

COMMISSION PARLEMENTAIRE
DES ADULTES HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS
DE LONGUE DURÉE

ASSEMBLÉE NATIONALE

POSITION DE LA CONFÉRENCE DES TABLES RÉGIONALES DE
CONCERTATION DES AÎNÉS DU QUÉBEC

LE 11 FÉVRIER 2014



Introduction	3
Présentation de la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec	4
Historique de l'organisation	4
Mission d'une Table régionale de concertation des aînés	4
Mission de la Conférence	5
L'approche «milieu de vie»	7
Recommandations	8
Accessibilité, infrastructure et organisation physique	9
De la théorie à la réalité	10
Unité prothétique	13
Recommandation	15
Suivi de la qualité	15
Services et soins	18
Proches aidants	19
Recommandations	20
Service de repas	21
Recommandations	22
Financement	23
Conclusion	27

La forme masculine des personnes est utilisée dans ce mémoire pour alléger la lecture du texte. Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution inestimable des femmes au sein des Tables régionales de concertation des aînés, de la Conférence et du bénévolat en général dans la société québécoise.

INTRODUCTION

La Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec a accepté l'invitation de participer à la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux pour fournir un point de vue sur quelques aspects identifiés dans le document intitulé « *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée* » mandat d'initiative.

Notre présence s'inscrit dans le fait que la Conférence par l'intermédiaire des Tables régionales de concertation des aînés a été associée depuis le début, soit en 2004, aux visites d'appréciation de la qualité. Il y a eu une suspension de notre participation de 2010 à aujourd'hui (décembre 2013). Au cours de cette suspension, le ministère a révisé l'implication des organismes-évaluateurs, dont la Conférence. L'intégration de ces derniers a débuté le mois dernier suite à des ententes avec le ministère.

Les observations que nous soumettons à votre attention sont issues particulièrement des liens que nous faisons avec les intentions prévues aux orientations ministérielles contenues dans le document « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en C.H.S.L.D* » d'octobre 2003, par une revue partielle de rapports de visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en C.H.S.L.D. des dernières années apparaissant sur le site Internet d'Agences de Santé et de Services sociaux, par des liens que nous faisons avec des orientations présentées dans le projet collectif de l'assurance autonomie mise de l'avant par le ministre de la Santé actuel, monsieur Réjean Hébert, par la prise de connaissance du rapport du Vérificateur général du Québec pour l'année 2012-2013, printemps 2012 au chapitre 4 intitulé « *Services d'hébergement* » et de quelques organismes ayant fourni des observations selon leur mission.

PRÉSENTATION DE LA CONFÉRENCE DES TABLES RÉGIONALES DE CONCERTATION DES AÎNÉS DU QUÉBEC

HISTORIQUE DE L'ORGANISATION

Les Tables de concertation des aînés ont été créées en 1999 suite aux travaux du Bureau québécois de l'année internationale des personnes âgées décrétée par l'Organisation des Nations Unies (ONU). Chacune d'elle regroupe des représentants de l'ensemble des associations et des personnes aînées de sa région ainsi que tout autre groupe ou organisme préoccupé par la condition de vie des aînés.

On compte dix-huit Tables régionales de concertation des aînés réparties dans l'ensemble des régions du Québec. Le mandat principal de ces Tables est de se concerter relativement aux enjeux qui touchent particulièrement les aînés sur le plan régional, d'animer le milieu des aînés afin de les aider à jouer leur rôle de citoyens à part entière et d'acteurs dynamiques dans le développement de leur région ainsi que de transmettre de l'information. Ces Tables travaillent en étroite collaboration avec le Secrétariat aux aînés et le ministre responsable des aînés. À l'automne 2004, les représentants des Tables se sont donné comme outil d'harmonisation une Conférence des Tables régionales de concertation des aînés. Sa mission est de regrouper sous une seule entité l'ensemble des Tables pour qu'elles puissent s'exprimer d'une seule voix relativement aux grands enjeux qui touchent les aînés du Québec et susciter l'émergence de solutions appropriées.

MISSION D'UNE TABLE RÉGIONALE DE CONCERTATION DES AÎNÉS

Une Table régionale permet aux aînés de bénéficier d'un lieu régional d'échange et de concertation afin d'être en mesure d'unir leur voix pour mieux connaître leurs besoins, de dégager des enjeux relatifs aux aînés et d'encourager ceux-ci à assumer leur rôle de citoyen à part entière. Autonomes et indépendantes, les Tables regroupent des associations de personnes aînées de même que des organismes communautaires, parapublics et publics offrant des services aux

aînés. La plupart des Tables se sont donné une structure locale de concertation des aînés qui cherche à améliorer les conditions de vie des personnes âgées sur un territoire de MRC. Ces dernières ont généralement comme objectif de :

- Mettre de l'avant des projets concertés issus du milieu local;
- Promouvoir la participation des aînés à la vie collective;
- Agir à titre de porte-parole pour défendre les droits des aînés;
- Favoriser l'échange d'information entre ses membres;
- Transmettre toute information relative aux services disponibles aux aînés;

Le protocole d'entente signé entre le ministre responsable des aînés et les Tables de concertation des aînés détermine les principales responsabilités à être assumées par celles-ci, à savoir :

- Représenter la diversité des personnes âgées de la région par sa composition en tenant compte des instances concernées par les aînés et en considérant les territoires de la région;
- Contribuer à la prise de décisions sur le plan régional qui concernent les personnes âgées en tenant compte des réalités régionales et locales;
- Transmettre au ministre l'information et les avis susceptibles d'améliorer la qualité de vie des aînés de leur région, de favoriser leur participation et leur intégration dans la communauté, de favoriser la solidarité entre les générations, de promouvoir l'ouverture au pluralisme et au rapprochement interculturel et d'assurer la qualité des lois, des politiques et des stratégies;
- Déposer un rapport d'activité annuel selon les exigences prescrites au protocole.

MISSION DE LA CONFÉRENCE

La *Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec* a comme objectif d'identifier ou mettre de l'avant toute information gouvernementale et ainsi documenter les principaux enjeux relatifs aux

aînés. En plus de partager des valeurs et des connaissances, elle doit informer, mobiliser, accompagner et soutenir les Tables dans leurs actions. Elle les représente auprès de diverses instances, les incite à développer la concertation en favorisant des échanges entre elles, avec les groupes et les associations qui œuvrent en faveur des aînés.

Le protocole d'entente signé entre le ministre responsable des aînés et la Conférence des Tables régionales des aînés du Québec détermine les principales responsabilités à être assumées par celle-ci, à savoir :

- Représenter les différentes Tables régionales de concertation des aînés et soutenir leur concertation vers l'atteinte d'objectifs communs.
- Contribuer à la prise de décisions sur le plan national en ce qui concerne les personnes âgées et agir de manière à favoriser l'harmonisation des actions.
- Agir auprès des Tables régionales de concertation des aînés comme relayeur d'information concernant l'existence des politiques et des programmes gouvernementaux qui touchent les personnes âgées.
- Transmettre au ministre l'information et les avis susceptibles d'améliorer la qualité de vie des aînés du Québec, de favoriser leur participation et leur intégration dans la communauté, de promouvoir la solidarité entre les générations, de témoigner de l'ouverture au pluralisme et au rapprochement interculturel.
- Participer à des rencontres avec le personnel du Secrétariat aux aînés et avec le ministre responsable des aînés.

C'est dans le cadre de ce mandat que nous rédigeons et déposons des avis et des mémoires et que nous participons à des Commissions parlementaires.

L'approche «milieu de vie»

À l'automne 2003, le ministère de la Santé et des services sociaux avec la complicité des organismes régionaux et locaux du réseau ont défini les paramètres dans le document intitulé : «Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, orientations ministérielles.» Dans l'introduction, nous pouvons lire que selon l'article 83 de la loi, qui définit la mission des CHSLD :

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

Ainsi, l'approche «milieu de vie» se définit comme le centre, le pivot, la recherche de l'atteinte de la satisfaction de vie du résident. Le milieu doit lui fournir le maximum d'opportunités pour qu'il puisse donner un véritable sens à la vie afin qu'il puisse accéder au goût de vivre et de s'épanouir.

L'association des CLSC et des CHSLD propose la définition suivante du milieu de vie : *«Les installations offrent aux personnes un véritable milieu de vie qui, sans prétendre remplacer leur ancien chez soi, leur assurent non seulement le gîte et le couvert, mais un milieu de soins adaptés à leurs besoins, un sentiment de sécurité et les stimulent à maintenir des liens familiaux et une ouverture sur le monde extérieur. La grande diversité des clientèles appelle une nouvelle conception de l'hébergement à la fois milieu de soins, milieu de passage et milieu de vie ouvert sur la communauté. Cela suppose la mise en place de nouvelles réponses tant aux plans architectural, clinique, qu'administratif et une plus grande perméabilité aux besoins de la personne dans la communauté.»*

Dans une optique d'amélioration de la qualité de vie dans ces centres, des visites d'évaluation de la qualité de milieu de vie ont été instaurées dans le but d'assurer les soins et les services aux personnes hébergées dont voici l'énumération de 3 recommandations :

La Conférence des tables régionales de concertation des aînés recommande :

Qu'un comité de loisirs soit mis en place par le gestionnaire en «milieu de vie».

Que des gestionnaires en milieu de vie soient officiellement nommés dans chaque installation de CHSLD afin qu'il puisse assurer un milieu de vie animé et stimulant pour la clientèle.

Que l'ensemble du personnel soit associé à l'élaboration et au suivi du plan d'action milieu de vie

Selon les orientations ministérielles, la personne hébergée est accompagnée dans son cheminement par des intervenants qui la respectent dans ses droits fondamentaux, dans son intégrité, ses choix et ses habitudes de vie. Ainsi, les activités quotidiennes doivent être en lien avec les habitudes de vie antérieure du résident, son rythme et son mode d'expression. Ses capacités devront être respectées et son intégration aux espaces de vie.

Étant donné que le développement des milieux de vie conformément aux orientations ministérielles de 2003 a encore du chemin à parcourir, il est réaliste de penser que les impacts sur l'organisation du travail (partage de tâches, responsabilités, horaire de travail adapté) sont similaires à l'énoncé du document qui nous fut remis pour préparer notre rencontre. Le milieu C.H.S.L.D. est encore dans une organisation à caractère institutionnel traditionnel.

Il faudrait probablement préparer un guide organisationnel de référence inspiré de pratiques observées dans des endroits où l'application de l'approche milieu de vie est plus avancée et dont les bénéfices s'appliquent à tous les résidents et intervenants.

ACCESSIBILITÉ

Il est essentiel que tout citoyen qui présente un profil avec de multiples besoins puisse avoir accès à une place dans un C.H.S.L.D. et ce, conformément à la loi. Cependant, une inquiétude survient quand nous lisons dans la même loi : *« ce droit s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines matérielles et financières dont il dispose »*.

De la théorie à la réalité

Légalement, relève l'avocat Jean-Pierre Ménard, une personne âgée a le droit de choisir le CHSLD où elle ira habiter.

Ça, c'est la théorie. La réalité est tout autre, selon le rapport du Regroupement provincial des comités d'usagers. «La personne dispose généralement de 24 à 48 heures pour emménager dans le milieu après avoir été informée qu'une chambre était disponible. Soyons clairs: il est inhumain de demander à quiconque, et particulièrement à des aînés malades, vulnérables et ayant une capacité réduite au plan physique et/ou cognitif, de faire appel à de telles stratégies d'adaptation», peut-on y lire.

Le principal critère général d'accessibilité se veut le respect d'une réponse adéquate aux multiples besoins identifiés par le processus d'évaluation de l'ISO-SMAF. L'évolution des décisions des dernières années concernant le nombre de places à offrir par chaque établissement soit par une diminution en pourcentage du nombre de places disponibles et l'augmentation constante de personnes âgées au cours des deux prochaines décennies fait en sorte que l'adéquation

entre le respect des besoins du citoyen et de son lieu d'hébergement peut souffrir de l'incapacité à soutenir normalement la disponibilité de services réels.

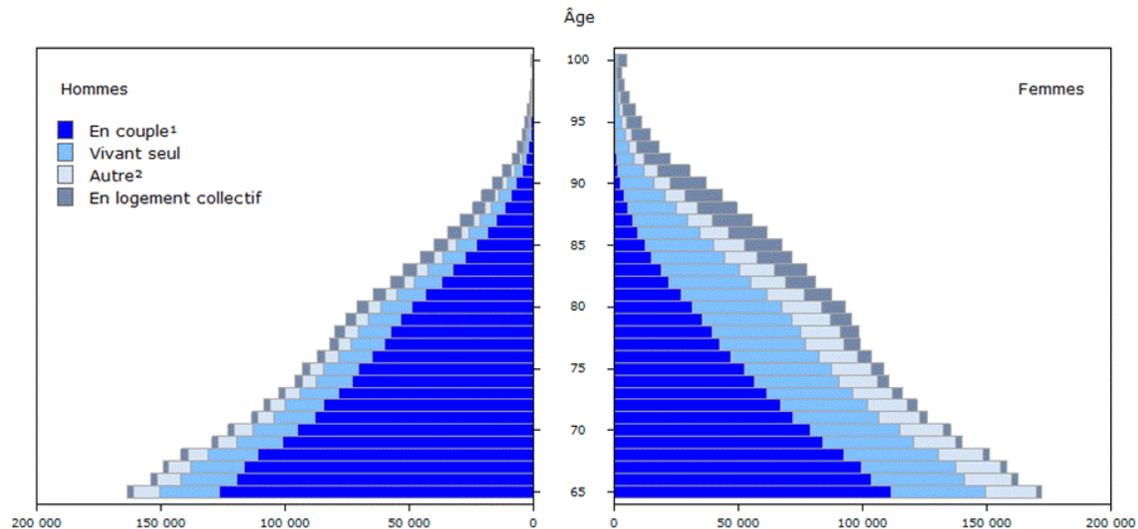
Si on prend comme hypothèse que le premier principe émit dans le projet de politique de l'assurance autonomie est le respect du choix d'hébergement du futur résident ou à défaut de son proche aidant, il est important d'assurer le nombre de places adaptées pour ces derniers. En sus des motifs premiers – services en lien avec le profil des besoins – il faut envisager que certains citoyens souhaiteraient aussi le choix du lieu de résidence, et ce, en fonction de son réseau social. Ce dernier facteur peut faciliter une bonne intégration dans le nouveau milieu.

Nous nous interrogeons sur la diminution de places en C.H.S.L.D. eu égard au volume d'attentes d'une place selon l'annexe II du document de consultation qui fait état qu'au 31 mars 2013, il y avait près de 4 000 citoyens en attente. Ce nombre aura tendance à être plus élevé en raison d'une arrivée plus substantielle de personnes âgées et de l'augmentation graduelle du taux de vieillissement en lien avec de nouveaux médicaments, de nouvelles découvertes médicales.

Selon le rapport de 2012 concernant le protecteur du citoyen, il est mentionné que sur certains territoires, les nouveaux usagers sont placés sur une liste d'attente, sans réelle gestion des priorités. Cette attente peut s'étendre sur quelques années. Près de 4000 personnes attendent une place dans un CHSLD au Québec, dont la moitié dans la grande région de Montréal. Parmi tous ces gens, nombreux sont ceux qui, avant d'obtenir leur place définitive, risquent fort d'être transformés en «voyageurs du système».

L'expression vient du Regroupement provincial des comités d'usagers, qui évoque dans un rapport produit en décembre dernier le parcours du combattant de la personne âgée en quête d'un CHSLD.

Par ailleurs, dans le recensement de 2011, près de 350 000 personnes âgées de plus de 65 ans (27%) vivaient seules¹ au Québec et la tendance va en s'accroissant². La figure suivante présente la situation au Canada dont ont été extraites les données pour le Québec



Tenant compte de l'ampleur du vieillissement de la population selon la pyramide des âges, de la pénurie de main-d'œuvre de plus en plus présente pour assurer une relève constante (personnel soignant) et de la longévité, comment les établissements réussiront-ils à maintenir une qualité de vie selon un milieu de vie réel?? Selon les prévisions démographiques et avec «un taux d'hébergement demeurant stable, la population des personnes hébergées âgées de 85 ans et plus, représente, en 2005, 48% de la population âgée hébergée et en 2010, 54%. Plus une personne avance en âge, plus la perte d'autonomie s'accroît. Cette progression constante du nombre des personnes très âgées nécessite une adaptation à l'évolution et à la croissance des besoins associés au vieillissement.»

¹ Recensement 2011 de Statistiques Canada. Compilation de l'institut de la statistique du Québec. [http://www.bdsq.gouv.qc.ca/pls/ken2/Ken263_Liste_Total.p_tratr_reslt?p_iden_tran=REPERJX7S3K5963137223303ei\\$NU&p_modi_url=1018030412&p_id_rapp=2440](http://www.bdsq.gouv.qc.ca/pls/ken2/Ken263_Liste_Total.p_tratr_reslt?p_iden_tran=REPERJX7S3K5963137223303ei$NU&p_modi_url=1018030412&p_id_rapp=2440), consulté le 18 octobre 2013, 15:19.

² 234 113 personnes en 1996 et 269 285 personnes en 2001 publié dans Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus, INSPQ (2003), p.5.

Non seulement les aînés en CHSLD sont de plus en plus nombreux, mais également de plus en plus en perte d'autonomie.

Faute de places suffisantes, les aînés incapables de rester à la maison encombrant les lits d'hôpitaux normalement réservés aux soins de courte durée. Le vérificateur général avait également noté en trois ans une augmentation de 21 pour cent d'utilisation des lits de courte durée pour des vieux qui devraient normalement se retrouver en CHSLD.

De plus, la qualité et la quantité des services peuvent varier beaucoup d'un endroit à l'autre, notamment le nombre d'heures de soins consacré à chaque usager, et ce, «sans que les écarts aient été expliqués».

Selon M. Brunet, président du Conseil de la protection des malades, on a recours à la contention physique ou aux médicaments par mesure d'économie. «Si on assit un malade une journée de temps dans un fauteuil roulant, c'est parce qu'on a coupé les services d'ergothérapie, d'animation et de surveillance physique. Si la personne ne peut pas marcher, on va trouver d'autres solutions pour l'animer, pour l'activer, pour la surveiller physiquement avec du vrai monde», a-t-il poursuivi.

Unité prothétique

Dans le cadre de l'accessibilité à des services particuliers à une clientèle soit celle d'un type de démence irréversible de type Alzheimer ou autre, l'unité prothétique rend accessible des services pertinents. À titre d'exemple, voici deux exemples :

Le CHSLD Les Havres du Quatre Temps du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel à Montréal occupe un édifice depuis mai 2001 faisant partie d'une unité prothétique ou adaptée à la clientèle atteinte d'une démence ayant été conçue au quatrième étage. Lors d'une présentation au

colloque de l'ASSTSAS en mai 2003, Rachel Jalbert et Michel Marchildon ont exposé les bons coups de leur aménagement.

Aux Havres, l'unité prothétique a été aménagée pour une clientèle démente, très désorientée, présentant un problème d'errance et des comportements perturbateurs. Ces comportements seraient toutefois contrôlables dans un environnement maîtrisant davantage les stimuli. Afin de déterminer qui sont les clients qui bénéficieront le plus de l'unité prothétique, la direction a défini des critères d'inclusion et d'exclusion pour la clientèle. L'unité prothétique, comme toute autre unité d'ailleurs, constitue un milieu de travail pour les uns et un milieu de vie pour les autres

Un petit salon est aménagé à partir d'un espace agréable muni de fauteuils berçants et d'une télévision. Il est situé face à la salle à manger, en retrait, sans pour autant être confiné entre des murs. On y remarque plutôt un demi-mur. Ainsi, le client se sent dans un lieu bien défini et le personnel peut assurer la supervision nécessaire tout en demeurant dans la grande salle puisque sa vision n'est pas obstruée. Ce local a d'abord été pensé pour permettre à un client perturbé de prendre son repas isolé de la salle à manger.

Le jardin d'eau a été conçu par l'équipe d'intervenants du quatrième sud. Le jardin d'eau contribue à l'esprit de milieu de vie sur l'unité. Les plantes aquatiques, les poissons rouges et le bruit de la fontaine sont apaisants, autant pour les clients que pour le personnel ! On a aussi installé deux bancs à proximité pour que les clients puissent s'y reposer.

Un meuble de fouille, une excellente idée pour les clients curieux qui ont la fâcheuse habitude de mettre à l'envers les chambres des voisins ! Pour des raisons de sécurité, les portes et les tiroirs de ce meuble de bois ne s'enlèvent pas. Les clients y trouvent des vêtements, des peluches qu'ils mettent dans leurs

poches ou qu'ils apportent avec eux. Les intervenants récupèrent les objets en douce, les rangent à nouveau, et les clients reviennent les chercher... à l'infini !

Considérant l'impact positif des unités prothétiques, la Conférence des tables régionales des aînés du Québec demande que les installations qui hébergent une clientèle en perte d'autonomie atteinte d'une démence irréversible bénéficient d'un environnement adapté sécuritaire.

SUIVI DE LA QUALITÉ

Tout en reconnaissant le bien-fondé des différentes mesures déjà disponibles pour permettre une augmentation de la qualité de vie autant collective qu'individuelle dans les installations C.H.S.L.D., il est impératif de supporter plus intensément le comité des résidents que l'on doit retrouver dans chaque installation. À cette fin, la loi est très explicite, le comité des résidents a des responsabilités définies à la loi aux articles 209 et 212.

Nous croyons que l'on doit intensifier les activités du comité des résidents et accorder une attention particulière au volet 2 prévu à l'article 212 de la loi et qui se lit comme suit : « *promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement* ».

Les personnes en autorité du comité des usagers se devraient selon nous d'augmenter leur implication pour l'atteinte du mandat dévolu au comité des résidents : ceci est d'autant plus pertinent que la clientèle en cause est de plus en plus en perte d'autonomie. Cet aspect de la recherche d'un mieux-être pour les

résidents est aussi important que le respect que l'on doit accorder au plan individuel d'intervention. Comme il a été souligné ailleurs, nous réitérons la présence d'au moins un proche aidant au comité.

Pour plusieurs, voire un grand nombre de résidents, c'est l'intervention collective qui comblerait l'absence de plaintes personnelles. La condition de vie de plusieurs, l'absence de proches aidants permanents font en sorte que des résidents ne remettent pas en cause certaines conditions de leur séjour. Les démarches administratives sont peu connues; elles sont complexes et exigeantes sur plusieurs aspects.

Dans une optique d'amélioration de la qualité de vie dans les CHSLD, des visites d'évaluation de la qualité de milieu de vie ont été instaurées dans le but d'assurer que les services et les soins et aux personnes hébergées soient pertinents.

À partir de 2013 le MSSS a procédé à une révision du modèle de visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie, de la composition de l'équipe et des outils utilisés. Trois (3) organismes collaborateurs notamment le Regroupement provincial des comités des usagers, le Conseil pour la protection des malades et la Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec, ont accepté d'unifier leurs efforts afin de prendre en charge «l'évaluation du degré de satisfaction des résidents à l'égard de leur milieu de vie et de la qualité des services obtenus dans leur centre d'hébergement et de soins de longue durée».

C'est à partir de questions rigoureuses lors des visites d'évaluation, que la satisfaction des usagers est évaluée. Suite aux vérifications et observations, ces partenaires font des recommandations à l'évaluateur du ministère qui lui, doit les présenter au ministère à partir d'appuis et de faits vérifiés et validés.

Suite aux recommandations qui ont été apportées par les évaluateurs des ministères dont quelques membres ont participé aux visites d'évaluations et d'appréciations en CHSLD, la Conférence des tables régionales des aînés du Québec a observé que depuis 2004, que des changements n'ont pas été apportés.

Des lacunes importantes relevées par les inspecteurs du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans les CHSLD du Québec concernent les sujets suivants :

- Manque d'information concernant le processus de plainte : 73 %;
- Absence d'un programme d'accompagnement en fin de vie : 70 %;
- Offre d'activités et de loisirs pas assez diversifiée : 60 %;
- Rotation du personnel trop fréquente : 42 %;
- Présence de produits dangereux : 38 %;
- Soins infirmiers non disponibles en tout temps : 6 %.

Ce portrait est le résultat de l'examen de 81 rapports de visites d'évaluation de la qualité réalisées durant la période du 1^{er} janvier au 17 décembre 2013.

De nombreux investissements, en termes de coûts, d'énergie, de collaboration entre les partenaires sont présents et la Conférence des tables régionales des aînés veut s'assurer que l'impact des recommandations soit fondé, réel pour que le ministère et ses partenaires participent ensemble à la mise en place des changements pertinents.

Il est impératif et indispensable de sensibiliser et de régulariser les suivis dans une collaboration saine et optimale entre les partenaires que sont le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Agences de la santé et des services sociaux et les Tables de concertation régionales des aînés.

Dans le contexte de la relance de la présence d'examineurs externes, nous pensons que les observations obtenues des visites d'appréciation de la qualité des services serviront de tremplin pour augmenter sensiblement l'importance que l'on doit accorder à cette instance qu'est le comité des résidents.

Ainsi, nous demandons la mise en place obligatoire du comité des résidents, d'un suivi annuel de leur plan d'action, d'un accompagnement par des personnes-ressources y compris le responsable du dossier milieu de vie de l'installation.

Dans les rapports annuels des établissements, on parle plus souvent de l'information fournie aux résidents que de recommandations issues des travaux du comité des résidents en lien avec leur milieu.

SERVICES ET SOINS

À ce sujet, le rapport du Vérificateur général du Québec au printemps 2012 nous semble très pertinent, voici le rappel de quelques recommandations :

- disposer de l'information suffisante à l'égard des besoins des usagers des ressources d'hébergement, des services offerts et de l'accès à celles-ci;
- s'assurer que les établissements adopte et développent les ressources d'hébergement en fonction des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et voient à ce qu'elles reçoivent les services requis par leur condition.

Pour atteindre les objectifs identifiés, la condition essentielle pour y parvenir se retrouve dans l'élaboration du plan d'intervention exhaustif du résident avec la collaboration permanente du citoyen et de ses proches. Un survol de rapports de visite en C.H.S.L.D. des deux dernières années nous apprend que dans encore

trop d'établissements, il y a une absence d'un plan d'intervention à l'arrivée du futur résident et d'un plan d'action qui n'est pas à jour. De plus, la présence de tous les intervenants dans le bilan de référence n'est pas toujours formelle.

PROCHES AIDANTS

Dans le processus de définir et répondre aux besoins des personnes âgées en vue de choisir un lieu d'hébergement adapté, il est impératif d'associer des proches aidants pour permettre la meilleure intégration de la personne à un nouveau milieu de vie. À cette fin, il est nécessaire qu'au moins le proche aidant, premier répondant, soit présent lors de l'élaboration et/ou la révision du plan d'intervention. Il est pensable de croire que compte tenu de l'état de santé de la personne à héberger, le proche aidant concerné puisse bien aider à l'identification des besoins et en informer adéquatement les responsables (gestionnaire de cas et personnel autorisé du C.H.S.L.D.).

Dans la foulée du plan d'intervention, il est important d'apporter et d'intégrer l'« *histoire de vie* » du citoyen; à cette fin, la complicité avec le proche aidant est très précieuse afin de favoriser une intégration harmonieuse au nouvel environnement du citoyen hébergé et une plus grande efficacité dans les relations avec de nouvelles personnes. Il est bien entendu qu'un proche aidant qui sent que sa participation est souhaitée et respectée accordera un appui au personnel de l'installation dans différentes actions et/ou activités propres à la personne qu'il représente. De plus, il est prévisible que son implication pour l'ensemble des résidents soit au rendez-vous. C'est ainsi que le comité des résidents devrait avoir sur son comité au moins un proche aidant pour soutenir et enrichir le plan d'action du milieu d'hébergement.

En sus des orientations identifiées antérieurement certaines problématiques mériteraient un ajustement, voire une annulation. À cette fin, nous soulignons que l'élimination de la facturation du stationnement serait de mise. Il nous apparaît

injuste que le proche aidant doive payer par aller aider son père, sa mère, un ami pour son implication dans l'aide des activités variées. Il ne faut pas oublier que le séjour en C.H.S.L.D. est permanent, on ne doit pas traiter la facturation du stationnement comme dans un Centre hospitalier régulier.

La Conférence des tables régionales propose l'élimination du stationnement payant pour le proche aidant

D'autre part, le respect des proches pour libérer plus ou moins rapidement le lieu occupé par une personne qui décède mérite une attention particulière. On comprend la pression, entre autres, de libérer des chambres du Centre hospitalier, mais les proches ont des activités probablement plus urgentes à gérer que celles de recueillir les biens d'un être cher qui vient de les quitter.

La Conférence recommande que lors d'un décès d'un être cher en CHSLD, le délai pour la libération de la chambre se réalise dans un délai respectueux

Avec la mise en service de l'assurance autonomie, il est nécessaire de revoir l'organisation des services en C.H.S.L.D. En raison du financement historique des installations C.H.S.L.D., il est réaliste de croire que l'adéquation d'une réponse aux besoins des résidents ne sera pas toujours possible. En effet, le vieillissement accéléré de la clientèle, l'augmentation et l'alourdissement des handicaps des résidents, la diminution du nombre de places selon le pourcentage de personnes âgées dans une région sont autant de facteurs qui influenceront sur l'organisation des services et des soins. Sur ce dernier aspect, il est pensable de croire que le nombre de personnes dans une installation aurait une influence sur l'accessibilité à une gamme plus ou moins importante de services et/ou de soins à moins d'injecter des sommes additionnelles.

Dans une perspective d'équité, il serait nécessaire d'avoir un cadre de référence qui déterminerait les services universels et leurs conditions d'accessibilité. À titre d'exemple, prenons la situation des soins de pieds. On constate que dans des C.H.S.L.D. le traitement des pieds est gratuit et dans d'autres, le citoyen doit assumer la facture. Nous croyons que le service devrait être gratuit dans le cadre d'éventuelles complications comme une infection ou un risque d'une blessure. D'une manière plus globale, on dénonce le fait que le respect du milieu de vie ne tient pas compte que le citoyen vit sept jours par semaine; il y a des services d'animation, de loisirs, peut-être de services spécialisés (à moins d'une urgence) qui sont peu ou pas accessibles les fins de semaine.

Service de repas

Selon un rapport portrait de l'année 2013, 72% des installations servent des repas à des heures jugées adéquates. Certaines se démarquent par leur esprit d'initiative et insistent particulièrement sur la qualité de la nourriture servie et tentent d'intégrer les repas favoris des résidents aux menus quotidiens.

Selon certains rapports de visite d'évaluation de la qualité au milieu de vie, le menu du jour n'est pas affiché sur les unités, les heures de repas sont de 11h35 pour le dîner et à 16h35 pour le souper et lorsque le personnel distribue les plateaux dans les chambres, il n'y a plus personne à la salle de repas aux chambres, ce qui ne correspond aucunement l'approche milieu de vie qui encourage à la socialisation.

D'autres constats sont mentionnés tel : des membres du personnel ne contrôlent pas les stimuli auditifs, d'autres mettent le tablier des résidents à 15h45 lors du souper. D'autre part les repas des résidents ne sont pas servis à des heures normales. Le déroulement du repas occasionne certains inconvénients : le couvercle du plat principal enlevé trop tôt occasionnant un repas froid.

Évidemment, les repas en CHSLD soulèvent de nombreux commentaires tels que le manque de diversité et le manque de saveur de la nourriture. La présentation

des plats servis n'est pas toujours attrayante. Un évaluateur du ministère avait soulevé que des résidents ne sont pas bien positionnés pour s'alimenter, car ils n'ont pas une table ajustée à leur taille.

Considérant ces états de fait, la Conférence des tables de concertation régionales des aînés du Québec recommande que les installations des CHSLD prennent les moyens pour améliorer la planification des repas :

La réponse aux besoins des résidents;
L'amélioration de la présentation des plats;
Une position adéquate.

Formation

La mise à jour continuelle des compétences doit être un facteur pour assurer le respect et la réussite des services distribués pour répondre ainsi aux besoins adaptés qui sont nombreux et variés.

À cette fin, il y a 3 types de savoirs qui méritent une attention particulière qui, à notre point de vue, se doivent d'être présents par le personnel :

Le *savoir des connaissances* en gérontologie et gériatrie est indispensable, de même que les techniques et les approches spécialisées; il mérite une révision constante.

Le *savoir-faire* par des aptitudes à communiquer, à travailler en équipe et en interdisciplinarité peut s'avérer sécurisant pour le client. La capacité d'adaptation au milieu et à la clientèle est indispensable et incontournable.

Le *savoir-être*, soit l'attitude du personnel, comprend la générosité, le respect, l'empathie, l'intérêt pour la clientèle gériatrique, la patience, la tolérance, la flexibilité, la disponibilité, la souplesse, la motivation et la créativité.

FINANCEMENT

Ce sujet étant très complexe, nous pensons que les propositions du rapport du Vérificateur général du Québec au printemps 2012 commandent une analyse très poussée et que des hypothèses d'ajustement soient émises et soumises aux organismes liés au dossier afin d'en mesurer les impacts.

Nous voulons cependant vous spécifier quelques remarques à ce sujet et en lien avec une possibilité qu'une augmentation des coûts pour l'utilisateur soit décrétée. Au printemps dernier, l'AQESS (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux) mettait de l'avant le scénario d'augmenter les frais d'hébergement en C.H.S.L.D. à partir du principe qu'il en coûterait moins cher à l'utilisateur de choisir le C.H.S.L.D. que de demeurer à domicile avec le projet d'une assurance autonomie.

Advenant une augmentation des frais, nous soutenons que le ministère adopte la modulation selon le revenu au complet comme principe de base. Pour nous, le citoyen peu fortuné (la pension de vieillesse et le supplément du revenu) ne doit pas payer le même montant mensuel; ainsi, l'exonération financière doit être maintenue.

Dans la révision, nous proposons que l'avoir monétaire de référence dans le processus de l'exonération soit augmenté à au moins 8 000 \$ ce qui serait environ l'indexation non considérée depuis deux décennies. Nous croyons que les citoyens les moins fortunés doivent disposer de quelques dollars pour se payer « *de petits bonheurs* » qui seraient pour eux de « *grands bénéfices* ». Il ne faut pas oublier que nous faisons référence aussi à des concitoyens en perte d'autonomie.

Sous un autre aspect, nous trouvons inadmissible que le citoyen paye le prix régulier quotidien d'un séjour en C.H.S.L.D. lorsqu'il se trouve en milieu hospitalier en attente d'une place dans son futur site d'hébergement qui correspondrait à ses besoins. D'autre part, nous adhérons à la reconnaissance d'un conjoint de fait au même titre qu'une personne mariée dans le calcul de la contribution de l'utilisateur.

CONCLUSION

À la lumière de quelques lectures et observations, nous avons la conviction que l'approche la plus sécurisante pour assurer une qualité de vie normale par rapport à la clientèle autant au plan individuel que collectif est celle d'assurer un suivi permanent des différents programmes et services.

Comme on l'a souligné à certains endroits, nous trouvons insatisfaisant que presque dix ans plus tard, les mêmes observations reviennent en surface. Il y a comme une forme d'imputabilité qui n'a pas été assumée. Il y a des conditions incontournables pour améliorer la qualité de vie et des services à nos concitoyens et concitoyennes plus vulnérables.

À cet égard, nous demandons prioritairement :

- que le plan complet d'intervention de chaque résident soit connu avec son arrivée au C.H.S.L.D. et que le suivi soit continu;**
- qu'un gestionnaire assure la responsabilité de la mise en place d'un milieu de vie à partir des orientations ministérielles en supervisant la réalisation du plan d'action inhérent;**
- que l'établissement accorde le soutien nécessaire à l'atteinte des objectifs**
- Que la contribution financière demandée à l'utilisateur soit fixée par une modulation selon le revenu de la personne.**

- **Qu'une supervision/animation soit constante autant par le niveau provincial que régional afin d'assurer le respect des orientations ministérielles.**

*Ce mémoire a été rédigé
en collaboration entre*

Monsieur Marcel Lebel, vice-président de la
Conférence des Tables régionales de
concertation des aînés du Québec et président
de la Table régionale de concertation des
personnes âgées du Bas Saint-Laurent

Et

Madame Nathalie Poulin, coordonnatrice par intérim
de la Conférence des Tables régionales de
concertation des aînés du Québec

Et

Monsieur Jean-Guy Martin, aîné actif pour
l'évaluation de la qualité de vie en CHSLD

Avec la validation du comité exécutif de la
Conférence des Tables régionales de
concertation des aînés du Québec

*Pour tout renseignement
concernant le contenu de
ce mémoire*

Conférence des Tables régionales de concertation des
aînés du Québec, 2120-209A rue Boivin, Québec,
Québec, G1V 1N7
Téléphone : 418-614-0999
Courriel : nathaliepoulin@conferencedestables.org
Site WEB : www.conferencedestables.org