

**Conditions de vie des adultes
hébergés en CHSLD
L'urgence d'agir de façon
cohérente**

**Avis présenté à la Commission de la
santé et des services sociaux dans le
cadre de la consultation sur les
conditions de vie des adultes hébergés
en centre d'hébergement et de soins de
longue durée**

**Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
et la Fédération de la santé du Québec
(FSQ-CSQ)**

Février 2014



La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus de 200 000 membres, dont 130 000 environ font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

L'hébergement des personnes adultes en perte d'autonomie ou en fin de vie est un enjeu majeur qui interpelle depuis toujours la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et son affilié la Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ).

Forte de ses 200 000 membres qui défendent des valeurs d'égalité et de solidarité, la CSQ et ses affiliés en santé reconnaissent l'ampleur et l'urgence des défis que la société doit relever pour ces nombreuses personnes en situation de grande vulnérabilité. Et ces défis, nous devons les relever collectivement.

On ne peut réclamer de meilleures conditions de vie pour les adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sans aborder spécifiquement et sérieusement la question de l'accessibilité et de la qualité des soins et des services de santé qui leur sont prodigués. Or, il est surprenant, pour ne pas dire regrettable, que la Commission de la santé et des services sociaux n'ait pas songé, dès le départ, à interpeller les professionnelles et professionnels de la santé impliqués directement dans l'organisation et dans la dispensation des services et des soins de santé. Leurs connaissances, leur grande expertise et, surtout, leur expérience concrète des réalités quotidiennes en font pourtant des acteurs et des agents de changement incontournables.

C'est pourquoi la CSQ et la FSQ-CSQ ont décidé de participer aux travaux de la Commission afin de lui soumettre certaines pistes de réflexion et d'action qui leur apparaissent fondamentales.

Remettre l'équipe de soins au cœur des grandes réformes

Le réseau de la santé et des services sociaux a d'énormes défis à relever en matière d'organisation des services et des soins aux personnes âgées et en perte d'autonomie. Plusieurs grandes réformes à venir modifieront de façon importante et simultanément la prestation des services de santé dans les diverses ressources d'hébergement du Québec, notamment dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Mentionnons le projet de loi n° 52 concernant les soins de fin de vie, le projet de loi n° 67 sur l'assurance autonomie, et enfin le futur plan d'action en santé mentale 2014-2020 pour ne nommer que ceux-ci. Aussi, **le travail de réflexion de la présente Commission ne peut se faire sans tenir compte des défis que poseront l'intégration des services et la mise en place d'un continuum de soins de qualité.** Il en va de l'efficacité même du réseau de la santé, tant souhaitée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Selon nos membres impliqués directement dans les divers programmes et services de santé, ces défis ne pourront être relevés adéquatement sans que soit reconnue la participation centrale des équipes de soins. Or, cet enjeu semble parfois secondaire dans les travaux de réflexion en cours. Pourtant, l'une des forces du système public de santé est qu'il a toujours pu compter sur des professionnelles et

professionnels qualifiés, dévoués et soucieux de proposer des solutions de rechange concrètes et réalistes afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

Les équipes de soins doivent être au cœur des grandes réformes qui ont et auront cours. Leur composition, leurs rôles et leurs responsabilités doivent être clairement définis. Aussi, la mise en place de conditions favorables à la collaboration participative sera nécessaire pour relever collectivement les grands défis qui s'annoncent.

Dans le même esprit, les mesures qui déstabilisent et fragilisent les équipes de soins et qui maintiennent les professionnelles et professionnels de la santé dans l'inconnu et l'incertitude doivent cesser. Pensons à l'abolition de postes d'infirmières et d'infirmiers dans les CHSLD, et aux nombreux changements dans l'organisation du travail au nom d'une plus grande flexibilité, d'une plus grande mobilité et d'une plus grande efficacité. Ces mesures contribuent à la démobilisation des équipes de soins, entraînent une surcharge de travail et finissent par altérer la qualité des soins dispensés.

Se redonner une analyse et une action congruentes

Dans son document de consultation, la Commission reconnaît qu'il y a un alourdissement de la clientèle dans les CHSLD. Bien que les pouvoirs publics privilégient le domicile comme « premier lieu de prestation de services », elle admet que de nombreuses personnes dont l'état de santé se dégrade sérieusement n'ont d'autre choix que de « déménager dans un milieu mieux adapté à leurs besoins ». Le resserrement des normes d'admission et la moyenne d'âge de plus en plus élevée des résidentes et résidents expliquent en fait les besoins grandissants des personnes hébergées en CHSLD.

Dans son portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidentes et résidents¹, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) affirme qu'une récente orientation ministérielle réclamerait que seules les personnes « dont l'état de santé exige des soins et des services intensifs et spécialisés » doivent être dirigées vers les centres d'hébergement publics de soins de longue durée. Dans ce même portrait, on apprend que plus de 41 % des personnes hébergées ont plus de 85 ans (2011-2012), une hausse de 7 % en quatre ans, que les deux tiers des résidentes et résidents ont trois problèmes chroniques de santé et plus, que 80 % des gens présentent des troubles cognitifs et que 20 % ont des troubles mentaux. Le nombre d'heures de soins auprès de la clientèle aurait connu une hausse de 5 % depuis 2007-2008, pour s'établir

¹ AQESSS (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec. Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/#0.

à 3,22 heures de soins par usagère et usager par jour en moyenne. Le nombre d'heures de soins requis est en hausse constante.

Certes, les CHSLD sont des milieux de vie qu'il importe d'humaniser en recentrant l'offre de services sur les besoins de la personne usagère. À ce titre, la contribution indispensable des préposées et préposés aux bénéficiaires doit être reconnue. Toutefois, il faut le reconnaître également, les personnes hébergées en CHSLD vivent une très grande perte d'autonomie et nécessitent des soins et des services de santé spécialisés et diversifiés. Leurs nombreux besoins, évalués à l'aide d'un outil standardisé (Iso-SMAF) mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux lui-même, sont clairement démontrés et reconnus. Ainsi, **il appert congruent de reconnaître les CHSLD comme des milieux de soins importants et, à ce titre, d'y assurer la présence d'un nombre suffisant de professionnelles et professionnels de la santé.**

Un nombre croissant d'études démontre le lien direct entre le nombre d'infirmières et infirmiers présents dans un milieu et la qualité des soins dispensés. Aussi, il est difficile de comprendre les volontés du ministre Réjean Hébert qui affirme que l'abolition des postes d'infirmières et infirmiers dans les CHSLD n'est qu'une simple modification de l'offre de services et que leur remplacement par des préposées et préposés aux bénéficiaires constitue l'alternative pour répondre plus adéquatement aux besoins des patientes et patients.

On ne peut pas reconnaître l'alourdissement et la complexification de l'état de santé des résidentes et résidents en CHSLD et, du même coup, démanteler les équipes professionnelles de soins.

Travailler pour la qualité : milieu de vie, soins et organisation du travail

Les orientations ministérielles et les principes directeurs² qui devaient guider la création de milieux de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD n'ont pu être respectés.

La philosophie de gestion des dernières années n'est certainement pas étrangère à la situation.

Les compressions budgétaires et les projets en réorganisation du travail, visant la performance, l'optimisation des services et la standardisation des approches et des outils, n'ont pas permis aux établissements d'ajuster les pratiques afin de répondre

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Un milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*, publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-830-01.pdf.

aux objectifs de qualité, de sécurité, de confort, de maintien et de renforcement des capacités des personnes hébergées. Encore aujourd'hui, le manque d'effectifs criant et la rigidité du modèle de gestion ne permettent pas aux professionnelles et professionnels en soins d'assumer pleinement leur champ d'exercice professionnel.

La présence des professionnelles et professionnels en soins : une condition gagnante

Pour répondre aux besoins, aux questions et aux préoccupations des gens, la présence de professionnelles et professionnels en soins est essentielle. Elle favorise l'établissement de liens de confiance et crée un climat rassurant pour les personnes en situation de grande vulnérabilité. Ils assurent également la prise en charge et le suivi adéquat des plans de traitement et participent, par leur enseignement et leur soutien, au développement des capacités et au maintien de l'autonomie des personnes hébergées. Enfin, une diminution des hospitalisations et des erreurs dans la prestation de soins est observée lorsqu'ils sont en nombre suffisant.

Nous le répétons, les professionnelles et professionnels en soins sont qualifiés, dévoués et soucieux de proposer des solutions concrètes et réalistes pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. **Ce n'est pas d'hier qu'ils réclament une organisation du travail qui leur permettra d'assurer cette qualité. Nous invitons la Commission à accorder à cette question toute l'attention qu'elle mérite :**

- Établir l'offre de services dans les CHSLD (pour chaque profil de besoins) ;
- Établir et respecter des ratios de professionnelles et professionnels par patientes et patients qui assurent la prestation d'un continuum de soins sécuritaires et de qualité ;
- Assurer la stabilité des équipes de soins multidisciplinaires ;
- Assurer des effectifs suffisants sur tous les quarts de travail ;
- Assurer la présence du personnel infirmier et cardiorespiratoire 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ;
- Limiter, voire abolir, le temps supplémentaire obligatoire ;
- Permettre aux professionnelles et professionnels d'agir pleinement dans leur champ d'exercice professionnel : respecter le jugement clinique et l'autonomie professionnelle.

Au même titre, nous croyons que plusieurs pratiques qui nuisent directement aux objectifs de qualité recherchés doivent cesser :

- Les mesures coercitives, telles les pénalités financières imposées aux établissements qui ne transfèrent pas dans les délais prescrits les patientes et patients en fin de soins actifs vers les services de soutien ou d'hébergement appropriés ;
- Les fermetures de lits dans les CHSLD ;
- L'abolition de postes d'infirmières et d'infirmiers dans les CHSLD ;
- Le déploiement de projets d'organisation du travail qui ne respectent pas les principes directeurs des orientations ministérielles visant à assurer un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD.

Reconnaitre la formation et la spécificité des soins infirmiers

Il va de soi que la formation de l'ensemble des gens oeuvrant auprès de personnes en lourde perte d'autonomie, quelle que soit leur catégorie d'emplois, doit répondre à des critères de connaissances et de compétences adéquats. Ils devraient également avoir accès à des programmes de formation continue respectant les standards de pratiques reconnues qui auront été développés et encadrés par le MSSS.

Cela étant dit, comme nous l'avons mentionné, l'alourdissement et la complexification des cas en CHSLD nécessitent de plus en plus de soins intensifs et spécialisés. Le portrait de la situation de l'AQESSS est plus qu'explicite. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal reconnaît elle aussi que les établissements devront adapter leurs pratiques cliniques aux besoins des clientèles complexes et diversifiées (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle, déficience physique, etc.).

Dans un tel contexte, les remplacements de postes d'infirmières et infirmiers et d'infirmières et infirmiers auxiliaires par des préposées et préposés aux bénéficiaires soulèvent d'importantes questions et de grandes inquiétudes. Certes, leur présence respective est nécessaire pour assurer un milieu de vie et de soins de qualité. Néanmoins, la spécificité des soins infirmiers nécessaires en CHSLD doit être rapidement reconnue.

Demander si les critères d'embauche relatifs à la formation sont suffisamment exigeants³ peut laisser sous-entendre que nous ne disposons pas du personnel qualifié pour offrir les soins requis. Or, les infirmières et infirmiers et les infirmières et infirmiers auxiliaires ont les connaissances et les compétences nécessaires pour travailler au sein des CHSLD. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé a permis l'élargissement des rôles professionnels ; encore faudrait-il en assurer pleinement son application.

Plusieurs mesures concrètes permettraient d'assurer le maintien des compétences et le respect des champs d'exercices professionnels :

- Formation en cours d'emploi accessible et diversifiée ;
- Libérations nécessaires pour suivre les formations requises ;
- Adoption par les CHSLD de plans d'action pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel, tel que le stipule l'article 231 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- Respect et application concrète de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (en référence au projet de loi n° 90).

Envisager le financement des CHSLD dans une perspective sociale globale

Il est dommage que le financement et l'accessibilité économique des CHSLD soient appréhendés essentiellement sous l'angle des coûts et de la tarification dans une perspective comptable. Les gains sociaux directs et indirects associés à leur accessibilité devraient être considérés. Réduire leur accessibilité économique ne serait pas sans conséquence. Cela affecterait de nombreuses personnes, tant sur les plans économiques et familiaux que sur les plans de la conciliation travail-famille et de l'emploi. Les coûts sociaux seraient très importants.

Dans son document de consultation, la Commission révèle que près de 4000 personnes étaient en attente d'une place dans un CHSLD au 31 mars 2013, et il est à prévoir que les besoins iront en augmentant.

Dans sa revue de littérature sur les services spécialisés destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, l'Institut national d'excellence en santé et en

³ Quatrième question des pistes de réflexion du document de consultation de la Commission de la santé et des services sociaux, p. 20.

services sociaux (INESSS) indique que 160 000 personnes seront atteintes de cette maladie en 2030, une hausse de 60 % en près de 20 ans. Cette maladie dégénérative évolutive entraîne des incapacités majeures allant jusqu'à l'incapacité. Pour la famille et les personnes proches aidantes, elle « peut devenir une source importante d'épuisement physique, psychologique et social et ainsi avoir des répercussions majeures sur leur santé et leur situation financière⁴ ».

Lors des consultations à l'égard du livre blanc sur l'assurance autonomie, nous avons exprimé nos craintes que le virage des soins à domicile ait pour objectif, avoué ou non, de réduire l'offre de services publics d'hébergement. Les récentes fermetures de lits et celles annoncées au mois de décembre dernier, 650 places dans les régions de Montréal et de Québec, nous font maintenant craindre le pire. Depuis 2006, le nombre de places en CHSLD a connu une diminution de 15 %. Cet important désengagement de l'État est certainement prématuré.

Tant les fermetures de lits et le rehaussement des tarifs en CHSLD, tel que l'a proposé l'AQESSS à l'automne dernier, que la révision à la baisse des critères d'exemptions dans le calcul des tarifs en CHSLD réduiront de façon importante l'accès à des services pourtant reconnus essentiels. Pour de nombreuses familles, de telles mesures signifieront un transfert direct du fardeau sur les proches aidantes et proches aidants.

Pour ces raisons, nous considérons que le financement et l'accessibilité économique des CHSLD doivent être analysés dans une perspective sociale globale.

Les pièges de la privatisation

La Centrale et ses affiliés sont préoccupés, voire inquiets, de constater que la Commission suggère des partenariats public-privé (PPP) pour la construction de nouvelles places comme option de diversification des modes de financement.

L'analyse comparée des annexes I et II du document de consultation révèle pourtant que, dans les régions du Québec où la présence des CHSLD publics correspond à plus de 50 % du nombre total d'établissements ayant une vocation de CHSLD, le pourcentage de personnes en attente pour un lit ne dépasse pas 3,7 % (sauf dans la région des Laurentides, où il se situe à 5,1 %). Or, dans les régions où les établissements privés sont majoritaires, ce pourcentage grimpe jusqu'à 33,6 %.

⁴ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2012). *Services spécialisés destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Revue de la littérature.*
www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_resume_Alzheimer_fr.pdf.

La sous-traitance dans le secteur public de la santé implique de nombreux problèmes déjà bien documentés. Un récent rapport de recherche⁵ révèle, entre autres, les dépassements de coûts importants, la réduction de l'efficacité et de la qualité des services, la perte d'expertise et de contrôle, sans parler des problèmes de transparence. L'accès à l'information étant parfois difficile, voire impossible, l'analyse des coûts et l'évaluation de l'efficacité s'en trouvent également limitées.

Dans un contexte d'austérité budgétaire, est-il responsable de permettre à des entreprises privées de faire des profits en matière d'hébergement et de soins de longue durée ? Nous croyons qu'une sérieuse réflexion s'impose dans la mesure où l'accès aux services de santé, voire le droit à la santé, est menacé. Aussi, nous nous opposons à la volonté du gouvernement d'exempter les contrats de services d'hébergement et de soins de longue durée de la procédure d'appel d'offres et de les octroyer de gré à gré. Les règles d'octroi de contrats publics doivent au contraire être resserrées.

Plusieurs incidents malheureux survenus au cours des derniers mois suscitent également la réflexion et doivent nous guider dans la réorganisation des services et des soins de santé. En matière de sécurité, le principe de précaution envers les personnes en perte d'autonomie et les personnes handicapées devrait d'emblée s'appliquer. Or, le resserrement éventuel des normes de sécurité et de certification grugera les marges de profit futures du secteur privé, qui devra trouver de nouvelles stratégies pour maintenir ses seuils de rentabilité. L'accès à des services de santé de qualité pourrait s'en trouver davantage réduit.

Le mode PPP et les contrats de gré à gré en matière d'hébergement et de soins de longue durée ne doivent plus être envisagés. Un meilleur contrôle des coûts doit également être assuré. Seuls l'hébergement public et l'hébergement privé sans but lucratif devraient à l'avenir être envisagés. Enfin, le déploiement de nouvelles formules d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie devrait être soumis à la consultation publique.

Conclusion

Les faits démontrent la nécessité de rehausser le financement public des CHSLD et ainsi d'assurer une meilleure accessibilité et une meilleure qualité des services et des soins qui y sont offerts. Le Québec dispose d'excellentes ressources professionnelles en santé. Elles sont prêtes à relever les défis qui s'annoncent et désirent participer aux grandes réformes annoncées. Encore faut-il les impliquer.

⁵ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES (2013). *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences, rapport de recherche*, 62 pages.

Il est urgent d'agir. Les fermetures de lits et les abolitions de postes d'infirmières et d'infirmiers dans les CHSLD doivent cesser. Malgré une volonté collective d'améliorer les soins à domicile et de permettre aux gens de choisir leur milieu de vie, une part croissante d'individus ont besoin de soins complexes. Couper dans les ressources d'hébergement publiques constitue un transfert direct du fardeau sur les proches aidantes et proches aidants. Pour la CSQ et ses affiliés en santé, les coûts sociaux directs et indirects des réformes annoncées doivent guider notre réflexion et nous amener à considérer les dépenses publiques en santé comme un investissement social, dans une perspective d'équité et de justice sociale.

Un sommet sur la fiscalité, tel que réclamé par la CSQ et ses affiliés, permettrait de valider les nombreuses options fiscales et budgétaires dont dispose le gouvernement afin d'améliorer les soins et les services offerts aux adultes hébergés en CHSLD.



D12533
18 février 2014