



# POUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES HÉBERGÉES EN CHSLD

Mémoire 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

Le 18 février 2014

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux  
Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires  
505, boulevard de Maisonneuve Ouest  
Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2  
Téléphone : 514 842-4861  
Site Web : [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)

**©Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014**

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'AQESSS.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

# **L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) est le porte-parole de 125 établissements membres composés des 92 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés, des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires, de centres hospitaliers et de centres d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD. Les membres de l'AQESSS sont présents dans toutes les régions du Québec et offrent une très large gamme de services de santé et de services sociaux en première, deuxième et troisième lignes. Ils emploient plus de 200 000 personnes et gèrent de façon responsable et en toute transparence des budgets annuels s'élevant à plus de 17,6 milliards de dollars.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir ses membres en agissant comme chef de file pour améliorer la qualité des services et la performance du système de la santé et des services sociaux, et ce, au bénéfice de la population du Québec.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>9</b>
<b>L'HÉBERGEMENT PUBLIC : COMMENT S'Y RETROUVER? .....</b>	<b>11</b>
LE SOUTIEN À DOMICILE .....	11
LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL .....	11
LES CENTRES D'HÉBERGEMENT PRIVÉS CONVENTIONNÉS .....	11
LES CENTRES D'HÉBERGEMENT PUBLICS.....	12
<b>LA CLIENTÈLE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS.....</b>	<b>13</b>
UNE CLIENTÈLE DE PLUS EN PLUS AGÉE AYANT D'IMPORTANTES BESOINS .....	13
UNE TENDANCE QUI IRA EN S'ACCENTUANT.....	13
UN FAIBLE POURCENTAGE DE CLIENTÈLE PLUS JEUNE AYANT DES BESOINS DIVERSIFIÉS.....	14
UNE RECHERCHE DE SOLUTION POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 65 ANS .....	15
RESERVER LES PLACES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT AUX CLIENTÈLES LES PLUS VULNÉRABLES .....	15
<i>Rehausser les installations existantes.....</i>	<i>16</i>
<i>La sécurité des clientèles vulnérables.....</i>	<i>16</i>
<i>L'enveloppe du maintien des actifs amputée de 25 %.....</i>	<i>17</i>
<b>DÉJÀ DE NOMBREUSES RÉPONSES AUX NOUVEAUX BESOINS.....</b>	<b>19</b>
DES SERVICES EN MUTATION .....	19
<i>L'alimentation.....</i>	<i>19</i>
<i>Les services professionnels.....</i>	<i>19</i>
<i>Les regroupements de clientèles.....</i>	<i>20</i>
<i>Les soins de fin de vie.....</i>	<i>20</i>
<b>SOINS ET SERVICES ADAPTÉS AUX NOUVELLES CLIENTÈLES : DE FORMIDABLES PISTES À SUIVRE.....</b>	<b>21</b>
DES RESSOURCES HUMAINES DÉVOUÉES .....	21
<b>ORGANISER LES SERVICES EN RESPECTANT LES BESOINS DES RESIDENTS.....</b>	<b>23</b>
LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE : LES SOINS D'HYGIÈNE CORPORELLE, L'HABILLEMENT, ETC.....	23
FAVORISER L'AUTONOMIE ET L'ESTIME DE SOI DU RESIDENT .....	23
<i>Pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail en hébergement (OSST).....</i>	<i>24</i>
<b>UN JUSTE ÉQUILIBRE ENTRE LA DISPENSATION DE SOINS ACTIFS ET LA DISPENSATION DE SOINS PALLIATIFS .....</b>	<b>27</b>
REDUIRE LE RECOURS À L'URGENCE ET AUX SERVICES DE COURTE DURÉE .....	27
<i>Un exemple de bonne pratique :.....</i>	<i>28</i>
<b>DES APPROCHES AXÉES SUR LA PERSONNE .....</b>	<b>29</b>
DEVELOPPER LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES .....	29
<i>Un exemple de bonne pratique : l'implication d'un résident sur le comité de sélection du personnel au Centre de soins de longue durée Grace Dart.....</i>	<i>29</i>
INTERVENIR MALGRÉ LA RÉSISTANCE AUX SOINS .....	29
GERER LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE.....	30
<i>Un exemple de bonne pratique : La formation AGIR .....</i>	<i>31</i>
DES PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS, INTERDISCIPLINAIRES ET EN PARTENARIAT AVEC LE RESIDENT ET SA FAMILLE .....	31
<i>Un exemple de bonne pratique : Le programme des PII, pour plus d'« humanité ».....</i>	<i>32</i>
L'IMPLICATION DES FAMILLES : UNE CONTRIBUTION ESSENTIELLE.....	32

<b>DES PROCESSUS COMPLÉMENTAIRES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ .....</b>	<b>35</b>
DES INDICATEURS DE SUIVI MIEUX CIBLÉS.....	35
DES PRATIQUES DE QUALITÉ ET UNE POLITIQUE DE TOLÉRANCE ZÉRO.....	36
ACCROÎTRE NOTRE VIGILANCE COLLECTIVE .....	37
DES MÉCANISMES INTERNES DE SUIVI DE LA QUALITÉ .....	38
<i>Le conseil d'administration – Le premier responsable.....</i>	<i>38</i>
<i>Le commissaire local aux plaintes - Des recours en cas d'insatisfaction.....</i>	<i>38</i>
<i>Le comité des résidents - Du soutien en tout temps .....</i>	<i>38</i>
<i>La gestion des risques et de la qualité – Des mesures pour réduire l'occurrence des risques .....</i>	<i>38</i>
DES MÉCANISMES EXTERNES DE SUIVI DE LA QUALITÉ .....	39
<i>Le Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada – Des organismes indépendants .....</i>	<i>39</i>
<i>Les visites ministérielles .....</i>	<i>39</i>
<i>Un exemple de bonne pratique :.....</i>	<i>39</i>
<b>LA CONTRIBUTION DU RÉSIDENT : UNE QUESTION D'ÉQUITÉ .....</b>	<b>41</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>43</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>47</b>

## GLOSSAIRE

<b>AERDPQ</b>	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
<b>AQESSS</b>	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OSST</b>	Organisation des soins, des services et du travail en milieu d'hébergement
<b>PII</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire
<b>PFT</b>	Programme fonctionnel et technique
<b>SMAF</b>	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>SCPD</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence



## PREAMBULE

L'AQESSS salue la qualité du document produit par les membres et collaborateurs de la Commission de la santé et des services sociaux afin d'orienter la réflexion sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. La recherche de solutions à l'égard des déterminants susceptibles d'améliorer les conditions de vie des résidents est une approche structurante qui rejoint nos préoccupations.

Depuis 2009, l'AQESSS accorde la priorité au dossier des personnes âgées en raison du vieillissement rapide de la population québécoise. D'importants travaux relatifs à l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux aux personnes âgées en perte d'autonomie ont permis la production de notre document *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*, identifiant 48 pistes d'action à mettre de l'avant dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans la société en général. De plus, en 2011, l'AQESSS se prononçait en faveur d'une véritable politique gouvernementale pour faire face au vieillissement de la population et, en 2013, publiait un premier portrait de l'hébergement public au Québec. Ces documents ont inspiré plusieurs de nos partenaires, dont le MSSS, dans la réalisation d'études et de travaux sur l'organisation des services.

**Nos travaux ont inspiré plusieurs de nos partenaires, dont le MSSS**

### Changer les perceptions

Nous déplorons qu'au cours des dernières années, les CHSLD publics aient été et soient toujours victimes d'une véritable campagne de dénigrement par certains groupes. Plusieurs des affirmations véhiculées par ces derniers présentent une image tronquée de la réalité et ont un effet dévastateur sur les clientèles, les familles et le personnel qui œuvre dans ces établissements. Ces déclarations ne font qu'accroître la difficulté d'attirer une relève clinique et professionnelle dans des milieux d'interventions où les clientèles présentent de grandes atteintes fonctionnelles.

D'ailleurs, le récent portrait établi par l'AQESSS <sup>1</sup> traduit de façon explicite la transformation vécue par les centres d'hébergement publics au cours des deux dernières décennies. Au-delà de prodiguer des soins de base et de confort à une clientèle vieillissante, les soins offerts sont de plus en plus complexes, diversifiés, spécialisés et doivent répondre aux besoins d'une clientèle hétérogène, très souvent en fin de vie.

---

<sup>1</sup> Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents, septembre 2013

Les établissements publics de soins de longue durée consentent des efforts soutenus pour adapter et améliorer l'offre de services à leurs clientèles, mais nous constatons que les efforts déployés par leur personnel pour soutenir et accompagner les personnes parmi les plus vulnérables de notre société ne sont pas reconnus à leur juste valeur. Il y a lieu de rajuster le tir et c'est ce à quoi nous allons, notamment, nous employer dans ce mémoire.

Nous croyons qu'avec l'instauration prochaine de la caisse autonomie, il deviendra impératif de réfléchir à l'avenir de l'hébergement public dans le continuum de soins en proposant des actions qui ne sont pas uniquement l'apanage du réseau de la santé et des services sociaux, mais qui relèvent également de l'engagement de toute une société à l'égard de sa population âgée en perte d'autonomie.

**Un personnel qui soutient et  
accompagne les personnes parmi  
les plus vulnérables**

Dans ce mémoire, nous souhaitons présenter aux membres de la commission les efforts déjà consentis par le personnel et les établissements pour se rapprocher davantage des besoins des clientèles âgées et vulnérables ainsi que certaines **pistes d'actions fort prometteuses pour améliorer leur qualité de vie.**

## **L'HÉBERGEMENT PUBLIC : COMMENT S'Y RETROUVER?**

### **Le soutien à domicile**

Les services de soutien à l'autonomie (à domicile) font partie de l'offre de services de chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Ils sont souvent offerts en collaboration avec des entreprises d'économie sociale et englobent l'aide à la vie domestique (entretien ménager, repas, etc.), l'aide à la vie quotidienne (soins d'hygiène, habillement, etc.) et certains soins plus spécialisés (soins infirmiers, etc.). Ces services s'adressent également aux personnes qui ont choisi de loger dans des résidences privées pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes.

Pour avoir accès à ces services, il faut s'adresser au CSSS de son territoire qui, à la suite d'une évaluation des besoins, élabore un plan d'intervention avec la personne et ses proches. Les soins et services offerts sont gratuits. Les personnes doivent cependant assumer les coûts liés aux médicaments et autre matériel requis en soutien à l'autonomie. Les délais d'attente et le niveau de services offert varient d'une région, voire d'un établissement à l'autre.

### **Les ressources intermédiaires et ressources de type familial**

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial sont des ressources recrutées par les CSSS, notamment, pour offrir des services aux personnes âgées. Les responsables de ces ressources sont rémunérés par le gouvernement, mais une certaine contribution financière est aussi exigée de la part des personnes qui y demeurent. Après évaluation, les personnes ayant un plus grand besoin de soutien sont généralement orientées vers les ressources intermédiaires et les autres vers les ressources de type familial, apparentées aux « familles d'accueil » utilisées pour la clientèle jeunesse. Les ressources de type intermédiaire, elles, peuvent prendre la forme d'un appartement supervisé, d'une maison de chambres, d'une maison d'accueil ou d'une résidence de groupe. Au besoin, des services professionnels (soins infirmiers, ergothérapie, etc.) peuvent être offerts directement dans la ressource par le personnel du CSSS.

### **Les centres d'hébergement privés conventionnés**

Les centres d'hébergement privés conventionnés sont des organisations privées sous contrat avec les Agences régionales de la santé et des services sociaux. Ils ont les mêmes modalités de fonctionnement que les centres d'hébergement publics et accueillent le même type de clientèle en grande perte d'autonomie. Les services qui y sont offerts ainsi que les coûts d'hébergement sont définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Leur association regroupe 30 propriétaires gestionnaires de 62 établissements répartis dans 11 régions du Québec. Leurs établissements comprennent cinquante-huit centres d'hébergement de soins de longue durée

(CHSLD) et quatre centres de réadaptation (CR). Tous ces établissements sont détenteurs d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et répondent aux besoins de 7097 personnes âgées. Les CSSS sont la porte d'entrée pour ce type d'hébergement. Les délais d'attente varient d'une région, voire d'un établissement à l'autre.

### **Les centres d'hébergement publics**

Au Québec, 124 des 211 établissements ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée sont publics, c'est-à-dire que ce sont des établissements à but non lucratif dont le financement est totalement assumé par le gouvernement. Répartis sur l'ensemble du territoire québécois, ces 124 établissements comptent plus de 366 points de services. Des services professionnels sont offerts sur place (soins infirmiers et médicaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, etc.). Une contribution financière, pour le gîte et le couvert, est exigée de la part des personnes qui y sont hébergées. Pour y avoir accès, les personnes doivent d'abord être évaluées. Les CSSS sont la porte d'entrée pour ce type d'hébergement. Les délais d'attente varient d'une région, voire d'un établissement à l'autre.

Il faut cependant rappeler que le domicile est le lieu de vie privilégié par la population et que le recours à l'hébergement diminuera au cours des prochaines années.

## LA CLIENTÈLE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Les chiffres ne mentent pas. En 2012-2013, seulement 33 759 personnes âgées de 65 ans et plus se trouvaient en centres d'hébergement publics ou privés conventionnés (MSSS / AS-478, 2012-2013). C'est donc aussi peu que 3 % des 1,2 million de personnes de ce groupe d'âge qui résident en CHSLD. C'est dix fois moins que la perception partagée par les personnes âgées de 50 à 64 ans qui ont pris part au sondage CROP-AQESSS sur le vieillissement réalisé en 2012 (CROP, 2012).

Le centre d'hébergement public s'inscrit ainsi à la fin d'un continuum de services gradués, du domicile à l'hébergement, et s'impose de plus en plus comme le recours ultime des personnes âgées et de leurs familles. En fait, selon un sondage CROP-AQESSS réalisé au printemps 2010, même advenant une perte d'autonomie, 78 % des baby-boomers souhaitent pouvoir demeurer à domicile, moyennant l'aide de services publics et privés (CROP, 2010).

**Seulement 3 % de la population  
âgée de 65 ans et plus  
réside en CHSLD**

L'état de situation produit par l'AQESSS en septembre dernier démontre clairement l'évolution des profils de clientèles actuellement hébergées en CHSLD (figure 1).

### Une clientèle de plus en plus âgée ayant d'importants besoins

En 2012-2013, quatre personnes sur dix (42 %) résidant en centre d'hébergement public étaient âgées de 85 ans et plus (13 270 personnes), une augmentation de 4 % par rapport à 2007-2008<sup>2</sup> où on comptait en CHSLD 12 816 personnes de 85 ans et plus (MSSS/AS-478, 2012-2013).

Plus de 80 % des résidents en soins de longue durée présentent une démence et, selon les études, la prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence (SCPD) serait aussi élevée que 90 % (IPA, 2012). Ces symptômes ont un grand impact sur la qualité de vie des résidents et sur celle de leurs proches. Cela représente un grand défi pour les soignants.

**Depuis 7 ans, on note une  
croissance soutenue des gens de 85  
ans et plus en grande perte  
d'autonomie dans les CHSLD**

### Une tendance qui ira en s'accroissant

En mettant davantage l'accent sur le soutien à domicile, notamment en créant l'assurance autonomie, nous réussirons à maintenir le plus longtemps possible les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu. Les établissements membres de notre association se sont

<sup>2</sup> MSSS, Rapport statistique annuel 2011-2012, AS 478, Gouvernement du Québec, 2012.

publiquement et à maintes reprises prononcés en faveur de ce changement dans notre offre de soins et de services, qu'est le maintien des personnes dans leur milieu.

**Les moins de 65 ans sont de moins en moins nombreux dans les CHSLD**

Cela aura toutefois pour effet que les lits d'hébergement de soins de longue durée seront réservés en priorité aux personnes en grande perte d'autonomie. Ce sont des personnes présentant des profils ISO-SMAF allant de 10 à 14 et qui ne peuvent plus demeurer dans la communauté malgré le soutien apporté par les proches et les diverses ressources qui œuvrent auprès d'elles.

Les usagers de profil 10 sont ambulants et ont une atteinte grave des fonctions mentales. Ils présentent généralement des **troubles de comportement importants** pouvant nécessiter une surveillance intensive. Ils ont besoin d'une aide partielle ou totale pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne telles se nourrir, se laver, entretenir sa personne.

Les personnes dont le niveau d'autonomie correspond aux profils 11 à 14 ont toutes une atteinte mixte (motrice et mentale). **Elles ont toutes besoin d'aide à la mobilité** à des degrés divers.

D'ailleurs, un comité d'experts mis sur pied par le MSSS et chargé de réviser l'offre de services en CHSLD propose des balises d'admission regroupant la clientèle autour de six groupes distincts, allant de personnes âgées atteintes d'une maladie dégénérative, de déficits cognitifs, de démence jusqu'à celles en soins terminaux.

La présence de ces balises et de ces normes pour accéder à l'hébergement de soins de longue durée est essentielle pour améliorer l'accès et pour assurer une utilisation efficiente des diverses ressources d'hébergement disponibles.

## RECOMMANDATION

1. **Que l'offre de soins et de services en hébergement soit adaptée et consolidée pour les types de clientèles identifiées par le groupe d'experts chargé de réviser l'offre de services en CHSLD.**

## Un faible pourcentage de clientèle plus jeune ayant des besoins diversifiés

Au 31 mars 2013, environ 11 % de l'ensemble des résidents hébergés en centres d'hébergement public était âgé de moins de 65 ans (MSSS/AS-478, 2012-2013). Ces adultes peuvent présenter des déficiences physiques, une déficience intellectuelle, être aux prises avec une maladie dégénérative telle que la sclérose en plaques ou encore présenter des problèmes de santé mentale. Leur nombre au sein des CHSLD est en diminution constante.

Une attention particulière est accordée à cette clientèle compte tenu de ses besoins spécifiques, notamment en favorisant son regroupement sur des unités spécialisées. Ceci permet de

développer chez le personnel soignant et d'assistance une expertise en matière d'intervention et de philosophie favorisant l'intégration sociale et communautaire de ces personnes.

### Une recherche de solution pour les personnes de moins de 65 ans

Depuis mai 2012, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et l'Association d'établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) ont fait le choix d'unir leurs expertises pour soutenir le développement de nouvelles places et de nouveaux milieux de vie alternatifs à l'hébergement institutionnel pour les adultes ayant une déficience physique.

### Réserver les places en milieu d'hébergement aux clientèles les plus vulnérables

Pour pallier le manque de lits à vocation de réadaptation (comme, par exemple, à la suite d'une fracture de la hanche), de lits de convalescence ou de place en ressources intermédiaires, certains centres d'hébergement publics offrent des alternatives « transitoires » en consacrant une partie de leurs lits à des clientèles âgées requérant des services de convalescence ou de réadaptation après un séjour en courte durée. Ces initiatives permettent de diminuer l'attente dans des lits de transition en centre hospitalier de courte durée et d'offrir des soins et des services mieux adaptés à ces personnes.

**Des initiatives visant à offrir des services mieux adaptés**

On y accueille, également, des clientèles âgées désinstitutionnalisées qui ne parviennent plus à vivre dans la communauté, et ce, même avec des services. Ces aînés sont aux prises avec des besoins d'assistance complexes et éprouvent des difficultés relationnelles et comportementales qui rendent difficile la cohabitation avec les autres résidents. Le CHSLD public est le seul milieu de soins qui offre des services 24 heures par jour, et ce, 7 jours par semaine. Toute autre alternative résidentielle n'offre pas ce type de service en continu et en intensité, d'où la prise en charge, par nos établissements, de cette clientèle qui se retrouvait autrefois en milieu asilaire.

Cette utilisation des lits de longue durée pour des besoins autres que l'hébergement a des impacts évidents sur l'accès, mais aussi sur la qualité du milieu de vie et les conditions d'exercice des employés et des professionnels.

### RECOMMANDATION

2. **Que toutes les composantes du continuum de services destinés aux personnes âgées soient développées à la hauteur des besoins pour l'ensemble des régions du Québec, notamment en matière de lits d'évaluation-orientation, de réadaptation, de récupération fonctionnelle et d'options résidentielles alternatives.**

### **Rehausser les installations existantes**

Un des défis importants qui est posé aux établissements publics est directement lié à la **vétusté de plusieurs de leurs installations**. Il est peut-être utopique de demander qu'un milieu de vie institutionnel devienne un véritable chez-soi, mais des efforts doivent être consentis pour qu'il puisse devenir un milieu de vie *substitut* significatif, agréable et adapté.

Étant donné que notre clientèle hébergée en CHSLD est de plus en plus en situation de fin de vie, il est apprécié et souhaité par les familles d'avoir accès à des lieux physiques qui favorisent l'intimité et l'accompagnement respectueux des derniers moments de leur proche. Les chambres à plusieurs lits ne permettent pas ce type d'intimité et la mise aux normes des actuels CHSLD a justement pour but de réduire le nombre de lits par chambre et de ne garder que des chambres individuelles et quelques-unes doubles.

**Favoriser l'aménagement de milieux de vie sécuritaires, personnalisés et empreints d'une atmosphère familiale**

Ainsi, en conformité avec les recommandations de la Corporation d'hébergement du Québec, il est préconisé de favoriser l'aménagement de milieux de vie sécuritaires, personnalisés, empreints d'une atmosphère familiale, organisés en fonction de petits regroupements sous forme d'îlots d'environ 10 à 15 lits.

De plus, le regroupement de clientèles présentant des profils de besoins similaires permet au personnel de développer des compétences et des connaissances spécifiques pour mieux intervenir et assurer une réponse adaptée. La possibilité d'avoir un accès extérieur sécurisé est aussi recommandée pour permettre aux résidents errants de circuler à volonté dans un espace sécurisé et agréable.

### **La sécurité des clientèles vulnérables**

La sécurité des clientèles vulnérables doit être assurée en tout temps. Cette responsabilité a d'ailleurs été rappelée haut et fort dans la foulée du drame survenu à L'Isle-Verte. Les établissements de soins de longue durée publics ont l'obligation, dans le cadre de la démarche d'accréditation par Agrément Canada, d'avoir des plans d'urgence régulièrement mis à jour pour faire face à des situations qualifiées d'urgentes tant de jour, de soir que de nuit. Des exercices d'évacuation sont également réalisés sans préavis pour maintenir les équipes vigilantes et à jour dans la procédure à respecter en cas de sinistre.

### ***L'enveloppe du maintien des actifs amputée de 25 %***

Malgré l'importance de rénover et d'adapter nos installations aux nouvelles clientèles, nous apprenions, en septembre dernier, que l'enveloppe du maintien des actifs (le plan quinquennal d'immobilisation) allait être amputé de 25 %, et ce, jusqu'en 2017-2018.

Cette décision aura pour effet de retarder l'acquisition d'équipements essentiels au maintien de la qualité et de la sécurité des soins et des services ainsi que de maintenir des installations non adaptées aux clientèles plus âgées et en lourde perte d'autonomie des CHSLD.

### **RECOMMANDATION**

- 3. Que les programmes fonctionnels et techniques (PFT) associés à la modernisation des lieux physiques soient réalisés à court terme.**



## DÉJÀ DE NOMBREUSES RÉPONSES AUX NOUVEAUX BESOINS

### Des services en mutation

Au cours des dernières années, l'arrivée d'une clientèle en plus grande perte d'autonomie a transformé les services offerts dans nos centres d'hébergement. Il ne s'agit plus uniquement de prodiguer des soins de base et de confort à nos résidents. Les soins offerts sont de plus en plus complexes et spécialisés et doivent répondre à une clientèle hétérogène très souvent en fin de vie. D'ailleurs, depuis 2007-2008, le nombre d'heures de soins auprès de la clientèle a connu une augmentation de 6 %, pour une moyenne de **3,27 heures soins par usager par jour** (MSSS/AS-471, 2013 et MSSS/AS-471, 2008).

### L'alimentation

Les résidents des centres d'hébergement publics sont nombreux à souffrir de dénutrition et de troubles de la déglutition. En réponse à ce besoin, **nous avons haussé nos services de nutrition clinique de 34 %** depuis 2007-2008 (MSSS/AS-471, 2011 et MSSS/AS-471, 2008). L'apport de ces nouveaux professionnels se traduit surtout par l'adaptation des textures de la nourriture pour faciliter l'alimentation et pour éviter la dénutrition secondaire. Quant aux sommes investies dans la préparation des repas, en 2012-2013, les centres d'hébergement publics ont consacré en moyenne **6,59 \$ par repas, c'est-à-dire plus de 7 200 \$ par année par personne**, pour nourrir chacun de leurs résidents (MSSS/AS-471, 2012). Ce chiffre représente une augmentation de 12,82 % en comparaison avec 2007-2008, ce qui place cette hausse légèrement au-dessus de l'inflation.

### Les services professionnels

Depuis 2007-2008, les investissements dans nos services de physiothérapie en centres d'hébergement ont connu **une hausse de 26 %** (MSSS/AS-471, 2012 et MSSS/AS-471, 2008). L'ergothérapie suit non loin derrière avec une augmentation des dépenses de l'ordre de **16 %**. Résultat : en 2011-2012, près du quart des services de physiothérapie et du tiers des services d'ergothérapie étaient offerts en centres d'hébergement publics. Malgré ces efforts, les besoins demeurent très importants, notamment en raison de l'importante perte d'autonomie de la clientèle.

**Depuis 2007-2008, les investissements dans les services de physiothérapie, d'ergothérapie et de nutrition clinique ont connu une hausse moyenne de 24 %**

### ***Les regroupements de clientèles***

Plusieurs milieux de soins de longue durée ont fait le choix de regrouper les clientèles présentant des besoins comparables et nécessitant des interventions particulières autour d'unité de soins qui leur sont réservées. Cette approche permet non seulement d'améliorer les conditions de vie et de confort général de notre clientèle, mais aussi d'augmenter la satisfaction de l'ensemble des résidents ainsi que leur sentiment de sécurité.

**Plusieurs CHSLD regroupent les clientèles présentant des besoins comparables afin de mieux y répondre**

### ***Les soins de fin de vie***

En 2012-2013, 58 546 personnes au total ont été admises dans un centre public d'hébergement. De ce nombre, 10 800 sont décédées, soit 18 % de la clientèle (MSSS/AS-478, 2012). De ce nombre, 89 % des personnes faisaient partie de la clientèle des 65 ans et plus. L'augmentation du nombre d'admissions et de départs n'est pas sans effets sur le personnel. En effet, cette réalité nécessite de leur part une adaptation constante (MSSS, 2003).

Cette réalité requiert des CHSLD le développement de programmes de soins de fin de vie adaptés à ces personnes et un certain nombre des CSSS ont adopté ce type de programme.

## SOINS ET SERVICES ADAPTÉS AUX NOUVELLES CLIENTÈLES : DE FORMIDABLES PISTES À SUIVRE

### Des ressources humaines dévouées

En plus des compétences techniques et pratiques, le travail en milieu d'hébergement requiert des aptitudes humaines particulières. Il faut savoir entendre les besoins, les inquiétudes et les préférences des résidents qui sont souvent sans parole, voire inaptes. Il faut être attentif aux signes, aux symptômes, aux changements dans la condition générale du résident afin de lui assurer de services adéquats et de qualité. La complicité du personnel avec le résident peut permettre de comprendre les réactions de ce dernier et d'ajuster l'approche à adopter à son endroit.

En 2011-2012, la très grande majorité du personnel des centres d'hébergement publics se consacrait aux soins auprès des résidents. Près des deux tiers agissaient comme préposé aux bénéficiaires et environ le tiers assumait des responsabilités de soins infirmiers (I-Stratège, 2013).

**Plus de 90 % des membres du personnel des CHSLD se consacrent aux soins et aux services des personnes hébergées**

En raison de la vulnérabilité de la clientèle, de nombreux efforts ont été déployés au cours des dernières années pour assurer une constance et une continuité dans la composition de nos équipes de travail. Résultat : bien que le nombre de lits soit en diminution depuis quatre ans, le nombre d'employés, lui, est demeuré stable. Dans la même logique, le nombre de postes réguliers a connu une augmentation de 7 %, au détriment des postes occasionnels qui ont, quant à eux, diminué de 26 %. (I-Stratège, 2013).

**En quatre ans, le nombre de postes occasionnels a diminué de 26 % et le nombre de postes réguliers a augmenté de 7 %**

Autre effet de la stabilisation des équipes de travail, le nombre d'heures de soins assumées par le personnel des agences privées a diminué de 18 % au cours des quatre dernières années. Elles constituaient, en 2011-2012, 2,9 % des heures totales travaillées en mission hébergement.

**Le personnel provenant d'agences privées a diminué de 18 % depuis quatre ans dans les CHSLD**

(MSSS/AS-478, 2012). Il en résulte une amélioration de la qualité de vie et des soins des résidents et une amélioration des conditions d'exercice du personnel travaillant en centres d'hébergement publics.



## ORGANISER LES SERVICES EN RESPECTANT LES BESOINS DES RESIDENTS

### Les activités de la vie quotidienne : les soins d'hygiène corporelle, l'habillement, etc.

Des efforts sont consentis par plusieurs de nos établissements membres **pour appliquer une approche flexible qui tient compte le plus possible des habitudes de vie antérieure du résident. Pour y parvenir, des ratios révisés et du personnel en nombre suffisant sont des conditions *sine qua non* pour réussir.** En effet, le manque de personnel peut encourager l'adoption des routines institutionnelles. Des soins moins personnalisés mènent à ce que les personnes atteintes de déficits cognitifs se sentent bousculées et incomprises, d'où une non-collaboration de leur part.

Permettre aux personnes désorientées de vivre un soin agréable

Pour offrir un soin d'accompagnement à l'exécution des activités quotidiennes, il n'est pas rare de faire appel à deux intervenants pour permettre à la personne âgée désorientée et présentant des comportements agressifs de vivre un soin agréable. En effet, la personne qui ne décode plus son environnement correctement peut facilement avoir l'impression d'être agressée et, du coup, devenir agitée et terrorisée. Pour l'apaiser, **le personnel doit pouvoir lui accorder le temps nécessaire**, la rassurer par le regard, la parole, le toucher et, si possible, lui faire prendre part à son soin. Les équipes doivent donc pouvoir compter sur un nombre suffisant d'intervenants compétents pour offrir un soin de qualité.

### RECOMMANDATION

4. **Élaborer une grille de décision permettant d'établir des ratios de personnel optimaux en fonction des profils de clientèles alourdis, notamment en ce qui concerne l'implication d'éducateurs spécialisés, de préposés, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières.**

### Favoriser l'autonomie et l'estime de soi du résident

Chaque action quotidienne auprès d'un aîné vulnérable doit favoriser la préservation de son identité personnelle et sociale. La valorisation des capacités résiduelles en impliquant la personne âgée dans la réalisation de ses soins personnels est une façon de maintenir son estime de soi. Le fait également de consulter l'aîné quand il s'agit de faire des choix le concernant lui permet de

Conforter nos patients dans leur qualité d'être humain digne et respecté

maintenir son niveau d'éveil et favorise sa collaboration. Le maintien de relations significatives pour lui, le fait de porter une attention à ses désirs et aspirations sont toutes des façons de le confirmer dans sa qualité d'être humain digne et respecté.

### ***Pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail en hébergement (OSST)<sup>3</sup>***

En décembre 2012, la Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement du MSSS a confié à l'équipe de gestion des connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie le mandat de répertorier les pratiques prometteuses en hébergement et d'analyser leur potentiel de transférabilité. Trente pratiques spécifiques, intégrées, reconnues et déployées dans les CHSLD ont été analysées en fonction des champs de pratiques suivants : le développement des compétences, l'accueil et l'intégration, l'organisation du travail, les ressources humaines ainsi que les pratiques de gestion. Les nombreux projets analysés ont témoigné de la proaction de la part de nos membres à adapter leurs processus vers une amélioration continue de la qualité des services offerts aux résidents.

Il se dégage de l'analyse que les actions simples d'optimisation avec une démarche participative sont à la base de l'implantation réussie des pratiques d'OSST identifiées. La mobilisation du personnel à tous les niveaux du projet en intégrant une dimension apprenante pour l'organisation est aussi un facteur de succès.

L'analyse des pratiques spécifiques et intégrées en CHSLD permet de constater que l'attraction et la rétention du personnel de soins en hébergement passent, entre autres, par la mise en œuvre de l'une ou plusieurs des trois stratégies suivantes :

- Le développement des compétences, incluant le développement de programmes d'accueil et d'intégration;
- L'organisation du travail et des services dont le regroupement des résidents par profils clientèles et une réorganisation de la structure découlant de la révision des rôles et responsabilités des ressources humaines;
- La pratique de partenariat efficace avec la communauté et avec l'intersectoriel concernant les pratiques de gestion et des ressources humaines.

Comme cité dans le rapport, force est de constater la variété des efforts déployés par les différents milieux d'hébergement pour organiser le travail avec des pratiques innovantes, intégrées, cohérentes et permettant d'améliorer la pratique en CHSLD.

---

<sup>3</sup> Recension de pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail (OSST) en hébergement  
Direction de la planification, de la performance et des connaissances, ASSS Montérégie, Mars 2013

## **RECOMMANDATION**

- 5. Que le MSSS soutienne la transférabilité des pratiques spécifiques, intégrées et reconnues à grandes retombées probantes telles que présentées dans la recension des pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail (OSST) en hébergement.**



## UN JUSTE ÉQUILIBRE ENTRE LA DISPENSATION DE SOINS ACTIFS ET LA DISPENSATION DE SOINS PALLIATIFS

Le regard porté sur le milieu d'hébergement doit tenir compte d'une réalité clinique très différente de celle qui prévalait dans les années 90. Du fait qu'il s'agit du dernier milieu de vie de la personne âgée en situation de lourde perte d'autonomie, les équipes soignantes sont invitées à accompagner les résidents en s'adaptant à leur rythme, en maintenant une relation avec eux et en partageant des moments de vie avec eux. L'approche palliative humaniste préconisée dans nos CHSLD vise notamment à assurer le confort de la personne, son bien-être et tient compte de sa dignité humaine. On parle alors de petits succès au quotidien qui donnent du sens et de la saveur à la vie.

**Assurer le confort, le bien-être et respecter le rythme de nos résidents**

Annuellement, nous observons en moyenne le renouvellement du tiers de la clientèle hébergée. Les nouvelles personnes admises vivent de moins en moins longtemps en hébergement, compte tenu d'un état de santé déjà détérioré au moment de leur admission.

Face à une réalité d'accompagnement de soins de fin de vie, les équipes interdisciplinaires vivent quotidiennement des situations cliniques et psychosociales délicates, complexes et chargées d'enjeux éthiques. Ces équipes doivent cheminer ensemble, en s'appuyant sur des repères communs et probants, afin d'accompagner les résidents et leurs proches à vivre cette transition le plus sereinement possible. La qualité de fin de vie des résidents est directement influencée par la capacité et la disponibilité des équipes à se concerter et à travailler en partenariat avec le résident et sa famille. Les équipes doivent être mieux outillées pour effectuer la transition entre un contexte de soins actifs, adapté au niveau de soins convenu dès l'admission, et un contexte d'accompagnement de fin de vie.

### Réduire le recours à l'urgence et aux services de courte durée

Le faible attrait qu'exerce le milieu de l'hébergement auprès des médecins rend souvent les services médicaux peu accessibles, surtout en horaire défavorable. Le recours à l'urgence hospitalière devient donc, dans ces circonstances, la solution pour une majorité de situations cliniques urgentes ou semi-urgentes.

Un règlement permettant l'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées en CHSLD, travaillant en tandem avec un médecin, pourrait permettre un suivi médical optimisé et appuyé

sur les compétences spécifiques de chacun en plus de contribuer à compenser la pénurie de médecins en CHSLD.

***Un exemple de bonne pratique :***

Au CHSLD juif de Montréal, un projet pilote dirigé par une infirmière praticienne spécialisée en gériatrie a été mené dans le but d'améliorer le dépistage et l'évaluation d'affections aiguës en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. L'évaluation du programme démontre que cette intervention a entraîné une meilleure prise de décisions à l'égard du transfert approprié de résidents à l'urgence.

Cette approche novatrice et documentée permet de réduire les transferts évitables de résidents à l'urgence, ce qui, en retour, évite aux aînés hébergés de devoir parcourir inutilement les différents secteurs du système de santé, réduit les répercussions néfastes de l'hospitalisation et minimise les coûts.

**Favoriser l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées**

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a soumis, en janvier 2014, au comité des finances et des affaires économiques de la province, une recommandation afin d'assurer minimalement, dans les milieux de soins de longue durée, les services d'une infirmière praticienne spécialisée pour chaque groupe de 120 résidents hébergés.

L'Association réitère depuis plusieurs années que le travail des IPS en milieu d'hébergement et de soins de longue durée aurait comme effet de réduire considérablement les transferts de résidents vers les milieux de soins de courte durée et, ainsi, réduire ce traumatisme évitable chez les clientèles très vulnérables. De plus, on observerait un meilleur accès à des services médicaux appropriés.

**RECOMMANDATIONS**

- 6. Reconnaître le milieu d'hébergement et de soins de longue durée comme un milieu de fin de vie et l'organiser en conséquence.**
- 7. Favoriser le recours à des infirmières praticiennes spécialisées pour soutenir les équipes dans les milieux de soins de longue durée.**

## DES APPROCHES AXÉES SUR LA PERSONNE

### Développer les compétences relationnelles

L'altération des facultés cognitives et de compréhension, couplée à des pertes sensorielles et motrices, rendent très vulnérables les personnes admises en hébergement de soins de longue durée. Il devient donc essentiel de développer une expertise permettant d'entrer en relation avec la personne dépourvue d'une compréhension cognitive associée au langage courant. Les intervenants doivent faire preuve d'un grand savoir-être et détenir les connaissances pour faire vivre à l'aîné une expérience agréable et sécurisante dans l'ensemble des gestes posés au quotidien. Qu'il s'agisse d'un soin d'hygiène, d'une activité repas ou d'une sortie à l'extérieur, la façon d'être en relation avec la personne âgée est déterminante dans son expérience avec l'autre, qu'il soit un intervenant, un bénévole ou un proche. Un milieu de vie, c'est d'abord un milieu empreint d'humanité.

### *Un exemple de bonne pratique : l'implication d'un résident sur le comité de sélection du personnel au Centre de soins de longue durée Grace Dart*

Les compétences relationnelles du personnel du Centre de soins prolongés Grace Dart font l'objet d'une attention toute particulière de la part de la direction de l'établissement. En effet, le processus d'embauche a été modifié pour intégrer un résident au comité de sélection. Ainsi, avec des questions davantage axées sur les compétences relationnelles, le résident met en situation le candidat qui doit faire la démonstration de son savoir-être.

### Intervenir malgré la résistance aux soins

Les comportements de résistance aux soins se manifestent plus souvent dans les milieux de soins qu'à domicile<sup>4</sup>. Des études ont montré que les personnes qui ont atteint un niveau plus élevé de détérioration globale résistent davantage à l'habillage et, plus tard dans l'évolution de la maladie, au déshabillage. Ces problèmes sont attribuables à des pertes cognitives et perceptuelles, notamment la mémoire et certaines fonctions mentales supérieures telles que la planification et l'organisation<sup>5</sup>. La résistance à la prise de médicaments est également présente chez les personnes qui n'ont plus la capacité de comprendre les bénéfices de la prise d'une médication, et ce, malgré les explications claires et répétées qui leur sont données. Les intervenants sont donc confrontés plusieurs fois par jour à une ou des personnes qui résistent, qui réagissent et qui peuvent avoir des comportements agressifs et impulsifs vis-à-vis du soignant ou de l'intervenant.

---

<sup>4</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2010)

<sup>5</sup> Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 2<sup>e</sup> édition sous la direction de Philippe Voyer

D'ailleurs, une étude récente encadrée par madame Liette St-Pierre, directrice de thèse et professeur du Département des sciences infirmières et par Isabelle Lacharme, étudiante au doctorat en psychologie à l'UQTR, révèle que la violence envers les soignants demeure plus fréquente que la maltraitance de ceux-ci sur les patients.

**Les préposés aux bénéficiaires accompagnent les résidents dans chacun de leurs gestes quotidiens**

Des stratégies doivent donc être développées pour dispenser les soins requis. Les préposés aux bénéficiaires doivent connaître et puiser parmi des stratégies personnalisées visant à prévenir le comportement de résistance et agir en conséquence quand il se manifeste. Les infirmières auxiliaires doivent savoir comment intervenir auprès de la clientèle qui résiste à la prise de médicaments.

Pour le soignant et les proches, le problème de résistance aux soins peut perturber la gestion et le déroulement des soins. Une gestion inappropriée de ces comportements peut entraîner une escalade et une réaction « catastrophique ». Le programme de soins pour contrer la résistance doit viser à maximiser les habiletés préservées de la personne et à favoriser sa collaboration en l'impliquant dans l'action. Lui donner du pouvoir en lui permettant de faire des choix, si petits soient-ils. Les stratégies gagnantes font appel à de la souplesse dans les routines établies, ce qui requiert, de la part du personnel, une capacité et une disponibilité à répondre en temps opportun aux besoins des résidents.

**Un personnel disponible et capable de répondre en temps opportun aux besoins du résident disponible**

## Gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Les comportements agressifs, l'agitation verbale et l'errance sont des manifestations observables qui peuvent devenir dangereuses pour la personne âgée elle-même ainsi que pour son entourage. Elles sont qualifiées d'inacceptables socialement et appellent des actions à plusieurs niveaux. Par ces gestes, l'aîné veut peut-être exprimer une douleur, un inconfort, une détresse. Aussi, pour le comprendre, il est impératif de procéder à un examen impliquant le personnel soignant et l'équipe interdisciplinaire, de documenter les épisodes d'agressivité, d'établir un plan d'intervention et de communiquer celui-ci à toute l'équipe. La gestion des interventions par chaque membre de l'équipe auprès d'un résident en particulier doit faire l'objet d'un suivi et d'une réévaluation périodique. Plusieurs types d'interventions non pharmacologiques sont possibles et nécessitent une bonne coordination sur 24 heures pour contribuer à la réduction des comportements perturbateurs.

**Pour offrir des services de qualité adaptés aux besoins des résidents hébergés en soins de longue durée, des conditions structurantes doivent être appuyées et favorisées, notamment le niveau d'encadrement clinique, la formation initiale et continue du personnel.**

### **Un exemple de bonne pratique : La formation AGIR**

La formation nationale AGIR a outillé de nombreux préposés aux bénéficiaires qui ont revisité, en atelier, les approches de soins dans différents contextes propres à leur travail. Par ailleurs, ces formations pratiques doivent être données en continu et de façon intégrée pour l'ensemble des titres d'emploi afin de favoriser un travail interdisciplinaire.

### **Des plans d'intervention individualisés, interdisciplinaires et en partenariat avec le résident et sa famille**

Les professionnels de la santé tels que les médecins, les pharmaciens, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les nutritionnistes sont mis à contribution pour mieux définir la nature des besoins de chacun des résidents et pour planifier en complémentarité les interventions personnalisées.

Les professionnels de formation psychosociale, travaillent de pair avec le personnel soignant et répondent aux besoins des résidents et des familles en matière d'adaptation à des situations qu'ils peuvent juger difficiles à vivre.

Les préposés aux bénéficiaires et les éducateurs pour certaines clientèles accompagnent les résidents dans chacun de leurs gestes quotidiens. Les préposés aux bénéficiaires sont en grande proximité avec le résident et ses proches. C'est principalement à travers eux que le résident doit vivre une expérience d'intimité, dans les activités de la vie quotidienne, empreinte d'une approche respectueuse de ses besoins, de son rythme, de ses préférences et de ses capacités.

Au sein du milieu de vie, les animateurs de loisirs occupent également une place de choix dans l'offre de services aux résidents. Ils sont également des personnes ressources auprès des familles en proposant des activités adaptées à la condition de leur proche qu'ils pourront partager ensemble au moment des visites, pour les rendre plus significatives.

Dans l'ensemble des CHSLD, un plan d'intervention est établi en partenariat avec le résident, ses proches et l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. D'ailleurs, cette façon de faire s'inscrit tout à fait dans le courant de l'approche patient partenaire, fortement encouragée au Québec à l'heure actuelle. Ce plan d'intervention doit être élaboré au cours des six semaines après l'admission du résident et révisé annuellement ou lors de changements notables de conditions.

Plusieurs établissements ont révisé leurs processus interdisciplinaires et mis en place des pratiques innovantes afin d'individualiser leurs interventions auprès du résident. Nommons, notamment, la présence d'un préposé aux bénéficiaires accompagnateurs, qui développe un lien privilégié avec le résident et ses proches pour permettre une meilleure adaptation au nouveau milieu de vie et pour effectuer les ajustements en cours de route.

### **Un exemple de bonne pratique : Le programme des PII, pour plus d'« humanitude »<sup>6</sup>**

Depuis 2008, le plan d'interventions interdisciplinaires (PII) est un élément clé du programme Milieu de vie au CSSS de la Pointe-De-L'Île. Le plan d'intervention interdisciplinaire s'élabore dans le cadre de moments privilégiés pour le résident, ses proches aidants et toute l'équipe qui l'entoure. Ces rencontres sont animées afin de favoriser l'expression du résident, d'explorer comment l'équipe pourrait davantage contribuer à son bien-être global, intégral et à son bonheur. Des objectifs sont élaborés avec le résident/famille pour concrétiser les décisions. Le résident est au centre des préoccupations : donc, on respecte concrètement sa capacité de faire des choix, d'exprimer ses préférences, on vise à respecter ses habitudes et à favoriser son autodétermination. Ces moments d'échanges permettent aussi d'accroître la connaissance de sa famille et de ses proches. Par le fait même, les liens de confiance et de réciprocité se développent et s'affermissent.

Un cadre de référence, le PII a été élaboré. Les PII sont formalisés dans un registre et saisis dans le logiciel SICHELD. Chaque résident et ses proches aidants sont invités personnellement à participer à l'élaboration du plan d'interventions. Un dépliant explicatif est remis au résident/famille quelques semaines avant la réalisation du PII.

### **L'implication des familles : une contribution essentielle**

Selon les lignes directrices de la Société d'Alzheimer (2011)<sup>7</sup>, les soins centrés sur la personne constituent une philosophie qui reconnaît que chaque personne a une histoire personnelle, une personnalité et des valeurs uniques, et que toute personne a droit, comme le reste de la population, à la dignité, au respect et au privilège de participer pleinement à la vie de son milieu. Dans un tel environnement, le personnel encourage la participation de la famille et des proches et valorise leur présence auprès du résident. Ainsi, la famille et les proches sentent qu'ils font partie intégrante de l'équipe de soins. La présence de la famille contribue à maintenir un sentiment de continuité, tout en permettant au personnel de se familiariser avec les goûts, préférences et habitudes de vie antérieure du résident. Au moment de l'accueil de toute nouvelle personne en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, la famille est invitée à compléter avec l'intervenant désigné l'histoire de vie de leur proche. Le partage d'éléments significatifs de l'histoire de vie du résident à l'ensemble du personnel favorise une personnalisation de l'approche et des soins au quotidien. Cette pratique est maintenant intégrée dans les CHSLD au Québec.

**Des ressources psychosociales sont nécessaires pour soutenir les proches**

<sup>6</sup> **Définition de l'humanitude** : Le concept d'humanitude repose sur une définition de l'homme comme un être communicant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, ce qui implique des besoins propres à l'espèce humaine. Ce concept a été popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par Yves Gineste et Rosette Marescotti il y a 30 ans. La méthode ainsi mise au point a montré son efficacité vis-à-vis des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées. Elle vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et, ainsi, s'inscrit dans une démarche de bienveillance.

<sup>7</sup> **Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne** : Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. ISBN 978-0-9733522-3-8 © 2011 Société Alzheimer du Canada

Les approches cliniques adaptées aux différentes clientèles cibles, devront favoriser une plus grande participation du proche aidant partenaire. Ces proches, experts dans la compréhension des besoins des résidents, vivent souvent de l'épuisement, une gamme d'émotions difficiles et se sentent dépossédés d'un rôle important pour eux lors de l'admission de leur proche. Le plus tôt possible et même avant l'admission en CHSLD, l'équipe soignante devrait être en mesure de créer un lien de confiance, de complicité et de grand partenariat avec le proche aidant.

**Des ressources psychosociales à la mesure des besoins doivent être consenties pour soutenir les proches dans ce changement de milieu de vie et tout au long du séjour d'un des leurs.**



## DES PROCESSUS COMPLÉMENTAIRES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

### Des indicateurs de suivi mieux ciblés

Lors de la production en 2013 de notre rapport *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec*, nous avons été à même de constater le manque de données spécifiques à la mission hébergement et soins de longue durée. En effet, depuis la création des CSSS, plusieurs banques de données ont été fusionnées et il est difficile, voire impossible, d'isoler des composantes propres à l'hébergement sur le plan provincial. Le ministère suit le niveau de services offerts dans les CHSLD seulement au moyen de deux indicateurs : les heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance par jour/présence des usagers, ainsi que celles travaillées en soins professionnels.

Toutefois, cette information manque de précision puisqu'elle est cumulée par établissement (CSSS) et non par installation (un CSSS comprenant souvent plusieurs CHSLD). Elle n'apporte aucune information sur les services rendus, sur les plans d'interventions, sur les résultats atteints. De plus, l'indicateur concernant les soins professionnels ne distingue pas les différentes professions (physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, etc.). Le manque de données disponibles pour assurer le suivi a, notamment, été constaté par le Vérificateur général dans son rapport portant sur les services d'hébergement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il recommandait d'ailleurs en mai 2012, de préconiser le développement et la consolidation d'informations de gestion telles que le portrait à jour des personnes âgées hébergées (comme, par exemple, leur profil d'autonomie et leurs besoins), ainsi que les services offerts par les ressources d'hébergement, de façon plus détaillée et parlante.

### RECOMMANDATION

- 8. Qu'un système d'information clientèle soit déployé dans tous les CHSLD du Québec pour permettre une connaissance de la clientèle, et une évaluation rigoureuse des services rendus, de la qualité et de la performance.**

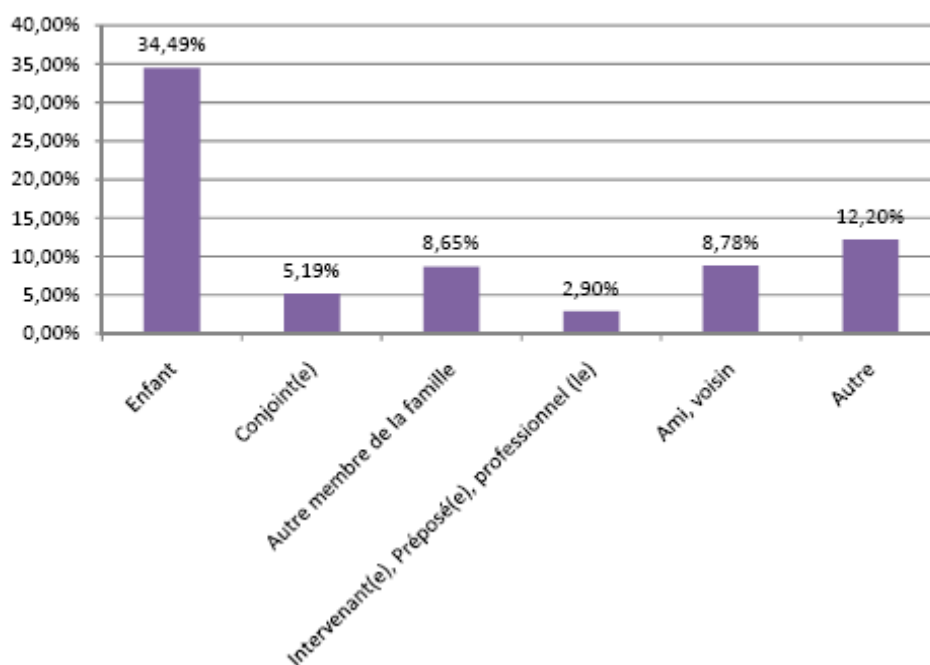
## Des pratiques de qualité et une politique de tolérance zéro

Les milieux d'hébergement publics ont pris position contre la maltraitance et ont adopté des mécanismes de contrôle sévères permettant de prévenir les situations à risques ou d'intervenir en cas de besoin. Les centres d'hébergement publics appliquent notamment une approche de tolérance zéro pour tout manquement à la sécurité des résidents et à la qualité de soins et de services qui leur sont offerts.

La qualité et la sécurité sont des préoccupations constantes dans les établissements. Tout manquement à ces principes peut conduire à des sanctions sévères, voire au congédiement des personnes fautives. Ainsi, au besoin, les gestionnaires d'établissement interviennent pour corriger les situations jugées inacceptables.

En mars 2012, la Ligne Aide Abus Aînés soumettait au ministère de la Famille et des Aînés et au MSSS un rapport d'activités dans lequel elle précisait que, tout milieu de vie confondu, les personnes maltraitantes sont généralement des proches de la personne vulnérable (leurs enfants dans 35 % des cas, puis les conjoints, les autres membres de la famille, des amis ou des voisins dans un autre 35 % des cas rapportés). Comme l'indique le tableau suivant, les plaintes de maltraitance liées à un intervenant, un préposé ou un professionnel représentent, quant à elles, moins de 3 % du total.

*Pourcentage des appels traités selon le lien entre la personne qui maltraite et la victime présumée*



Source : LIGNE TÉLÉPHONIQUE PROVINCIALE AIDE ABUS AÎNÉS : ANALYSE DE L'IMPLANTATION ET DE LA PERTINENCE CLINIQUE p. 34

## Accroître notre vigilance collective

Actuellement, la loi ne permet pas à un professionnel, au sens du Code des professions (RLRQ, c. C-26), d'être relevé de son secret professionnel lorsqu'il est témoin d'une situation d'exploitation ou de maltraitance envers une personne aînée. Cela est dû au fait que l'exploitation ou la maltraitance envers une personne aînée ne s'inscrit pas dans le cadre du troisième alinéa de l'article 60.4 du Code des professions.

Le troisième alinéa se lit ainsi : *Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.* Il est repris dans chaque code de déontologie des professionnels et dans des lois sectorielles, comme par exemple la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2).

Pour accroître notre vigilance collective quant à la maltraitance, l'AQESSS recommande que la législation soit modifiée pour permettre à un professionnel d'être relevé de son secret professionnel, sans le consentement de la personne concernée, pour dénoncer une situation d'exploitation ou de maltraitance à l'endroit d'une personne aînée. Cette possibilité devrait aussi s'appliquer à d'autres personnes qui sont en interaction avec les aînés. On peut penser, par exemple, à un banquier.

Notre position s'appuie sur l'article 48 de la Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, c. C-12) qui stipule que :

« Art. 48 : Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu ».

Par cet article, le législateur a tenu à protéger ces personnes. Il s'agit de droits fondamentaux enchâssés dans la Charte québécoise. Cependant, ces droits peuvent être compromis puisqu'en ce moment un professionnel ne peut être relevé de son secret professionnel lorsqu'il est témoin, dans le cadre de son travail, d'une situation d'exploitation ou de maltraitance à l'endroit d'une personne aînée. En effet, très souvent, cette dernière n'autorise pas le professionnel à dénoncer la situation.

L'AQESSS recommande donc que la législation soit modifiée pour permettre à un professionnel d'être relevé de son secret professionnel dans le cas d'une situation de maltraitance ou d'exploitation envers une personne aînée. Il ne s'agit pas d'imposer une obligation au professionnel, mais plutôt de lui conférer un pouvoir discrétionnaire de dénonciation de maltraitance envers une personne aînée.

## RECOMMANDATION

9. L'AQESSS recommande que la législation soit modifiée pour permettre à un professionnel d'être relevé de son secret professionnel dans le cas d'une situation d'exploitation ou de maltraitance envers une personne aînée.

### Des mécanismes internes de suivi de la qualité

#### *Le conseil d'administration – Le premier responsable*

Le conseil d'administration d'un établissement a la responsabilité d'établir les priorités et les orientations. Il doit s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés. Il doit aussi voir au respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Pour réaliser son mandat, il peut notamment compter sur son comité de vigilance et de la qualité, sur le mécanisme de gestion des plaintes et sur le comité des résidents.

#### *Le commissaire local aux plaintes - Des recours en cas d'insatisfaction*

Tout usager, ou son représentant, peut porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Cette personne est nommée par le conseil d'administration de l'établissement.

#### *Le comité des résidents - Du soutien en tout temps*

Le comité des résidents, entièrement autonome, a le mandat d'informer les résidents sur leurs droits et de s'assurer de leur respect. Il assume aussi une fonction de vigie en matière de qualité des services. Il est formé par des résidents ou par leurs représentants.

#### *La gestion des risques et de la qualité – Des mesures pour réduire l'occurrence des risques*

Comme prescrit par la Loi<sup>8</sup>, les incidents/accidents relatifs à la prestation de soins et de services sont déclarés par toute personne qui les constate, ils sont divulgués au résident et à son représentant et consignés au dossier du résident et au registre local. Au delà de la déclaration, des mesures sont suggérées et appliquées pour éviter la récurrence du risque. Un comité de gestion des risques est en place dans tous les CSSS et tous les centres d'hébergement de longue durée pour analyser les incidents/accidents et pour soumettre des recommandations au conseil d'administration.

---

<sup>8</sup> **Registre accidents-incidents** : Banque de données du Ministre constituée et maintenue à jour à partir du contenu des registres locaux des établissements prévus à l'article 183.2 de la Loi. Elle contient des renseignements sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services. La banque de données sert au ministre pour s'acquitter de son obligation d'assurer la surveillance et l'analyse des causes des incidents et accidents, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle.

Les incidents/accidents les plus fréquents dans les CHSLD publics et privés conventionnés sont les erreurs de médicaments et les chutes. La situation concernant les chutes n'est pas étrangère à la volonté d'éviter le plus possible, voire d'éliminer, tout type de contention et d'accepter ainsi une certaine part de risque. Notons que plusieurs pratiques organisationnelles reconnues sont appliquées dans l'ensemble des CHSLD pour réduire l'occurrence de ces risques.

## **Des mécanismes externes de suivi de la qualité**

### ***Le Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada – Des organismes indépendants***

La Loi sur les services de santé et les services sociaux oblige également chaque établissement à solliciter et à obtenir un agrément minimalement aux quatre ans.

### ***Les visites ministérielles***

Selon un bilan<sup>9</sup> publié par le MSSS en 2012, 97 % des recommandations formulées dans le cadre de ces visites ont été mises en œuvre par les établissements.

Toujours selon le Ministère, les visites ont contribué de façon significative aux améliorations attendues au regard de la qualité du milieu de vie (MSSS, 2012).

Ces mécanismes externes d'évaluation de la qualité étaient rarement coordonnés, n'utilisant pas les mêmes critères et, par conséquent, pouvant générer des recommandations contradictoires. Il est primordial d'arrimer et de rendre complémentaires ces deux types d'évaluations (mécanismes internes et mécanismes externes).

Des travaux récents entrepris conjointement par le MSSS et l'AQESSS ont déjà permis de rendre ces visites plus productives et plus mobilisatrices pour les établissements.

Rappelons que l'établissement dispose également de mécanismes, qui sont rapidement réactifs, en cas d'insatisfaction de la clientèle.

### ***Un exemple de bonne pratique :***

Certains établissements, notamment le CSSS de Beauce et le CSSS de la Vieille-Capitale, par le biais de leur comité de vigilance et de la qualité, ont développé un rapport informatisé consolidé qui regroupe l'ensemble des recommandations adressées au CSSS par différentes instances (agrément, visites ministérielles, ordres professionnels, etc.). Cet outil permet d'assurer un suivi serré des actions prises pour suivre l'ensemble des recommandations et, de façon plus spécifique, pour la mission hébergement et soins de longue durée.

## **RECOMMANDATIONS**

---

<sup>9</sup> MSSS. Bilan statistique du suivi des recommandations des bilans actifs des visites d'appréciation de la qualité 2007-2010.

- 10. Que les processus d'évaluation externes soient mieux coordonnés afin que les recommandations émises par ces instances soient complémentaires et cohérentes.**
- 11. Que les divers mécanismes de suivi de la qualité en place dans les établissements soient davantage mis à profit pour contrer la maltraitance institutionnelle.**

## LA CONTRIBUTION DU RÉSIDENT : UNE QUESTION D'ÉQUITÉ

En ce moment, pour une personne âgée en perte d'autonomie importante, il est plus onéreux de recevoir les services requis dans un contexte de maintien à domicile plutôt qu'en hébergement. Pour effectuer un réel virage vers les soins à domicile, il est primordial de s'assurer d'une certaine neutralité financière pour la personne âgée en perte d'autonomie. Il est estimé, à l'heure actuelle, qu'une personne qui nécessite une surveillance constante à domicile doit défrayer en moyenne entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois<sup>10</sup> pour recevoir les soins et services qu'elle requiert chez elle. Cette personne, orientée en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, défraie, au maximum, mensuellement, 1 747 \$, incluant le gîte et le couvert. Il y a là une iniquité à corriger.

Au Québec, la contribution des usagers compte pour environ 22 %<sup>11</sup> des coûts totaux des services d'hébergement en établissement. En Ontario, c'est plutôt 28 %<sup>12</sup> du total des services d'hébergement pour les adultes qui sont financés par les usagers. L'indexation annuelle, la contribution demandée à l'utilisateur hébergé en CHSLD au Québec ainsi que les règles servant à l'établir n'ont pas été revues depuis plus de 15 ans.

**À domicile, une personne qui nécessite une surveillance constante débourse entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois pour ses services**

**En CHSLD, cela ne lui coûte, au maximum, que 1 750 \$, incluant le gîte et le couvert**

### Recommandation

- 12. Que la contribution de l'utilisateur soit révisée et que les règles servant à l'établir soient également revues.**

<sup>10</sup> MSSS, Comptes de la santé 2008-2009 à 2011-2012

<sup>11</sup> MSSS, Comptes de la santé 2008-2009 à 2011-2012

<sup>12</sup> OLTC. Why not now? A Bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults. Long Term Care Innovation Expert Panel, March 2012. [http://www.oltca.com/system/files/Reports/LTCIEPFULLReport\\_web\\_jun6.pdf](http://www.oltca.com/system/files/Reports/LTCIEPFULLReport_web_jun6.pdf)



## CONCLUSION

Le portrait démographique et clinique des résidents en centre d'hébergement et de soins de longue durée a beaucoup changé au cours des dernières années et il continue d'évoluer. Les services s'adaptent constamment en fonction des avancées cliniques. Les établissements font preuve d'innovation et mettent en place les meilleures pratiques afin d'améliorer la qualité et la sécurité des services dispensés. Ils multiplient les efforts afin d'offrir des services de qualité à leurs résidents.

Appuyés par un personnel dévoué et compétent, les CHSLD publics s'inscrivent dans une culture d'innovation et d'amélioration continue et agissent en toute transparence. Le personnel des établissements constitue ainsi « l'âme de nos organisations ». Quotidiennement, sur la ligne de front, il a besoin d'être davantage écouté, de se sentir fier, reconnu, valorisé et soutenu. Il est dévoué et fait, dans un contexte difficile, un travail extraordinaire.

Concernant la sécurité et la qualité des services, les mesures de contrôle sont multiples. Les établissements appliquent rigoureusement une politique de tolérance zéro pour toute forme de maltraitance. Ils agissent en toute transparence et interviennent rigoureusement pour mettre fin à toute situation jugée inacceptable.

Le centre d'hébergement de soins de longue durée se qualifie maintenant comme un milieu de fin de vie et des ajustements en ce sens sont attendus et souhaités. Le financement actuel ne permet toutefois pas de répondre à l'ensemble des besoins et certaines installations désuètes ne permettent plus d'offrir des milieux de vie adaptés aux conditions des personnes âgées en lourde perte d'autonomie.



## RECOMMANDATIONS

1. Que l'offre de soins et de services en hébergement soit développée et consolidée pour les types de clientèles identifiées par le groupes d'experts chargé de réviser l'offre de services en CHSLD.
2. Que toutes les composantes du continuum de services destinés aux personnes âgées soient développées à la hauteur des besoins pour l'ensemble des régions du Québec, notamment en matière de lits d'évaluation-orientation, de réadaptation, de récupération fonctionnelle et d'options résidentielles alternatives.
3. Que les programmes fonctionnels et techniques (PFT) associés à la modernisation des lieux physiques soient réalisés à court terme.
4. Élaborer une grille de décision concernant des ratios de personnel optimaux en fonction des profils de clientèles alourdis, notamment en ce qui concerne l'implication d'éducateurs spécialisés, de préposés, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières.
5. Que le MSSS soutienne la transférabilité des pratiques spécifiques, intégrées et reconnues à grandes retombées probantes telles que présentées dans la recension des pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail (OSST) en hébergement.
6. Reconnaître le milieu d'hébergement et de soins de longue durée comme un milieu de fin de vie et l'organiser en conséquence.
7. Favoriser le recours à des infirmières praticiennes spécialisées pour soutenir les équipes dans les milieux de soins de longue durée.
8. Qu'un système d'information clientèle soit déployé dans tous les CHSLD du Québec pour permettre une connaissance de la clientèle et une évaluation rigoureuse des services rendus, de la qualité et de la performance.
9. L'AQESSS recommande que la législation soit modifiée pour permettre à un professionnel d'être relevé de son secret professionnel pour une situation d'exploitation ou de maltraitance d'une personne aînée.
10. Que les processus d'évaluation externes soient mieux coordonnés afin que les recommandations émises par ces instances soient complémentaires et cohérentes.
11. Que les divers mécanismes de suivi de la qualité en place dans les établissements soient davantage mis à profit pour contribuer à contrer la maltraitance institutionnelle.
12. Que la contribution de l'utilisateur soit révisée et que les règles servant à l'établir soient également revues.



## BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, [En ligne], 2013. [<http://www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/#0>] (Consulté le 17 décembre 2013).

FONG TG, TULEBAEV SR, INOUYE SK. *Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment*. NAT REV NEUROL. Apr 2009;5(4):210-220.

GELINAS, M.-C. *Recension de pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail(OSST) en hébergement*. [En ligne], 2013. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 115 pages.

[<http://extranet.santemonteregie.gc.ca/depot/document/3535/Recension+de+pratiques+OSST+hebergement+VF+2013+11+05.pdf>] (Consulté le 17 décembre 2013).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012, tableau E.1.13 Cont. , Estimation des dépenses totales de santé des gouvernements provinciaux, par âge et sexe, par province et territoire et au Canada*, [En ligne], 2010. [<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1952>] (Consulté le 23 octobre 2013).

LARAMÉE, P., et MARIER, D. *Guide d'implantation des pistes d'action, pour faire face au vieillissement de la population : De la Théorie à l'action*, Montréal, AQESSS, 2013.

LARAMÉE, P. *6 cibles pour faire face au vieillissement de la population*, [En ligne], 2011. [[http://www.aqesss.gc.ca/docs/public\\_html/document/Documents deposes/six cibles vieillissement rapport 2011.pdf](http://www.aqesss.gc.ca/docs/public_html/document/Documents%20deposes/six%20cibles%20vieillissement%20rapport%202011.pdf)] (Consulté le 17 décembre 2013).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Comptes de la santé 2008-2009 à 2011-2012*, [En ligne], 2011. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-614-01F.pdf>] (Consulté le 17 décembre 2013).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan statistique du suivi des recommandations des bilans actifs des visites d'appréciation de la qualité 2007-2010*, [En ligne], 2012. [<http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Document.aspx?id=780&lang=FR>] (Consulté le 17 décembre 2013).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport statistique annuel 2011-2012*, AS-478, Québec, MSSS, 2012.

ONTARIO LONG TERM CARE ASSOCIATION. *Why not now? A Bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults: Long Term Care Innovation Expert Panel*,

[En ligne], mars 2012.

[[http://www.oltca.com/sites/default/files/Reports/LTCIEPFullReport\\_web\\_jun6.pdf](http://www.oltca.com/sites/default/files/Reports/LTCIEPFullReport_web_jun6.pdf)] (Consulté le 17 décembre 2013).

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC À L'ASSEMBLÉE NATIONALE POUR L'ANNÉE 2012-2013

Vérification de l'optimisation des ressources

Chapitre 4 Personnes âgées en perte d'autonomie

Services d'hébergement

Printemps 2012

Le rapport entier est disponible sur le site <http://www.vgq.gc.ca>.

RNAO (Registered Nurses Association of Ontario), Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario

Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs, Ontario Pre-budget 2014: Finding the Right Balance

Janvier 2014 (consulté le 27 janvier 2014)

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA. *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne : Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée, [En ligne], 2011.*

[[http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture\\_exec\\_summary\\_f.ashx](http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_exec_summary_f.ashx)] (Consulté le 17 décembre 2013).

VOYER, P., et autres. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 2<sup>e</sup> édition*, 2013.