

MÉMOIRE

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

CONCERNANT

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

Mandat d'initiative de

La Commission de la Santé et des Services sociaux

DOCUMENT DE CONSULTATION

21 janvier 2014

C'est avec plaisir que La Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec (FPBQ) participe à la Consultation sur le document ***Les conditions de vie des adultes hébergés en Centre d'hébergement et de soins de longue durée***, mandat d'initiative de la Commission de la Santé et des Services sociaux, en vous transmettant ses analyses, commentaires, réflexions et propositions.

La Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec est un organisme sans but lucratif. Les membres considèrent sa vocation comme étant professionnelle et non syndicale. Elle se base sur les soins et services qu'on lui sollicite, qui sont de plus en plus spécialisés et qui requièrent une formation spécifique, incluant de la formation continue pour maintenir cette expertise.

Bien que la FPBQ ne soit pas un Ordre procédant de L'Office des professions du Québec, elle a tout de même adopté des principes philosophiques se rapprochant de ceux-ci : de la protection du public et du titre d'emploi (avec ses significations connexes (ex : Aide-soignant, aide-infirmier... etc.)), en s'assurant que ses membres exercent avec professionnalisme leurs tâches et en contribuant à promouvoir une qualité optimale, dans un souci de développement personnel, professionnel afin de répondre aux besoins de la population du Québec. Ce sont des valeurs d'excellence, de respect, d'humanisme, d'engagement et de collaboration que ses membres fondent sur une relation de confiance à la promotion de notre Association auprès de la population du Québec.

Commentaires généraux

Le document présenté dresse un portrait tout à fait réaliste de la situation actuelle vécue dans une grande proportion de Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) tant par les résidents, les intervenants que les proches. Il pose une série de questions très pertinentes qui, selon ce que nous en avons compris, souhaitent dégager des pistes d'orientations et d'actions qui visent à améliorer la qualité de vie et des services des résidents, tout en favorisant l'épanouissement du personnel. Notre analyse s'est donc faite à partir des questions exprimées. Notre vision et notre vécu ont guidé nos réflexions et les quelques suggestions qui en sont ressorties.

Tout d'abord, il nous est apparu que les questions reflètent plusieurs préoccupations que toutes les personnes impliquées dans ce secteur de services se sont posées à un moment ou un autre au fil des ans. On peut donc considérer ce portrait comme un cumul évolutif du vécu des CHSLD et représente, en quelque sorte, le cheminement qui les a amenés à un tel niveau d'insatisfaction et de quasi-désespoir.

Nous devons cependant être conscients que plusieurs organismes, chercheurs et personnes préoccupés par le secteur d'hébergement ont, au fil du temps, proposé diverses solutions afin d'éviter la situation vécue actuellement. Depuis plus de 20 ans, nous avons été à même de constater et même de prévoir la situation actuelle et plusieurs en ont fait part aux divers gouvernements qui se sont succédé durant cette période.

Plusieurs ont également été à même de réaliser que tous ces gouvernements ont démontré peu de préoccupations ou n'ont apporté que des solutions cosmétiques qui, non seulement n'ont pas amélioré la situation, mais en ont même activé la détérioration. On a qu'à penser à :

- l'alourdissement des clientèles dû en grande partie à l'augmentation des exigences d'admission des CHSLD;
- au glissement des mandats des CHSLD vers le secteur privé avec très peu de contrôle;
- la création des CSSS qui a détruit l'existence même de l'identité des CHSLD en n'en faisant une quantité négligeable dans le réseau de la Santé et des Services sociaux;

pour ne nommer que ceux-là.

Pour une Xième fois, en souhaitant encore que ce soit la bonne, nous allons participer à cette consultation espérant une action concrète de part et d'autres et que nos propositions seront tenues en compte et appliquées de façon convenable et efficiente. Bonne lecture.

L'accès à un CHSLD, les coûts et les tarifs, les résidents et le personnel

Pistes de réflexion

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

La Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec (FPBQ) considère que le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et les profils (iso-SMAF) qui en découlent sont tout à fait adéquats pour déterminer le niveau d'autonomie d'une personne. Ces outils sont également utiles pour établir les services requis et de conseiller la personne et ses proches sur l'environnement qui convient à sa condition. Cependant, nous constatons que l'évaluation des aspects cognitifs n'est pas assez développée et ne donne pas une image suffisamment claire de cet aspect de la personne évaluée, surtout en ce qui a trait aux problèmes de comportement

Par ailleurs, d'autres déterminants peuvent venir influencer le choix du meilleur lieu de résidence d'une personne en perte d'autonomie. Il en est ainsi de la capacité de payer de l'individu et de la possibilité de pallier ses pertes soit par un environnement physique approprié et par la possibilité de pouvoir compter sur de l'aide extérieure, soit par des services externes et/ou des proches aidants capables de bien l'accompagner.

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

Il nous apparaît que les orientations proposées par le programme d'Assurance autonomie sont relativement aidantes pour réduire le temps d'attente pour une admission en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) puisque les services requis seraient offerts directement au lieu de résidence de la personne et plus particulièrement ceux concernant les troubles de comportement géronto psychiatrique.

Cependant, malgré la bonne volonté du gouvernement de maintenir la personne le plus longtemps possible à domicile ou ce qui en tient lieu, un nombre important de personnes requerront des services en CHSLD, principalement celles présentant des troubles de comportement reliés à l'errance et à la démence, puisque ce sont celles qui présentent le plus de difficultés au maintien à domicile. En mettant en parallèle le nombre de personnes âgées et très âgées, au cours des prochaines décennies, il nous apparaît évident que le gouvernement devra prévoir une augmentation sensible du nombre de places en CHSLD à court, moyen et long terme.

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

Le constat de l'augmentation continue du nombre de personnes en attente d'hébergement et ce, malgré l'ajout de places en résidences privées pour aînés, de ressources intermédiaires (RI), et d'achat de places donne un signe inquiétant de ce besoin qui est déjà criant.

Par ailleurs, quand on sait que le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) n'apparaît pas être actuellement un lieu favorable pour une personne âgée en attente d'hébergement, il nous semble évident que des efforts importants devront être consentis afin de mieux adapter les hôpitaux à offrir un encadrement efficient de ces clientèles. Certains hôpitaux réussissent très bien à offrir un service de qualité à cette clientèle. Ils pourraient servir de modèle à d'autres CHSGS.

Il nous apparaît évident que les ressources d'hébergement privées devront également être appelées à améliorer sensiblement leurs services destinés aux personnes adultes présentant une importante perte d'autonomie, ce qui constitue un autre défi. Par conséquent, la FPBQ considère qu'on devra revoir la définition des ressources privées contenues dans la loi et le règlement d'application touchant la certification des résidences. En effet, cette législation ne reconnaît que deux types de résidences privées pour aînés soit les résidences pour personnes autonomes et semi-autonomes. Nous savons très bien que plusieurs résidences desservent une clientèle qui présente des pertes d'autonomie importantes et cela ira en s'accroissant. Ne serait-ce que par la mise en place de l'Assurance autonomie qui permettra au résident, peu importe son niveau d'autonomie, de choisir, tant que faire se peut, son lieu de résidence. Il n'y a pas à douter que plusieurs d'entre eux choisiront de demeurer dans leur résidence actuelle, puisque c'est l'objectif même du programme d'Assurance autonomie. Il va de soi, la nécessaire amélioration des services de ces résidences afin de bien desservir cette clientèle en perte d'autonomie sévère, ce qui inclut obligatoirement une meilleure formation de base et continue des intervenants et un encadrement constant de leur pratique.

Un exemple marquant de l'insécurité des résidences en ce qui a trait au maintien des personnes âgées fragilisées, c'est l'utilisation exagérée de l'ambulance au moindre signe de dysfonctionnement, même mineur. En effet, la méconnaissance du personnel concernant une intervention adaptée fait en sorte qu'au lieu d'intervenir adéquatement lorsqu'une personne présente une quelconque période de déstabilisation que ce soit une température corporelle plus élevée, une période d'étourdissement ou d'instabilité ou même d'un simple rhume, on la transfère immédiatement à l'urgence de l'hôpital. Quand on sait que les urgences des hôpitaux sont souvent débordées et qu'elles ont de la difficulté à bien intervenir avec la clientèle âgée fragilisée, il en résulte que non seulement la personne âgée ne reçoit pas un service adéquat, mais est souvent retournée à sa résidence dans un état encore plus détérioré. Outre la méconnaissance du

personnel des résidences du personnel, d'autres raisons peuvent influencer un recours excessif aux ambulances et aux urgences :

- Le manque de collaboration de médecins visiteurs qui pourraient agir rapidement auprès de la personne directement à la résidence;
- La peur de représailles de la part des familles mal informées;
- Les risques de poursuites judiciaires;
- Le fait que l'urgence sert souvent de porte d'entrée pour les personnes âgées fragilisées présentant une période de détérioration.

Ce dernier point permet à certaines résidences de se libérer de personnes dont elles craignent de devoir offrir plus de services. Il ne faut pas oublier qu'un des objectifs de l'Assurance autonomie est de permettre à la personne de demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie. Pour y parvenir, on devra donc agir sur les aspects mentionnés.

Aussi, en absence de famille ou de proches aidants à proximité, un grand nombre d'aînés ne peuvent compter que sur eux-mêmes. Un problème se pointe, le lieu le plus approprié dans certaines situations de crise demeure l'hôpital. Même les résidences de personnes âgées, n'ayant que des PAB comme unique ressource, il est habituel d'utiliser à outrance le transfert vers le milieu hospitalier. Dès qu'un aîné est admis en centre hospitalier, il est possible que plusieurs ne puissent retourner vers leur milieu de vie antérieur. Sans une évaluation **exhaustive**, il se retrouve confiné à une place en CHSLD. Plusieurs Agences de Santé et de Services sociaux encouragent les hôpitaux à se libérer de ces gens fragilisés afin de libérer les lits de soins de courte durée. Malgré la lourdeur de certains cas, l'Agence incite les CSSS pour que ces personnes retournent à la maison le plus vite possible, pour y recevoir des soins à domicile.

Des Agences souhaitent «augmenter la vitesse de prise en charge des patients par les CSSS» et fixent des délais de prise en charge (ex : +/- huit jours) pour sortir les patients des hôpitaux et s'ils en sont incapables, une amende financière quotidienne par aîné leur sera imposée. Cette somme représente, selon elles, le coût exact d'une journée d'hospitalisation. Elles assurent que cette mesure n'est pas «une collecte de fonds déguisée» pour l'Agence, mais, tel que mentionné, avec ces amendes, on souhaite activer la prise en charge des patient par les CSSS. Mais est-ce que les services à domicile sont disponibles pour l'ensemble de la clientèle âgée qui reçoit son congé du CHSGS?

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

En ce qui a trait aux services d'hébergement en région, il apparaît que les CSSS devront faire preuve de créativité et d'initiative afin de desservir adéquatement leur clientèle adulte présentant une perte d'autonomie sévère et persistante, incluant les troubles de comportement reliés à un désordre cognitif. Comme la

réponse aux services varie d'une région à l'autre, il est difficile de proposer des mesures globales qui pourraient être efficaces dans l'ensemble des régions.

Cependant, comme le vieillissement de la population est relativement prévisible et différent d'une région à l'autre, le MSSS devra être sensible aux particularités régionales en répondant aux besoins évolutifs des différentes régions et non en préconisant des mesures mur-à-mur pour l'ensemble de la province, comme il l'a généralement fait par le passé.

En région, surtout dans les petites localités de moins mille cinq cent (1500) citoyens, les personnes ont souvent avec un choix restreint de résidences pour aînés où les petites résidences de quinze(15) lits et moins, sont bien souvent la seule option. Aussi, certains CLSC achètent des lits auprès des propriétaires, qui n'ont souvent pas les effectifs formés pour bien desservir cette clientèle particulière et complexe, et se retrouvent avec un sous-financement, qui en bout de compte, risque de diminuer la qualité des soins et des repas afin de pouvoir rentabiliser leur entreprise.

Par ailleurs, certaines régions ont développé des formes originales d'organisation de services, comme c'est le cas en Chaudière-Appalaches qui, au lieu de reconstruire des établissements d'hébergement de style conventionnel, a créé des centres à dimension humaine. Ainsi, quatre maisons pouvant héberger chacune seize(16) résidents, ont été construites sur deux sites. Chacune des maisons est divisée en deux unités de huit résidents, ce qui donne l'impression d'être «à la maison». Pour permettre ces services adaptés, le personnel a dû accepter des changements de tâches majeurs. Par exemple, un préposé aux bénéficiaires peut être appelé à préparer un repas ou à faire du ménage. Des tâches qu'ils ne réalisent pas en institution. Ces changements n'ont pas été faciles à intégrer parce que les préposé(e)s ne sont généralement pas formé(e)s pour travailler dans ce genre de milieu.

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

Un élément important à considérer en mettant en place des mesures transitoires est qu'il faut faire en sorte que la personne ne vive pas un sentiment de « *boule de billard* » en étant transférée plusieurs fois d'une ressource à une autre. Cette situation peut s'avérer catastrophique pour les personnes présentant une perte d'autonomie importante, principalement pour celles atteintes de déficits cognitifs puisque les transferts consécutifs peuvent exacerber leurs déficits cognitifs et même porter atteinte à leur état de santé physique pouvant même accélérer le décès. De plus, les déplacements sont toujours cause de stress et d'insécurité chez les aînés même en bonne santé, ce qui peut également se répercuter chez les familles et les proches aidants.

Il faut donc éviter de déménager une personne afin qu'elle puisse avoir accès aux services que requière une détérioration de son état. Ainsi, une résidence pourrait développer des unités de ressources intermédiaires à l'intérieur de son installation. Il en est de même pour les CHSGS qui peuvent mettre en place une unité qui regroupe les personnes âgées fragilisées afin de leur permettent de vivre adéquatement la période d'attente avant l'admission en CHSLD et non en leur offrant des services parcellaires sur des unités non adaptées à leur état ou en les transférant d'un lieu extérieur à l'autre.

Le financement

Pistes de réflexion

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

Selon nous, il serait important de revoir le financement de l'ensemble des installations d'hébergement public de même que les ententes de services d'hébergement avec des ressources privées, puisqu'il existe une grande disparité entre chacun d'eux pour des clientèles souvent semblables. Un processus d'évaluation budgétaire global devrait être mis en place à partir des besoins réels de la clientèle, des services offerts et de l'environnement de chaque établissement. De plus, un processus continu de révision de la situation budgétaire devrait être établi afin de favoriser l'utilisation de bonnes pratiques et de créativité visant l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Le document mentionne divers services privés dont le financement fluctue à partir de l'offre et de la demande comme pour toute autre entreprise privée. Bien qu'il puisse être frustrant, voire désolant, de constater que des personnes ne peuvent pas avoir accès à l'ensemble du marché du secteur privé, il n'en demeure pas moins normal dans un système économique capitaliste comme le nôtre. Tout au long de notre vie, nous sommes confrontés à faire des choix à partir de notre capacité de payer. Le plus important est le fait que même les moins bien nantis de notre société puissent avoir accès aux services qu'ils nécessitent.

Par ailleurs, en ce qui a trait aux CHSLD privés conventionnés et ceux en partenariat public privé (PPP), le MSSS devrait revoir l'ensemble de ses conventions par souci d'équité puisque c'est l'État qui paie pour une partie importante des services. Il est de la responsabilité du MSSS que le promoteur reçoive sa juste part de budget et de ne pas en faire des « *attrapes nigauds* » pour promoteurs peu expérimentés, et ce, principalement en ce qui a trait aux PPP. S'il en était autrement, il y a risque que la clientèle ne reçoive pas l'ensemble des services qu'elle requiert ou encore qu'elle ne puisse bénéficier d'une bonne qualité de services à plus ou moins brève échéance.

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

L'élément le plus important de la tarification actuelle des CHSLD est que toute personne, quel que soit son niveau économique, puisse avoir accès aux services et aux soins de longue durée. Est-ce que le niveau de tarification est trop bas ou trop élevé, nous ne sommes pas des économistes pour donner une orientation précise à cet aspect. Il faudrait cependant considérer qu'une personne nécessitant entre 3 heures et 3.30heures de soins par jour pourra payer entre 2000\$ et 5000\$ par mois dans une résidence privée pour aînés et qu'une

personne qui nécessite 3.30heures de soins et plus par jour paiera au maximum de 1742,70\$ pour une chambre individuelle en CHSLD, 1456,80\$ pour une chambre à 2 lits et 1 083.00 \$ pour une chambre à 3 lits ou plus (ce qui est de plus en plus rare). Ces prix sont des maximums. Si vous ne pouvez assumer ces coûts, le montant de votre contribution sera alors déterminé en tenant compte de votre capacité de payer, c'est-à-dire de vos revenus, des biens que vous possédez, de vos épargnes et de votre situation familiale. On peut donc constater que souvent, une personne âgée nécessitant plus de services et étant admissible en CHSLD paie moins cher que si elle vivait en résidence privée pour aînés. Comme les moins nantis sont déjà protégés par un tarif maximum et paie souvent encore moins, il y a place à relever le tarif en CHSLD. Un élément à considérer également est que le tarif d'une place en CHSLD est basé sur le revenu d'une personne et que rarement ses avoirs sont considérés. Ainsi, une personne âgée qui ne reçoit que sa pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti pourrait posséder des valeurs pour 200 000\$ et même plus et payer le tarif de chambre sans que ses avoirs ne soient aucunement considérés. C'est donc l'état (donc la population en général) qui assume le budget manquant, car le prix maximum d'une place en CHSLD n'est pas de 20 912\$ par an (1742,70\$ x12), mais se situe autour de 60 000\$ par année. Il y a donc une sérieuse réflexion à faire au niveau de la tarification.

L'organisation physique

Pistes de réflexion

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

Le concept de milieu de vie élaboré par le MSSS est tout à fait adéquat. Il est important à ce moment-ci de mentionner ici que les travaux qui ont mené à l'élaboration du concept milieu de vie découle d'un concept et d'une approche qui avait été développée au cours des années 1990 et 2000 sous l'appellation d'approche prothétique et l'approche prothétique élargie, puisqu'on les rencontrera tout au long de notre mémoire.

Le terme approche prothétique signifie que comme la personne qui perd des facultés a besoin d'un soutien afin de maintenir ses activités, ce soutien peut provenir de plusieurs sources tels un proche aidant, des adaptations environnementales, des façons de faire facilitantes, des services externes, etc. qui servent en quelque sorte de prothèse à la personne afin de lui permettre de pouvoir continuer de vaquer à ses occupations.

Pour sa part, l'approche prothétique élargie constitue le mécanisme de mise en place de l'approche prothétique qui créera le milieu de vie adapté à la personne fragilisée. L'approche prothétique élargie comprend quatre constituants inter-reliés, complémentaires et indissociables, soit :

- L'environnement physique prothétique;
- L'environnement organisationnel prothétique;
- L'environnement humain prothétique;
- L'environnement occupationnel prothétique.

Lors de l'élaboration du concept de milieu de vie, il avait été prévu une période de mise en place de son application partout dans la province. Des budgets, des échéanciers et un mécanisme de déploiement avaient même été élaborés.

Entre autres, il avait été prévu de désigner une personne responsable et imputable de l'implantation de l'approche milieu de vie dans chacune des Agences régionales de Santé et de Services sociaux (ARSSS). Il lui appartenait de s'assurer que tous les CHSLD intégraient et utilisaient cette approche à partir de ces quatre constituants fondamentaux et devait obtenir la collaboration des gestionnaires de chaque CHSLD. Pour se faire, il devait, avec les établissements de la région de désigner, dans chaque installation, une personne responsable de l'implantation de l'approche. Cette personne devait recevoir la formation complète afin de bien réaliser son mandat et bénéficiait d'un soutien et d'un suivi de la part d'un formateur provincial.

Le mandat du responsable local (du CHSLD) étant d'informer les gestionnaires, les syndicats et le personnel de son rôle, des étapes d'implantation accompagnées d'un échéancier réaliste, d'assurer la formation, le suivi et le soutien du personnel. Les administrateurs et surtout les responsables d'unités devaient l'accompagner et lui fournir les éléments facilitateurs afin de réaliser adéquatement sa tâche. La personne désignée était responsable et imputable de la réalisation de ce mandat.

Malheureusement, cette démarche n'a jamais été mise en place, si ce n'est le mécanisme de visites d'appréciation des CHSLD, et le concept a été véhiculé laissant aux établissements et aux organisations le mandat de les mettre en place sans autre forme de soutien, ni de financement. C'est pourquoi on peut constater aujourd'hui un nombre infini de variétés de milieux faisant en sorte que plusieurs transgressent le concept, selon leur interprétation, jusqu'à n'en faire disparaître l'essence même. Le seul avantage de l'opération du développement du concept de milieu de vie est d'avoir identifié le meilleur moyen de bien intervenir auprès des personnes âgées fragilisées vivant en milieu d'hébergement et de l'avoir fait connaître dans l'ensemble du Québec.

Plusieurs établissements (plus d'une centaine) ont fait l'effort de vouloir l'implanter dans leur organisation en mettant en place un processus de formation et un certain suivi, mais le peu de soutien du MSSS, des Agences de Santé et de Services sociaux et dernièrement des CSSS ont eu raison de leur bonne volonté, bien qu'il subsiste quelques endroits où l'approche est relativement bien implantée.

Aussi, le processus de visites ministérielles qui a comme prémisses l'approche milieu de vie a apporté, du moins au début, une certaine orientation et un soutien aux CHSLD dans leur processus d'implantation, mais cette démarche a été établie sur une très longue période (plus de 10 ans) avant que l'ensemble des CHSLD n'ait reçu une visite et un processus de suivi très fragile et quasi inexistant.

Même l'agrément des établissements qui depuis la création des CSSS (fusions) n'en tient à peu près plus compte et omet même parfois de visiter les installations d'hébergement, se concentrant sur la vocation courte durée (installations) des établissements. Il en est de même pour les visites d'appréciation des CHSLD qui, depuis la nouvelle composition des équipes de visites, délaissent peu à peu le cœur même du concept de milieu de vie et la satisfaction des clientèles.

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

Il est impératif que le MSSS fasse une vérification complète de l'implantation de l'approche milieu de vie de ses installations d'hébergement et mette en place un

véritable processus d'implantation à partir de la démarche de l'approche prothétique élargie.

Avec l'alourdissement des clientèles, il est nécessaire d'adapter la démarche de l'approche prothétique élargie. Par exemple, la clientèle exige plus de services d'aide et d'assistance, mais moins de services spécialisés. Il serait donc profitable de revoir les tâches des intervenants spécialisés (infirmières, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) qui autrefois dispensaient beaucoup plus de services directs au résident en leur assignant des tâches d'évaluation, de formation, de suivi et de soutien du personnel soignant afin que les améliorations et le maintien des capacités du résident soient maximisés. En un mot, il nous faut plus que leurs interventions se résument en constatation et en rapports, mais bien en action par les intervenants directs auprès du résident.

Ceci exige donc une réorganisation du travail dans l'ensemble de l'installation. Les intervenants spécialisés deviennent donc responsables et imputables des services donnés aux résidents, tandis que les gestionnaires sont responsables et imputables des aspects administratifs et organisationnels de l'installation (gestion de personnel, budget, dépenses, aménagements physiques, soutien du personnel, etc.).

Enfin, le MSSS doit entreprendre une réorganisation en profondeur de son processus de visite d'appréciation des CHSLD, en assurant un programme plus intensif, de même qu'une démarche de soutien et de suivi clairement déterminée.

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?

Il existe certainement des milieux d'hébergement qui ont bien implanté l'approche milieu de vie, mais plus le temps passe sans vérification valable plus la situation se dégrade et plus on retourne aux vieilles pratiques prévalant en milieux de soins.

Les clientèles particulières

Pistes de réflexion

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

Certains résidents âgés de moins de 65 ans présentent des pathologies et des incapacités similaires ou semblables aux clientèles plus vieilles. Que l'on pense aux personnes atteintes à un stade précoce de la maladie d'Alzheimer, de sclérose latérale amyotrophique ou d'un AVC sévère, pour ces personnes, vivre dans un CHSLD pour personnes âgées, dans des unités spécifiques pour des clientèles présentant les mêmes caractéristiques, cette cohabitation peut être acceptable.

Cependant, pour les clientèles présentant des traumatismes crâniens importants, des atteintes à la moelle épinière provoquant des incapacités importantes ou encore atteintes de sclérose en plaques... et qui ont souvent moins de 50, 40 et même 30 ans, les intégrer à des CHSLD conventionnels est tout à fait inapproprié.

Les problèmes qui peuvent survenir sont de plusieurs ordres. D'abord, un jeune adulte qui doit vivre quotidiennement avec des personnes âgées et surtout très âgées qui présentent souvent des déficits cognitifs importants, réduit sensiblement ses interactions et ses échanges avec les autres. Aussi, le vécu des cohortes jeunes et âgées diffère énormément connaissant souvent des repères forts différents. Enfin, les approches du personnel doivent s'adapter aux diverses cohortes, ce qui souvent est négligé ou gommé par la tâche à accomplir auprès des uns et des autres. Que l'on pense aux différentes approches nécessaires ou encore aux différentes routines et règlements instaurés dans les CHSLD qui répondent souvent assez bien à la majorité des aînés, mais absolument pas aux clientèles jeunes.

Il n'y a pas seulement l'âge qui puisse engendrer une cohabitation difficile, mais également les caractéristiques fonctionnelles différentes. Que l'on pense à la cohabitation avec des personnes déficientes intellectuelles, des personnes présentant des problèmes de santé mentale, et celles ayant des déficits cognitifs plus ou moins sévères. Bien que leurs atteintes soient principalement cognitives et/ou comportementales, ces trois derniers groupes répondent très différemment à divers stimulus, ce qui peut engendrer une multitude de comportements dysfonctionnels et parfois des situations de crises.

Dans les plus grands centres urbains (Québec et Montréal), il est pensable et même souhaitable de créer des installations qui ne reçoivent que des clientèles jeunes présentant des incapacités sévères et utilisant un mode de service et de fonctionnement mieux adapté à leurs besoins spécifiques (chambres plus

spacieuses et mieux équipées, horaires et droits de sortie et d'entrée plus flexibles, visites plus libres permettant même de recevoir des invités pour une période de 24 heures, etc.). Une autre option, surtout en région, est la mise en place d'unités prothétiques adaptées, encore une fois aux besoins de cette clientèle particulière. Enfin, il existe plusieurs modèles d'hébergement de longue durée s'adaptant à des clientèles particulières comme en déficience intellectuelle, des problèmes de santé mentale et autres maladies dégénératives, tout en leur permettant de recevoir les services qu'ils requièrent.

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

Selon la FPBQ, les seuls moyens d'intervenir adéquatement avec ces diverses clientèles sont de leur offrir un environnement prothétique adapté à leurs besoins et à leur réalité soit par la mise en place d'unités spécifiques ou d'installations spécifiques à l'une ou l'autre clientèle.

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

Cette réalité concernant les besoins spécifiques de certaines clientèles peut être également vécue lors de cohabitation de diverses ethnies présentant des habitudes, des us, des coutumes ou des pratiques religieuses fort différentes. Bien que pouvant présenter des problèmes de santé semblables, l'intervention devra tenir compte de ces différences ethniques.

Les barrières de la langue viennent souvent s'ajouter, car il peut être difficile de trouver un nombre suffisant d'intervenants parlant la langue de la clientèle de cette unité ou cette installation particulière. Cette situation aura nécessairement des répercussions sur le résident et pourra même exacerber les problèmes de comportement chez certains d'entre eux et entraîner certaines formes de négligence ou de maltraitance.

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

Encore ici, l'unité ou l'installation prothétique adaptée pourrait être une avenue efficace à considérer même si l'on veut éviter les ghettos à ce stade de vie et de maladie. Plusieurs communautés ethniques ont créé des installations spécifiques afin de répondre aux particularités ethniques ou religieuses. Que l'on pense aux installations pour la communauté chinoise, juive, ukrainienne, etc.

Ce genre d'installation peut être facilement développé dans les centres à forte densité de population, mais est plus difficile à implanter dans les petits milieux. Alors diverses possibilités peuvent être envisagées. On peut proposer à l'aîné ou à sa famille de joindre une ressource spécifique à ses origines et coutumes, située dans un autre territoire ou encore développer des unités spécifiques dans

des établissements d'hébergement du territoire, en étant conscient que ces unités peuvent être réellement petites si le besoin n'est pas très présent. Tout est une question de gestion et d'organisation territoriale. Avec un peu de créativité et d'originalité, il est généralement possible de trouver des solutions efficaces qui comblent les besoins spécifiques des uns et des autres.

Par ailleurs, les CHSLD sont souvent des structures rigides où les routines et l'homogénéité d'intervention règnent. Par exemple, l'approche médicohospitalière intègre mal l'abolition des routines de lever, les bains, de repas, de coucher, etc. Même les tournées occupent des plages horaires strictes qui sont difficiles à modifier. Non pas qu'elles soient impossibles à changer, mais brisent la routine de soins qui souvent règne en maître.

Les proches aidants

Pistes de réflexion

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

La marginalisation, voire l'exclusion pure et simple des interventions des proches auprès de personnes hébergées relève principalement de craintes souvent non fondées et de la rigidité de fonctionnement de l'installation. Par contre, les abus qui ont pu survenir à un moment ou à un autre peuvent également freiner la participation des proches auprès des résidents. Ainsi, des exigences exagérées ou inappropriées de certaines familles peuvent avoir créé un sentiment de crainte et de frustration dans une équipe de services freinant l'ouverture à de nouvelles demandes. Le contraire peut également se retrouver dans certains CHSLD qui se reposent de plus en plus sur la présence des proches pour l'exécution d'un nombre croissant de tâches par l'aidant qui veut collaborer.

Parfois, les résistances peuvent aussi venir directement du personnel moins enclin à collaborer.

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

Il est important que les proches et les établissements établissent ensemble les attentes et les limites de collaboration et démontrent de l'ouverture et de la souplesse tout en évitant les abus.

Il est également important que le proche se sente écouté et compris par l'organisation comme il est important que le proche comprenne bien les limites de l'organisation en établissant des échanges ouverts, créatifs et réalistes.

17. Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

Il est évident que diverses expériences tant positives que négatives existent un peu partout dans le réseau d'hébergement, mais force est de constater que les établissements fonctionnent souvent en vase clos et partagent très peu les uns avec les autres afin de trouver des moyens efficaces et originaux pour bien intervenir. Cela est vrai avec les relations avec les proches, mais également dans beaucoup d'autres actions entreprises par divers CHSLD.

Les services et les soins

Pistes de réflexion

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

Comme mentionnés précédemment, l'organisation et le fonctionnement d'un CHSLD sont souvent calqués sur le fonctionnement du milieu hospitalier en utilisant des protocoles et des routines d'intervention répétitifs laissant peu de place aux expériences novatrices et créatrices. Il faut donc que le personnel et principalement les gestionnaires fassent une analyse réelle, rigoureuse et complète du fonctionnement du CHSLD afin d'identifier les principaux irritants qui empêchent de créer de réels milieux de vie. Une fois les irritants identifiés, il faut permettre à l'ensemble du personnel, des résidents et des proches de proposer des solutions qui répondront aux besoins de chacun dans un processus harmonieux gagnant/gagnant.

L'analyse doit absolument être suivie par des actions concrètes qui permettront d'améliorer réellement la qualité de vie des résidents. L'implantation de l'approche prothétique élargie comprend l'élaboration d'un plan de travail qui prévoit la désignation d'une personne responsable et imputable. En fait, il s'agit de mettre en place le processus d'implantation de l'approche milieu de vie qui avait été pensé lors de sa création.

Il faut cependant être conscient que la clientèle des CHSLD est de plus en plus lourdement handicapée et présente des caractéristiques de plus en plus complexes. C'est pourquoi le fonctionnement par unité ou sous-unités spécifiques regroupant des clientèles présentant des caractéristiques semblables apparaît être l'avenue la plus intéressante à mettre en place dans une installation.

Mais, il ne suffit pas de créer des unités spécifiques pour régler les problèmes, il faut également que le personnel soit sélectionné et formé pour répondre aux besoins particuliers de leurs résidents. L'intervenant doit compenser pour les dysfonctionnements du résident d'où le terme approche prothétique. Par ailleurs, ceci peut exiger une sélection du personnel agissant dans telle ou telle unité spécifique, d'où la nécessaire collaboration du personnel, de l'administration et des syndicats, ce qui est souvent difficile à réaliser.

Enfin, la clé de la réussite d'une telle démarche demeure la **persévérance**. En effet, il ne suffit pas de choisir la bonne équipe et de bien la former, mais il faut aussi et surtout bien l'encadrer, car il est beaucoup plus facile de revenir à de vieilles pratiques qui, bien qu'elles soient inadéquates, sont connues, intégrées

et confortables. Il est souvent plus facile de maintenir une pratique incorrecte que de créer une nouvelle approche.

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

Actuellement, il est difficile de parler de continuité quand la plupart des installations ne possèdent aucun plan de travail, donc aucun échancier et aucun mécanisme de suivi et de soutien. C'est pourquoi on remarque une si grande désorganisation dans le milieu de l'hébergement public au Québec.

20. Quelles sont les expériences concluantes à cet égard?

L'approche prothétique élargie nous apparaît être l'approche la plus efficace puisqu'elle peut répondre aux besoins de diverses clientèles des CHSLD. C'est également l'approche la plus responsable, la plus souple et la plus créatrice pour répondre, aux besoins, multiples, complexes, spécifiques et évolutifs des clientèles peu importe la gravité de la perte d'autonomie, l'âge du client, son ethnie et sa pathologie.

De plus, c'est une approche qui a été créée, développée et implantée au Québec pour les besoins des réalités des clientèles et des établissements d'ici. Cependant, rares sont les organisations d'hébergement qui l'ont intégrée entièrement et qui l'ont maintenue. Il en existe cependant quelques-unes et elles devraient servir de référence.

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

L'approche prothétique élargie favorise l'utilisation maximale des capacités résiduelles de tous les résidents qui le souhaitent et qui sont en mesure de le faire. Il faut cependant être conscients qu'au cours des 20 dernières années le type de clientèle des CHSLD s'est énormément modifié, et ce principalement en intégrant des personnes présentant des déficits cognitifs de plus en plus importants. Il en résulte que la clientèle actuelle, bien qu'elle puisse, pour certains, avoir conservé un fonctionnement moteur satisfaisant, présente des déficits cognitifs qui viennent compliquer leur utilisation.

Aussi, il arrive souvent que la stimulation visant à leur faire réaliser certaines tâches puisse provoquer des comportements dysfonctionnels, et ce, surtout chez la clientèle présentant des déficits cognitifs. C'est pourquoi l'approche favorisant la stimulation telle qu'utilisée il y a 15 à 20 ans est de moins en moins efficace, pour ne pas dire qu'elle est à proscrire. D'autres approches sont donc à privilégier avec ces clientèles. Par ailleurs la clientèle ne présentant pas de déficits cognitifs, mais une atteinte motrice importante ne répondra pas non plus

à l'approche de stimulation puisqu'elle la confronte à ses limites développant un fort niveau de frustration. Ici encore, l'approche prothétique s'avère préférable puisqu'elle tient compte de ses particularités d'où la nécessité d'une connaissance approfondie des capacités et des limites du résident auprès duquel on intervient.

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

Il est très difficile de parler d'une approche novatrice adaptée à l'ensemble de la clientèle des CHSLD outre l'approche prothétique élargie. Au fil des ans, plusieurs approches ont été expérimentées dans le réseau des CHSLD laissant souvent derrière lui plus de frustrations que de solutions. La mode du jour est très attrayante pour les intervenants qui s'y intéressent. Lorsqu'ils constatent le peu de résultats et souvent le peu d'intérêt de la part des autres intervenants et surtout de la direction à poursuivre une démarche qui ne donne pas des résultats immédiats. La plupart s'attendent à un succès instantané sinon l'effort fourni ne vaut pas la peine.

Dans les services en CHSLD les approches efficaces présupposent beaucoup d'efforts et de persévérance. Ces acquisitions nécessitent une participation et une adhésion pleine et entière de l'ensemble du personnel des CHSLD tant au niveau des services directs à la personne, de l'entretien ménager, des services alimentaires... et surtout de la direction.

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

La réponse précédente donne une bonne partie de la réponse à cette question. On pourrait dire que l'échec de la mise en place d'une approche efficace en CHSLD résulte :

- D'un manque d'adhésion et d'implication de l'ensemble du personnel;
- D'une mauvaise acquisition des composantes de l'approche ou d'une acquisition partielle;
- D'un manque de supervision et d'encadrement de la part des gestionnaires et des responsables de son implantation;
- D'un manque de persévérance.

Ce peut être l'une ou l'autre ou l'ensemble de ces éléments.

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

Il serait important de les répertorier dans l'ensemble des CHSLD avec l'aide de l'Association québécoise d'établissements de Santé et de Services sociaux (AQESSS).

Le suivi de la qualité des services et des soins

Pistes de réflexion

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

Il nous apparaît qu'un nombre important d'organismes a le mandat de s'assurer de la qualité des soins et des services offerts et de la satisfaction de la clientèle. Alors, pourquoi y a-t-il encore autant d'erreurs, d'accidents, d'abus et de frustrations dans le secteur des CHSLD?

Plusieurs questions peuvent et doivent être posées :

1. Y a-t-il trop d'organismes qui ont les mêmes mandats ou des mandats complémentaires?
2. Est-ce que ces organismes remplissent bien et de façon efficiente leur mandat?
3. Est-ce que ces organismes vont au fond des choses ou traitent-ils leurs dossiers de façon superficielle?
4. Y aurait-il lieu de revoir les mandats de chaque organisme et d'analyser les méthodes utilisées?
5. Y aurait-il lieu de regrouper certains organismes et même d'en éliminer?
6. Malgré le nombre important des organismes vérificateurs, existe-t-il des secteurs négligés ou oubliés (exemple : il n'y a pas d'organisme qui contrôle l'exercice de la profession de préposé(e) aux bénéficiaires, alors qu'elle représente 80 % des employés de ces établissements)?
7. Est-ce que le fait que ces organismes agissent en silo empêche la cohésion et la résolution de problèmes?
8. Est-ce qu'on mesure adéquatement la satisfaction des clientèles et est-ce qu'on en tient suffisamment compte?
9. Est-ce qu'on applique réellement les recommandations de chacun de ces organismes et est-ce que chacun possède un mécanisme de suivi?

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

À notre avis, l'application de mesures d'évaluation de la qualité des services offerts par les CHSLD et de satisfaction des clientèles ne présente pas plus de difficulté que pour les autres secteurs de services. Ce qui cause la principale difficulté est le manque de rigueur dans la correction des anomalies identifiées.

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

Il y a certainement d'autres moyens, mais ne pourrait-on pas améliorer les systèmes en place quitte à n'en fusionner, en éliminer et en restructurer certains? De plus, il serait temps de responsabiliser chacun des mécanismes conservés afin de créer une réelle cohésion et une complémentarité de leurs actions.

L'organisation du travail

Pistes de réflexion

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

Tout d'abord, la réorganisation du travail exige certains préalables incontournables :

1. L'élaboration d'un modèle de travail basé sur les besoins des résidents et non de l'organisation impliquant l'ensemble des intervenants, de l'administration, des résidents et des proches.
2. Une évaluation rigoureuse du fonctionnement actuel, ainsi que l'identification des améliorations et des changements à apporter.
3. L'élaboration d'un processus d'implantation réaliste comportant des actions spécifiques et des échéanciers.
4. Une évaluation des ressources humaines, matérielles financières et organisationnelles quitte à modifier sensiblement la composition du personnel et des équipes de travail.
5. Une adhésion pleine et entière du personnel et, au premier plan, des gestionnaires de l'établissement.

Il faut prendre conscience que chaque installation est différente et exigera des modifications qui lui sont propres, à partir du modèle milieu de vie.

On devra également tenir compte des exigences de la loi 90 lors d'une réorganisation du travail entre intervenants ainsi que de la formation continue. Actuellement, certains CHSLD exigent aux PAB d'accomplir certaines tâches qui dépassent leur niveau de compétence, prétextant leur légitimité en lien avec la Loi 90, sans qu'une formation adéquate ne leurs soit prodiguée.

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

Tout passe par l'adhésion du personnel pour l'implantation de nouvelles façons de faire et en premier lieu des syndicats qui doivent soutenir le personnel durant la période d'implantation.

30. Quels sont les exemples de réussite à cet égard?

Actuellement, très peu d'installations ont réussi à implanter l'approche de milieu de vie prothétique dans son intégralité. Le plus souvent, on s'est contenté de choisir les éléments les plus faciles à introduire dans la démarche courante, d'où l'échec quasi généralisé du changement de pratique qui aurait dû être complété

depuis le dépôt des orientations ministérielles. Par ailleurs, la plupart des installations se targuent d'avoir implanté l'approche milieu de vie alors qu'ils n'ont mis en place que les éléments les plus faciles à implanter et ne modifient aucunement la pratique médico hospitalière qui prévaut depuis des décennies.

Il est primordial de comprendre que l'approche de milieu de vie n'est pas un exercice cosmétique qui vise à donner l'apparence d'une mise à niveau au goût du jour, mais bien un changement en profondeur de la conception même de l'hébergement et l'implantation de valeurs profondes basée sur les besoins d'une clientèle en perte d'autonomie très sévère. Le changement de pratique devrait apporter non seulement une amélioration profonde de la qualité de vie du résident, mais également une amélioration de l'organisation du travail et des conditions de travail de l'intervenant.

Plusieurs aspects pourraient ainsi être modifiés sensiblement dans les façons de faire et dans les façons d'être de l'intervenant. On peut en donner quelques-uns comme exemple :

- L'approche auprès du résident (vouvoiement, respect de son rythme de fonctionnement et de ses habitudes de vie...);
- L'abolition des postes de garde;
- La diminution drastique de la paperasse et de la bureaucratie;
- L'abandon de routines de travail (heures de lever, heures de bains, heures de repas, alimentation, heures de coucher...);
- L'aménagement des unités de vie de façon à s'inspirer d'un environnement familial normal;
- Etc.

La formation du personnel

Pistes de réflexion

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

Il apparaît plus qu'évident pour la FPBQ, de même que pour plusieurs organisations qui sont préoccupées par la qualité de vie et des services en CHSLD, que la formation de base des préposé(e)s aux bénéficiaires offerte par le MELS, soit l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) *d'aide à la personne en établissement de santé* de 750 heures, doit être obligatoirement exigé à tout nouveau préposé aux bénéficiaires embauché en CHSLD et tous ceux provenant d'Agences privées qui ont à accomplir ce travail. Ceci est une condition sine qua non. De plus, cette obligation rejoint les exigences demandées pour tout le personnel de soins que ce soit pour les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les médecins, les ergothérapeutes, etc.

Actuellement, le MELS a presque complété la révision du cours en assistance à la personne en établissement de santé (DEP) ainsi que le DEP l'assistance à la personne à domicile (auxiliaire familial) afin de fusionner ces deux formations. Plusieurs éléments ont emmené le MELS à procéder à cette fusion :

- La mise en place de l'Assurance autonomie;
- Le besoin croissant d'intervenants qualifiés pour assurer un service d'aide à la personne de qualité;
- La convergence de plusieurs activités se retrouvant dans les deux formations;
- La volonté d'offrir un plus large champ de pratique que ce soit pour le travail en établissement du réseau de la Santé et des Services sociaux, à domicile, en résidence privée avec services, en CHSLD privé non conventionné, en Ressources intermédiaires (RI), et tout autre service de soutien à domicile ou d'hébergement;
- La diminution du nombre d'inscriptions dans le programme d'aide à la personne en résidence, compte tenu du délestage des services à domicile par les intervenants du CLSC au profit des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) qui embauchent du personnel non formé pour réaliser les mêmes tâches.

Les démarches entre le MSSS et le MELS nous permettent de croire qu'un nouveau corps d'emplois résultant de la fusion de plusieurs types d'intervenants réalisant des activités semblables dans divers milieux de vie et portant diverses dénominations (préposé(e) aux bénéficiaires, auxiliaire familial(e), aide-

soignant(e), aide infirmier(e), aide aux services de soins, aide aux services infirmiers, aide d'établissement...) résultera de leurs travaux.

Cette nouvelle orientation ne signifie pas seulement une fusion d'anachronismes, mais de la création d'une nouvelle appellation qui nécessitera des exigences spécifiques afin d'obtenir un droit de pratique. On peut penser à :

- L'exigence du DEP;
- L'identification par un corps d'emploi spécifique (aide-soignant?);
- La formation continue;
- L'inspection professionnelle;
- L'obtention d'une assurance erreur et omission;
- L'adhésion à un regroupement professionnel;
- Etc.

Une description précise des tâches qui leurs seront dévolues sera clairement établie.

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

Il nous apparaît qu'avec l'évolution des besoins d'une clientèle présentant des pertes fonctionnelles de plus en plus importantes ainsi qu'avec l'évolution qu'a connue et connaîtra le secteur de l'hébergement, il est primordial qu'un mécanisme de formation continue soit mis en place et réévalué régulièrement, afin que ces intervenants puissent répondre adéquatement aux exigences évolutives du milieu. Il est loin d'être évident que c'est le cas actuellement, du moins pour plusieurs corps d'emplois.

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

La formation devra viser à maintenir et améliorer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des intervenants dans l'ensemble des sphères biopsychosociales du résident. Actuellement, c'est surtout la composante savoir-faire qui est exploitée puisque les préposé(e)s aux bénéficiaires sont considéré(e)s comme des exécutants et non comme des intervenants n'obéissant qu'aux consignes des supérieurs et suivant une routine stricte. Le savoir et le savoir-être sont très peu considérés. Il en résulte que souvent les PAB exécutent des tâches sans bien comprendre les particularités de chacun des résidents. De plus, cette façon de procéder laisse bien peu de place à leur créativité, leur collaboration au plan d'intervention alors que ce sont les cliniciens qui ont le plus de contacts avec les résidents.

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

Un élément incompréhensible dans le fonctionnement des CHSLD est à l'effet que, généralement, aucune exigence académique et même personnelle n'est considérée lors de l'embauche d'un PAB, bien que les résidents des CHSLD constituent la clientèle la plus fragile et la plus vulnérable du réseau de la Santé et des Services sociaux chez les adultes. Il en résulte que souvent les PAB sont laissés à eux-mêmes pour réaliser des tâches pour lesquelles ils ont peu ou pas de formation. C'est pourquoi on constate souvent des erreurs, des omissions et des accidents conséquemment à ce manque de savoir, de savoir-faire et de savoir-être.

De plus, tant le résident que l'intervenant ne sont protégés par aucune assurance ni un soutien quelconque. C'est l'une des raisons pour lesquelles ce milieu de travail connaît autant de roulement de personnel et que les installations doivent avoir si souvent recours à des Agences privées de placement dont les intervenants n'ont souvent pas plus de connaissances que les intervenants du centre et, qu'en plus, n'ont pas une connaissance approfondie du milieu de travail où on les assigne. D'où le danger de connaître encore plus d'erreurs, d'omissions, d'accidents et de maltraitance envers les clientèles.

Autres réflexions

Bien que le groupe de travail ait accompli un survol relativement complet de la situation vécue dans les CHSLD québécois, la FPBQ aimerait apporter quelques autres précisions, qui pourraient avoir une grande importance dans l'amélioration des services destinés aux adultes vivant en CHSLD. Par ailleurs, nous sommes conscients que certains aspects ont pu nous échapper.

La mixité des clientèles âgées

Dans les CHSLD il n'existe pas seulement une mixité de clientèle uniquement en fonction de l'âge, mais également en raison de pathologies et l'une des clientèles qui causent le plus de problèmes dans les CHSLD est la mixité avec la clientèle psychiatrique dite vieillissante. La diminution drastique du nombre de lits d'hébergement psychiatrique à long terme (désinstitutionnalisation) a eu comme conséquence d'orienter la clientèle psychiatrique ayant une pathologie datant de plusieurs années, voire plusieurs décennies, vers des installations destinées très majoritairement à une clientèle gériatrique classique. Les raisons alors invoquées par les CSSS sont que le territoire ne possède pas de places d'hébergement psychiatriques à long terme ou qu'ils en ont trop peu. Une autre raison souvent invoquée est que le client psychiatrique a maintenant atteint l'âge de 65 ans et que donc il peut et doit être considéré comme un client gériatrique, peu importe ses comportements et sa dangerosité tant pour les autres résidents que pour les intervenants.

Actuellement, plusieurs CHSLD vivent un véritable climat de terreur après avoir été obligé par le CSSS à accueillir un ou des clients psychiatriques. Cette situation crée des risques importants autant pour les autres résidents que pour les intervenants qui n'ont pas été formés pour bien encadrer cette clientèle et répondre adéquatement à leurs besoins. Il n'est pas rare de voir dans des CHSLD des gardes de sécurité 24 heures par jour à la porte d'un de ces clients psychiatisés afin d'éviter, tant que faire se peut, les dysfonctionnements de ces clients particuliers.

Ce n'est parce que l'on est un « *vieux psychiatisé* » qu'on a les mêmes caractéristiques que la clientèle conventionnelle des CHSLD. Il nous apparaît urgent de créer des CHSLD pour la clientèle psychiatrique qui nécessite des services de longue durée ou du moins de mettre en place des unités prothétiques fermées pour la clientèle psychiatrique âgée dans certains CHSLD.

Les postes de garde

Un élément que l'on peut facilement constater lorsqu'on visite un CHSLD est le cantonnement de personnel dans le poste de garde des unités et le peu de personnel près des résidents. (à moins que les résidents soient agglomérés près du poste de garde!). Cette situation résulte, à notre avis de deux principaux facteurs : l'un étant les exigences technocratiques tant de la part du MSSS, de l'Agence, du CSSS ou de l'installation elle-même. On pourrait alors croire que la paperasse empêche l'intervenant d'être auprès des résidents. Aussi, ce sont principalement les infirmières que l'on retrouve en ces lieux, ce qui nous permet de croire que cette pratique provient du fonctionnement général en milieu de courte durée.

À maintes reprises et par de nombreux consultants, il a été demandé d'abolir les postes de garde et de réduire au minimum les exigences technocratiques en CHSLD. Force est de constater que ces recommandations n'ont pas été suivies et la situation a même empiré au cours des dernières années. Il faut souligner que si on veut réellement donner un visage de milieu de vie normalisant, il faudrait suivre ces recommandations, car il est rare de voir un poste de garde à l'intérieur de nos logements! Quelques organisations ont suivi ces recommandations et fonctionnent très bien et sans quelque inconvénient que ce soit. Mais elles sont rares, car le modèle est bien ancré dans nos organisations comme s'il était criminel de diminuer la paperasse et d'enlever le poste de garde!

Si on veut créer de véritables milieux de vie, il faut que l'installation et surtout l'unité de vie ressemblent à un vrai milieu de vie. Dans ce cas-ci, on peut donner en exemple le CHSLD Saint-Brigid's home qui a su créer un véritable milieu de vie du moins dans leur unité prothétique fermée. On y retrouve un salon, une cuisine tout équipée, une salle de bains, un solarium, des chambres individuelles... mais aucun poste de garde! De plus, le personnel est continuellement en contact avec les résidents et non confiné derrière un poste vitré.

La place du préposé dans le CHSLD

Un autre élément que la FPBQ aimerait faire ressortir est le peu de considération que connaissent les préposé(e)s aux bénéficiaires dans les CHSLD, et ce, autant de la part des autres intervenants que des directions. Comme souvent ces cliniciens n'ont aucune formation préalable reconnue, ils ne récoltent aucune reconnaissance professionnelle de la part des autres intervenants. Même les préposé(e)s possédant un DEP connaissent ce rejet puisque la plupart du temps rien ne les distingue en apparence de ceux qui n'en ont pas. Il peut en résulter

un désenchantement et un désengagement de la part des préposé(e)s aux bénéficiaires qui vivent ce manque de reconnaissance, ce qui peut être une autre raison du fort roulement de personnel chez ce groupe de cliniciens.

Aussi, comme les PAB ne sont représentés de façon générale par aucun regroupement professionnel, ils n'ont aucune assurance professionnelle, aucune forme de vérification de leurs antécédents académiques, judiciaires et professionnels. Ils ne sont pas non plus encadrés par un Code de déontologie et ne connaissent aucune évaluation professionnelle extérieure comme en bénéficient les membres des Ordres professionnels. Enfin, les PAB ont accès à peu ou pas de formation continue.

C'est pourquoi la FPBQ est à mettre sur pied une Corporation professionnelle qui viendrait pallier ces lacunes et probablement, par le même fait, à la situation de rejet ressenti. Cette Corporation professionnelle représenterait non seulement les PAB en CHSLD, mais également ceux œuvrant en RI, RTF et en résidences privées pour aînés. Il serait même possible d'inclure, en tenant compte de la nouvelle formation élaborée par le MELs et le MSSS, le personnel intervenant à domicile œuvrant dans les services privés, publics et corporatifs (les intervenants des entreprises d'économie sociale et les auxiliaires familiales des CLSC).

Ce sont plus de 100 000 personnes qui pourraient bénéficier de :

- Une formation de base obligatoire;
- Un Code de déontologie;
- D'une assurance erreur et omission;
- D'exigences obligatoires d'embauche et de travail;
- D'un programme de formation continue;
- D'un processus d'inspection professionnelle;
- D'une représentativité, d'une reconnaissance et d'un soutien professionnels;
- Etc.

À l'instar d'un Ordre professionnel cette Corporation professionnelle « *d'aide-soignant* » aurait comme premier mandat la protection des usagers et l'amélioration de la qualité des services et comme second mandat la protection, la formation, la vérification et la reconnaissance professionnelle de leurs membres.

En aucun cas, la Corporation professionnelle des « aides-soignants » n'aura le mandat de négocier les conditions de travail, les salaires et les avantages sociaux de leurs membres, ces aspects relevant du domaine des syndicats.

La FPBQ croit que l'amélioration des services en CHSLD passe d'abord par l'amélioration des connaissances des intervenants et surtout des aides-soignants, car ce sont eux qui sont le plus près des résident(e)s, et ce, 24 heures par jour et 365 jours par année.

Cette garantie de formation, de suivi et d'encadrement professionnel passe d'abord par la mise sur pied d'une Corporation professionnelle des aides-soignants et l'obligation d'y adhérer pour tous les aides-soignants des secteurs publics privés et corporatifs, décrétée par le MSSS.