Centre d'hébergement Georges-Hébert : la direction se fait rassurante
Johanne DeLaSablonnière, publié le 7 septembre 2012

Le transfert des 15 résidents du Centre d'hébergement Georges-Hébert à Jonquière s'inscrit dans la reconfiguration des différentes ressources destinées aux personnes âgées dans le cadre de la politique gouvernementale du Vieillir chez soi, visant à favoriser le maintien à domicile.

M. Dominic Boudreau, directeur de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement et soins à domicile, tient à rassurer les familles des résidents du Centre d'hébergement Georges-Hébert.

C'est dans cette perspective que le CSSS de Jonquière souhaite libérer le rez-de-chaussée du CHSLD de la rue Faraday, afin d'y réaménager une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). Cette unité permettra d'évaluer la clientèle vieillissante qui présente des problèmes de santé, cognitifs ou physiques, assez sévères pour envisager un transfert vers une ressource appropriée. « L'UTRF permet d'évaluer la personne et de voir si elle peut, avec des services de réadaptation, retourner à la maison et faire encore un bout de chemin », résume Dominic Boudreau, le directeur de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement et du soutien à domicile du CSSS de Jonquière. Selon lui, cette solution qui propose des services adaptés sur une période pouvant s'allonger jusqu'à deux mois est préférable à un séjour dans un milieu hospitalier, qui propose une solution à court terme.

Projet qui dérange et inquiète

Bien entendu, ce réaménagement ne se fait pas sans heurts et le projet qui oblige à déménager la quinzaine de résidents a provoqué beaucoup d'inquiétude chez les familles.

« On sait que ça ne se fait pas sans impact. Nous en sommes tout à fait conscients et nous sommes prêts à prendre tout le temps nécessaire pour minimiser les impacts négatifs occasionnés par le déménagement de cette clientèle fragile », souligne M. Boudreau. Ce dernier ajoute que les familles inquiètes ont interprété le 15 septembre, comme une date butoir, alors qu'il s'agit du début du processus qui pourra prendre plusieurs mois, précise M. Boudreau, qui souhaite ainsi rassurer les personnes et leurs familles.

« Il est vrai que les personnes âgées, en particulier celles qui ont des troubles cognitifs, peuvent perdre leurs repères à la suite d'un déménagement, admet d'emblée le directeur. Mais il existe des façons de procéder pour minimiser autant que possible ces conséquences, insiste celui-ci. Un déménagement progressif, par exemple, permet à la personne d'intégrer graduellement son nouvel environnement ».

M. Boudreau précise également que les résidents ont le choix de demeurer à la résidence Georges-Hébert ou d'opter pour un transfert vers un autre CHSLD. Ce dernier assure que les personnes qui ont développé des affinités pourront, si elles le souhaitent, être déménagées ensemble. Chaque cas sera évalué. Nous tenons à ce que ces transferts soient très bien orchestrés.

D'autre part, M. Boudreau soutient que la clientèle des autres étages du Centre d'hébergement Georges-Hébert, qui compte au total 75 résidents, est similaire à celle du rez-de-chaussée, contrairement à la perception des familles qui la décrivent plus stable.

COURRIER DU SAGUENAY

**De toute évidence, les CHSLD manquent de ressources — Jean-Yves Hamel, vice-président régional de l'AQRP
Johanne DeLaSablonnière, publié le 21 mars 2012**

Rappelons que ce bâtiment a été construit en 1957. Il était à l'époque à l'Hôpital d'Arvida. Il a été converti en centre d'hébergement au début des années 1990.

Moins de la moitié des recommandations ont été réalisées dans les CHSLD de la région, et il faudrait augmenter à 12, le nombre d'inspecteurs pour assurer un nombre de visites d'appréciation plus élevé.

Jean-Yves Hamel, vice-président de l'Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic, Côte-Nord.

C'est du moins l'avis de l'Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic (AQRP) qui compte près de 1 000 membres, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de la Côte-Nord.

« Au Québec, 59 % des recommandations ont été réalisées et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, seulement 44 %, ce qui se traduit par 24 recommandations appliquées sur un total de 54 », constate Jean-Yves Hamel, vice-président régional de l'AQRP, Côte-Nord. M. Hamel poursuit en affirmant que le Québec devrait pouvoir compter sur une douzaine d'inspecteurs, pour assurer une présence et une surveillance, plus régulières. « D'ailleurs, dans le secteur de la Côte-Nord, en 2010-2011, il n'y a eu aucune visite d'appréciation de la qualité », déplore ce dernier.

On retrouve dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 23 centres d'hébergement en soins longue durée, et parmi ceux-ci, quatre ont été identifiés, parce qu'ils nécessitaient des mesures d'améliorations. Il s'agit du Centre d'hébergement Delage, du Pavillon Roland-Saucier, du Centre d'hébergement des Années d'or et du Centre d'hébergement Sainte-Marie. « En apparence, ce ne sont pas nécessairement de très gros problèmes, mais il faut prendre en considération que c'est très important pour les résidents qui vivent dans ces établissements », signale M. Hamel.

La qualité des repas, la propreté des lieux, la politesse des employés à l'égard des bénéficiaires et l'insuffisance de soins hygiéniques, ne sont pas des détails, selon lui. « De toute évidence, conclut M. Hamel, les CHSLD manquent de ressources. Le personnel fait son possible, mais il est débordé ». L'AQRP, une association indépendante de retraités de l'État du Québec, compte 27 000 membres.

L'Association souhaite que la nomination de quatre nouveaux inspecteurs permette au moins la visite des CHSLD sur la Côte-Nord dans un avenir rapproché et recommande un délai n'excédant pas six mois dans l'application des recommandations.

La Fédération de la Santé du Québec affiliée à la Centrale syndicale du Québec (FSQ-CSQ) accuse le gouvernement

Les problèmes qui existent dans les CHSLD sont également dénoncés par la FSQ-CSQ, qui accuse le gouvernement d'exiger des employés qu'ils en fassent toujours plus.

« On ne peut pas sans cesse réduire les ressources et les budgets en demandant aux travailleurs de faire plus avec moins, sans récolter tôt ou tard des problèmes », fait valoir Mme Claire Montour, présidente de la CSQ.

En annonçant que pour améliorer la situation, le gouvernement prévoyait ajouter des évaluateurs, celui-ci confirme qu'il n'a rien compris, selon elle. « La solution passe par l'ajout de ressources sur le plancher et non par la visite occasionnelle d'un évaluateur », croit Mme Montour. « L'an dernier, le gouvernement a récolté 252 millions \$ avec la nouvelle taxe santé et une part de 77 millions \$ n'a pas été versée aux établissements de santé. Un non-sens », déplore la leader syndicale de la CSQ.