



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

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux  
par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Le 21 janvier 2014





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

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux  
par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie  
des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
3725, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3L9  
514 286-6500  
santemontreal.qc.ca

**Sous la direction de**

Danielle McCann

**Comité consultatif**

Marie-France Simard, Institut universitaire  
de gériatrie de Montréal  
Bernadette Valmera, CSSS Jeanne-Mance  
Isabelle Matte, CSSS du Sud-Ouest-Verdun  
Mona Beck, CHSLD juif de Montréal

**Coordination des travaux**

Lydia Ingenito  
Patrick Murphy-Lavallée

**Rédaction et recherche**

Manon Éthier  
Lyne Laliberté  
Carole Roy  
Marik Danvoye  
Michelle Gadoury

**Collaborateurs**

Isabelle Caron  
Danièle Ouellette  
Geneviève Ouellette

**Notes**

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les  
hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web de l'Agence :  
[agence.santemontreal.ca](http://agence.santemontreal.ca)

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN 978-2-89510-807-8 (version imprimé)

ISBN 978-2-89510-808-5 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

## TABLE DES MATIÈRES

1.	Sommaire exécutif.....	6
2.	Préambule.....	7
3.	Introduction.....	7
4.	Le portrait de l'hébergement à montréal.....	9
5.	Les défis.....	10
5.1.	L'accessibilité.....	10
5.1.1.	Gestion des demandes d'hébergement.....	10
5.1.2.	Programme de répit.....	10
5.1.3.	Urgence sociale.....	11
5.2.	L'organisation physique.....	11
5.3.	Les services et les soins.....	13
5.4.	Les clientèles particulières.....	17
5.4.1.	Les personnes de moins de 65 ans.....	17
5.4.2.	Les personnes issues des différentes communautés culturelles.....	18
5.4.3.	Les personnes ayant des profils de comorbidité.....	18
5.5.	Les proches aidants.....	21
5.6.	Le suivi de la qualité des services et des soins.....	22
5.7.	L'organisation du travail.....	24
6.	Recommandations.....	26
7.	Conclusion.....	28

## 1. SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le présent mémoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) est déposé à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre du mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

L'Agence de Montréal accueille favorablement la démarche qui lui permet d'illustrer les enjeux régionaux à cet égard et les transformations requises dans son réseau d'hébergement, afin d'en faire de réels milieux de vie de qualité qui sauront composer avec les besoins changeants des clientèles qui, malgré tous les efforts consentis, ne peuvent demeurer à domicile.

Le réseau de l'hébergement est en mouvance et se prépare à accueillir une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Plusieurs établissements ajustent actuellement leur offre de service. Le rehaussement des compétences, l'introduction de nouveaux professionnels dans les équipes soignantes, l'adaptation des pratiques cliniques aux besoins des clientèles complexes et diversifiées (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle, déficience physique, communautés culturelles, etc.) et l'aménagement des lieux physiques ne sont que quelques exemples des enjeux qui interpellent la région et les établissements au quotidien.

Comme principales stratégies, L'Agence de Montréal privilégie le développement de solides partenariats, le maintien à domicile des personnes en ayant, entre autres, un soutien des services de répit et de centre de jour, l'utilisation optimale des installations en place ainsi que l'ajustement de l'offre de service en fonction des besoins et attentes des résidents.

Pour y arriver, il y a lieu de valoriser l'image des CHSLD pour démystifier, auprès du grand public, les milieux d'hébergement ainsi qu'améliorer l'attraction et la rétention du personnel et pour rendre compte du travail de centaines d'intervenants qui répondent aux besoins quotidiens des nombreuses personnes en perte d'autonomie dans la région de Montréal.

## 2. PRÉAMBULE

L'Agence de Montréal tient à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de lui offrir l'occasion de donner son point de vue dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés.

En lien avec la préparation de ce mémoire, l'Agence de Montréal réuni en table ronde des experts provenant de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), du CHSLD juif de Montréal, du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud-Ouest-Verdun et du CSSS Jeanne-Mance.

Dans la première section de ce mémoire se trouve une brève description du portrait de l'hébergement et de son utilisation par les Montréalais. La deuxième section abordera les défis pour les prochaines années, dont l'importance de transformer l'offre de service ainsi que le parc de lits actuel.

## 3. INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans ses divers documents d'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie, a mis de l'avant certains principes directeurs qui doivent guider les intervenants dans les choix qui s'imposent tout au long du parcours dans le réseau de la santé des personnes en lourde perte d'autonomie. La première option à considérer demeure le maintien à domicile avec le soutien de réseaux intégrés de services adaptés aux besoins et aux souhaits des individus et de leur famille. Parfois, l'ampleur des problématiques fait en sorte que l'hébergement en milieu substitut devient la seule option possible. Le réseau d'hébergement doit alors être prêt à offrir une gamme complète de services de qualité favorisant l'épanouissement des adultes hébergés.

À Montréal, le vieillissement de la population va en s'accéléralant, la précarité financière touche un aîné sur quatre et une forte proportion d'entre eux vivent seuls et sans véritable soutien familial. Le réseau d'établissements et la configuration actuelle de l'hébergement créent une complexité supplémentaire dans l'utilisation optimale des ressources dédiées aux personnes âgées en perte d'autonomie.

*Deux axes majeurs d'intervention soutiennent les orientations prises à Montréal considérant l'offre de service aux personnes âgées : le soutien à domicile, comme premier choix dans l'intervention et la consolidation des milieux d'hébergement afin de mieux répondre aux besoins des clientèles en grande perte d'autonomie ayant des besoins spécifiques.*

Deux axes majeurs d'intervention soutiennent les orientations prises à Montréal considérant l'offre de service aux personnes âgées :

- le soutien à domicile, comme premier choix dans l'intervention;
- la consolidation des milieux d'hébergement afin de mieux répondre aux besoins des clientèles en grande perte d'autonomie ayant des besoins spécifiques.

## RECOMMANDATION

### **I. Privilégier le support d'hébergement dans le maintien des personnes âgées à domicile**

Le soutien à domicile est la voie à privilégier dans l'offre de service aux personnes âgées. Pour ce faire, en complément de l'offre de service de soutien à domicile offert par les centres de santé et de services sociaux, le recours à des services de répit et de centre de jour est un incontournable afin de prolonger la vie à domicile. Les milieux d'hébergement constituent un partenaire essentiel afin de concrétiser cette orientation. Il faut poursuivre et innover dans cette voie (horaires, durée de séjour, activités, etc.) pour offrir tous les types de support aux aidants afin de favoriser le soutien à domicile. Le répit, en situation d'urgence ou pour supporter les proches aidants dans le quotidien, fait partie de la gamme de services de soutien à domicile. Pour l'utilisateur et sa famille, bénéficier d'un milieu de vie substitut permet, outre le fait de demeurer à domicile, d'approprier le milieu et l'idée d'aller éventuellement, si c'est requis, vers l'hébergement.

## 4. LE PORTRAIT DE L'HÉBERGEMENT À MONTRÉAL

La région de Montréal dispose d'environ 13 872 places d'hébergement réparties dans 112 installations. On y trouve 1 763 places en ressources intermédiaires et 12 109 en CHSLD dont :

- 9 107 accueillant des personnes nécessitant une offre de service de longue durée;
- 3 002 accueillant des personnes nécessitant une offre de service de ressource intermédiaire;
- Près de 1 300 de ces places ont une offre de service adaptée aux différentes communautés culturelles qui composent la population de Montréal (chinoise, polonaise, italienne, etc.).



**Montréal compte  
13 872 places  
d'hébergement dans  
96 installations.**

- De plus, 517 places en CHSLD ont été adaptées aux clientèles ayant des besoins spécifiques d'encadrement en raison d'une déficience intellectuelle ou de troubles graves de comportement.

Chaque année, environ 4 500 personnes sont accueillies dans ces ressources. Les personnes actuellement hébergées proviennent à plus de 96 % de la région de Montréal et, dans une proportion de plus de 70 %, elles sont hébergées près de leur lieu de résidence.

Au cours des prochaines années, afin de répondre aux défis que pose le vieillissement de la population, l'Agence de Montréal devra modifier la répartition de ces ressources, plus précisément, il s'agira :

- d'augmenter à 10 585 le nombre de places pour accueillir des personnes nécessitant une offre de service de longue durée;
- de réduire le nombre de chambres multiples au profit de chambres privées ou semi-privées;
- de compléter l'ouverture des ressources intermédiaires.

## 5. LES DÉFIS

### 5.1. L'accessibilité

#### 5.1.1. Gestion des demandes d'hébergement

Pour Montréal, les demandes d'hébergement complétées par différents intervenants des établissements de santé sont acheminées au Service régional des admissions (SRA) qui a comme mandat de faire la gestion du mécanisme d'accès à l'hébergement mis à la disposition des personnes en perte d'autonomie. Le SRA dessert l'ensemble des demandes d'hébergement, en autant que l'hébergement recherché soit localisé dans la région de Montréal. La principale raison d'être de ce service est d'assurer un accès équitable aux ressources d'hébergement pour toutes les personnes qui le requièrent.

Le SRA se situe entre les établissements référants et les installations d'accueil. Ce sont les établissements qui sont en contact direct avec les personnes en besoin d'hébergement. Dans la réalisation de son mandat, le SRA doit identifier et évaluer les besoins des personnes en perte d'autonomie et ainsi assurer une orientation adéquate. À la demande d'un établissement, le SRA doit réaliser la partie du processus d'hébergement qui doit s'effectuer dans les meilleurs délais afin d'assurer aux personnes la qualité optimale de soins et de services que requiert leur situation.

Cette structure de gestion nous permet de réagir à tout moment aux situations exceptionnelles pouvant se présenter : situation de crise (relocalisation pour cause d'insalubrité, fermeture de résidences pour aînés (RPA), etc.), catastrophe naturelle (inondation, feux dans des centres d'hébergement publics ou privés), situation d'exception (engorgement des salles d'urgence d'un CHSGS) et d'apporter des solutions rapides et efficaces.

#### 5.1.2. Programme de répit

Il existe également un programme de répit qui est en fait une offre d'hébergement temporaire. Ce programme est un service d'hébergement à court terme pour des personnes en perte d'autonomie qui vivent à domicile. Ces personnes sont maintenues à domicile grâce à la disponibilité et à l'implication des proches aidants et ils peuvent recevoir ou non des services de soutien à domicile par les CSSS. L'hébergement est habituellement planifié mais peut aussi être

fait en urgence sociale. L'hébergement temporaire vise donc le répit pour les proches aidants ou supplée à l'incapacité de l'aidant de s'occuper de son proche de façon inattendue et temporaire. Montréal compte 86 lits dédiés à ce service et les aidants naturels peuvent bénéficier jusqu'à 2 mois de vacances par année en utilisant de façon continue ou intermittente ce service.

### **5.1.3. Urgence sociale**

Nous répondons également aux situations de protection sociale ou urgences sociales. Notamment, des situations de crise personnelle ou familiale où la personne est menacée dans son intégrité ou son bien-être. Dans ces cas, le proche aidant n'est plus en mesure d'apporter le soutien et ces situations se produisent de façon soudaine et inattendue pour un besoin d'hébergement immédiat. Montréal compte sur 25 lits d'urgence sociale.

Ces catégories de services d'hébergement que nous venons de décrire soit : « hébergement permanent, hébergement temporaire, de répit et les urgences sociales » font en sorte que toutes les clientèles en perte d'autonomie requérant un hébergement planifié ou immédiat trouvent une solution à leurs besoins.

## **5.2. L'organisation physique**

En 2013, il est convenu qu'il existe dans le réseau montréalais suffisamment de lieux d'hébergement pour répondre aux besoins de la population. Toutefois, ces lieux sont appelés à être modifiés. Il faut accroître le nombre de places pour la clientèle en lourde perte d'autonomie et créer des unités pour les clientèles avec de légères pertes d'autonomie qui ont des besoins particuliers (déficits cognitifs avec des troubles de comportement, clientèles avec des dépendances, clientèles marginalisées, etc.). Un plan d'action structuré est en place pour une utilisation optimale des ressources d'hébergement pour les aînés.

***Un plan d'action structuré est en place pour une utilisation optimale des ressources d'hébergement pour les aînés à Montréal.***

Depuis 2005, la région de Montréal transforme son offre de service aux aînés pour maintenir davantage la clientèle à domicile (réseau intégré, intensification des services, etc.) et diversifie les ressources d'hébergement (création de ressources intermédiaires, rehaussement des services en CHSLD, etc.) afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Ces transformations permettent également une meilleure utilisation des places d'hébergement en CHSLD. Pour ce faire, l'Agence de Montréal a rencontré les directions de sept CHSLD ayant des barrières architecturales et ne pouvant accueillir des personnes en grande perte d'autonomie physique afin de leur permettre de présenter un projet clinique, de baliser et d'ajuster leur offre de service en fonction des besoins de clientèles nécessitant un hébergement et un encadrement soutenu. Il s'agit de convertir 650 places et de desservir ces clientèles dans des installations publiques existantes au lieu d'en créer de nouvelles.

Aussi, la réduction de 400 places est en cours afin de diminuer les chambres multiples (4 et 5 lits) et la création de 352 places supplémentaires en ressources intermédiaires est amorcée et contribuera à améliorer la qualité de vie et à répondre aux besoins des personnes âgées de la région.

## RECOMMANDATION

### II. Poursuivre le plan de transformation montréalais afin de s'assurer d'une utilisation optimale des installations de la région

L'option d'utiliser les installations qui ne peuvent accueillir une clientèle en grande perte d'autonomie permettra à la fois de maximiser les installations dans leur potentiel d'accueil et de proposer une offre de service ajustée en fonction de besoins bien ciblés de certaines clientèles particulières comme celles aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou de déficits cognitifs.

Par exemple, on retrouvera une offre de service d'hébergement pour des personnes marginalisées, aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

#### 5.3. Les services et les soins

Où en sommes-nous avec l'approche de « milieu de vie » en CHSLD ? Est-elle toujours adéquate en fonction des particularités de la clientèle?

Qu'est-ce que le milieu de vie?<sup>1</sup>

##### **La définition**

*« Les fondements du milieu de vie Un chez soi chaleureux et rassurant dans lequel l'environnement humain et physique offre aux résidents des opportunités de continuer d'exercer leurs choix tant dans leur vie privée que dans leur vie sociale ».*

***L'orientation « milieu de vie » qui est préconisée en CHSLD demeure celle à privilégier, mais il faut l'adapter aux nouveaux profils des clientèles hébergées et aux contraintes de l'environnement physique des CHSLD.***

##### **La reconnaissance de la personne humaine dans sa globalité**

*« Le résident est une personne humaine à part entière, avec son individualité et sa dignité. On doit aider le résident à satisfaire l'ensemble de ses besoins comme tout citoyen en évitant de la*

<sup>1</sup> L'approche milieu de vie – Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun

*considérer uniquement comme une personne qui a des pertes (pertes d'autonomie, pertes cognitives, santé fragile...) ».*

### **La reconnaissance du fait que les résidents sont chez eux**

*« Les centres d'hébergement se différencient de tout le réseau de la santé par le fait que les résidents ne viennent pas y recevoir des services de façon temporaire. Ils habitent le centre de façon permanent, ils sont chez eux. En ce sens, le personnel est dans une position semblable à celle du personnel des CLSC qui se présente à leur domicile ».*

*« De ce fait, à travers l'organisation du travail et du milieu, l'ensemble des employés peu importe leur titre d'emploi, s'investira à repousser les limites de l'institution pour redonner aux résidents le pouvoir et le contrôle sur leur vie dans la mesure de leurs capacités ».*

L'approche « milieu de vie » qui est préconisée en CHSLD demeure celle à privilégier, en tenant compte des nouveaux profils de clientèles hébergées et des contraintes de l'environnement physique des CHSLD.

Demeurant à domicile plus longtemps, on remarque depuis quelques années un alourdissement de la clientèle admise en CHSLD. Les résidents sont atteints pour la plupart de nombreuses maladies chroniques, de déficiences et d'incapacités variées et plusieurs sont alités. De plus, 80 % présentent des déficits cognitifs marqués dont une majorité a aussi un trouble de comportement associé. L'errance et la vie nocturne font fréquemment partie du vécu quotidien en CHSLD et ils nécessitent un encadrement clinique et environnemental adapté afin de préserver la sécurité des résidents.

De plus, la contention médicamenteuse ayant des effets néfastes sur la vigilance et la cognition, elle ne constitue pas le moyen à privilégier. L'offre de service doit plutôt se moduler pour faire face à cette nouvelle réalité.

L'aménagement des lieux existant (agrandissement et augmentation des espaces communs, diminution du nombre de résidents par unité, portes codées, etc.) est nécessaire. Il faut également ajuster le ratio de personnel en place et poursuivre le développement des compétences pour pouvoir composer avec la clientèle actuelle et celle à venir qui restera à son domicile plus longtemps et qui aura de grands besoins de soins et services.

La mixité de clientèles très dissemblables et parfois peu compatibles sur les unités de soins fait en sorte que le personnel se doit d'acquérir des compétences variées touchant des sphères

professionnelles distinctes (gériatrie, psychiatrie, etc.). À titre d'exemple, les personnes ayant des troubles graves de santé mentale ou celles souffrant de déficience intellectuelle profonde sont très différentes tant dans la cause des atteintes psychiques que dans leurs retentissements fonctionnels, et elles demandent une approche clinique très différente de la part des intervenants. La mixité de ces clientèles entraîne des répercussions tout aussi notables sur les autres résidents et les familles qui peuvent être effrayés ou insécurisés par leur présence.

On remarque que la composition des équipes soignantes est aussi en migration. En effet, il y a des avantages à diversifier les intervenants, notamment en intégrant dans les équipes, des éducateurs spécialisés, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux et des psychologues, pour faire face aux enjeux cliniques, aux épisodes de crises et aux conflits relationnels vécus en CHSLD.

Plusieurs CHSLD sont en réflexion sur l'organisation de l'offre de service en fonction des besoins et attentes des résidents. À ce chapitre, plusieurs projets de réorganisation du travail conjuguent la révision des rôles et responsabilités de l'équipe soignante, le rehaussement des compétences et de la structure des postes ainsi que la prise en compte de groupes de clientèles à partir des profils similaires (Iso-SMAF en lien avec l'évaluation des clientèles à partir de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)).

Autre réalité, la présence d'adultes, voire de jeunes adultes, ayant des besoins et aspirations différents des aînés autour d'eux, requiert tout autant d'aménagements thérapeutiques et environnementaux.

**Plusieurs projets de réorganisation du travail conjuguent la révision des rôles et responsabilités de l'équipe soignante, le rehaussement des compétences et de la structure des postes ainsi que la prise en compte de groupes de clientèles à partir des profils similaires.**

L'offre de service, les ressources humaines et l'environnement physique des CHSLD doivent s'adapter pour faire face à ces multiples enjeux. En effet, il est important de créer un milieu de vie, de préserver l'intimité et la sécurité des résidents, du personnel et des visiteurs. Les unités de 20 ou de 60 personnes, les chambres à 3, 4 voire 5 lits, les salles de bain communes, la

***Le portrait de l'hébergement est en changement. L'équilibre entre milieu de vie et milieu de soins prend tout son sens.***

dimension des espaces communs sont autant de défis à l'application de l'approche « milieu de vie » ou encore dans la gestion de la propagation des virus et infections.

Les établissements sont soucieux de développer les compétences de leurs employés. Le personnel en place a besoin de formation (savoir-faire) en continue et il doit acquérir des habiletés complexes (savoir-être) afin de composer avec des résidents lourdement handicapés sur le plan physique et psychique, agressifs et aux réactions imprévisibles. Pour ce faire, différentes pratiques cliniques ont cours et sont en développement comme par exemple, les coachs, le soutien de proximité pour faire face aux enjeux cliniques souvent complexes en milieu de travail.

Le portrait de l'hébergement est en changement. On remarque que le résident arrive plus tard en hébergement, en plus grande perte d'autonomie et qu'il séjournera dans le centre d'hébergement moins longtemps. L'équilibre entre milieu de vie et milieu de soins prend tout son sens. En effet, l'espérance de vie des résidents est désormais d'environ 18 mois, ce qui vient modifier les objectifs et priorités d'intervention. L'approche préventive appliquée autrefois n'a plus la même pertinence, car les résidents sont en majorité en fin de vie. Il faut donc concilier l'approche « milieu de vie » et celle de milieu de soins et de fin de vie tout en s'adaptant aux particularités des profils d'atteintes mixtes et gravissimes des nouvelles clientèles hébergées en CHSLD.

## 5.4. Les clientèles particulières

Trois sous-groupes de la population hébergée se retrouvent en CHSLD : les personnes de moins de 65 ans, celles issues des différentes communautés culturelles et les profils de comorbidité (déficience intellectuelle, troubles mentaux, dépendances, déficiences sensorielles, personnes marginalisées en situation de défavorisation, etc.).

### 5.4.1. Les personnes de moins de 65 ans

Elles constituent environ 14 % de la clientèle hébergée en CHSLD et ne forment pas un groupe homogène.

*Les personnes de moins de 65 ans constituent environ 14 % de la clientèle hébergée en CHSLD.*

Ce sous-groupe peut être composé de jeunes adultes d'à peine plus de 18 ans atteints d'une déficience physique importante, (sclérose en plaques, Parkinson, traumatisme crânien, etc.) de personnes atteintes de problèmes de santé mentale, de personnes toxicomanes ou présentant d'autres problématiques suite à des années d'itinérance, comme la judiciarisation des conduites, etc. Si les atteintes physiques dominent chez ce sous-groupe, la plupart de ces personnes sont lucides et sont à même d'exprimer leurs besoins et désirs de participer à la vie de la société.

Certains CSSS, notamment le CSSS Jeanne-Mance, ont une proportion plus grande de personnes jeunes et ont développé des programmes spécifiques pour cette clientèle (ex.: l'unité Clé des champs pour les personnes atteintes d'une maladie neurologique associée à des pertes cognitives et à des difficultés d'autocontrôle de leur humeur et de leur comportement). Les procédures et l'environnement sont adaptés afin de leur permettre d'accomplir leurs rôles sociaux et habitudes de vie. Il s'agit d'une clientèle du réseau d'hébergement pour qui il est difficile de s'adapter à la vie en milieu gériatrique traditionnel, qui s'isole et s'étiologie dans cet environnement, particulièrement avec une clientèle majoritairement âgée.

#### **5.4.2. Les personnes issues des différentes communautés culturelles**

La présence de différentes communautés culturelles fait partie du paysage montréalais depuis plusieurs années. Quelques CHSLD ciblent des communautés spécifiques, pensons au CHSLD juif de Montréal ou encore à l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être. Pour la plupart des établissements, la mixité culturelle se produit aléatoirement tant parmi la population des adultes hébergés que du personnel. À titre d'exemple, l'IUGM rapporte que près de 70 % des préposés aux bénéficiaires de l'établissement sont issus de différentes nationalités, fréquemment de première immigration. Pour sa part, le CHSLD juif de Montréal souligne que ce sont 90 nationalités différentes que l'on retrouve parmi ses employés. Le personnel, les résidents et les familles sont ainsi confrontés au quotidien à des individus qui ne partagent pas la même langue, les mêmes croyances religieuses, coutumes, rites, habitudes alimentaires et attentes d'accompagnement et de soins face au système de santé.

*La présence de différentes communautés culturelles fait partie du paysage montréalais depuis plusieurs années.*

Cette réalité nécessite des ajustements constants dans les pratiques cliniques et dans l'approche auprès des résidents et des familles, ce qui entraîne des besoins de formation, de sensibilisation et augmente parfois le temps consacré aux interventions. Il est mentionné que l'intervention clinique et l'accompagnement des familles peuvent nécessiter jusqu'à 40 % de temps en plus pour les cliniciens.

#### **5.4.3. Les personnes ayant des profils de comorbidité**

L'attraction des grands centres urbains, tout comme la disponibilité de ressources spécialisées plus rares en milieu de moindre densité populationnelle, font en sorte que la région est confrontée à un grand nombre de clientèles présentant de multiples problématiques imbriquées aux plans psychosocial, de la santé physique et de la santé mentale. L'itinérance, la toxicomanie, la violence et la judiciarisation des conduites font souvent partie du portrait clinique. Cette clientèle se retrouve en CHSLD lorsque le vieillissement pathologique s'ajoute au tableau déjà complexe. Ce type de clientèle pose de nombreux défis supplémentaires au plan clinique, environnemental et relationnel. La gestion de la médication psychotrope et de l'approche clinique requise lorsque la démence s'ajoute à la psychose est plus complexe et les défis sont

aggravés par le manque de psychiatre ou de géronto-psychiatre dans les milieux d'hébergement. L'accès à des ressources spécialisées (médicales et dans les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SPCD)) compétentes demeure un défi.

On retrouve ainsi sur l'île de Montréal trois groupes de personnes âgées dont les besoins diffèrent :

- Les personnes atteintes de troubles mentaux persistants présents depuis l'âge adulte, incluant la clientèle présentant des problèmes de toxicomanie et de marginalité issue de l'itinérance.

Ces personnes présentent tout au long de leur vie d'adulte des problèmes importants de santé mentale notamment de la schizophrénie et des troubles affectifs graves et instables (bipolaires en particulier) avec différents symptômes fluctuants associés. Plusieurs ont vécu la désinstitutionnalisation et vivent une certaine passivité tout en ayant peu de liens avec l'externe, ils ont pour la plupart une faible estime d'eux-mêmes et peu de compétences pour les activités de la vie domestique.

- Les personnes âgées aux prises avec une démence.

On estime que 20 % des personnes âgées de plus de 80 ans en seront atteintes. Pour certaines, la démence se complique de symptômes comportementaux (les cris, l'errance, la désinhibition sexuelle, l'amassage pathologique, etc.) et psychologiques (hallucinations, délire, agressivité, dépression, anxiété, etc.) qui s'ajoutent aux symptômes habituels dans la dimension cognitive (trouble de mémoire, de langage, apraxie, agnosie, etc.).

- Les personnes présentant un trouble mental pour la première fois après l'âge de 65 ans.

Ces personnes présentent généralement des signes de dépression et des troubles anxieux pour la première fois dans leur grand âge ou ont une récurrence d'un état depuis longtemps en rémission.

Occasionnellement, on retrouve la présence de maladies bipolaires ou de troubles psychotiques liés au vieillissement. Certaines maladies physiques concomitantes peuvent venir compliquer le traitement.

À cet égard, le ratio et le type de personnel en place doivent être adaptés dans ces unités de soins. Il faut inclure des éducateurs spécialisés ou des psychoéducateurs pour les quarts de travail de jour, de soir et de nuit.

## RECOMMANDATION

### III. Accroître la collaboration interétablissements

Bien que plusieurs initiatives soient déjà en place, il est nécessaire de poursuivre le développement de corridors de soutien de la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne, notamment en impliquant davantage les pharmaciens dans la gestion des cas complexes de suivi des médicaments psychotropes. La téléconsultation est aussi très adéquate tout comme la collaboration interétablissements dans l'élaboration et le partage de modalités et de programmes cliniques spécifiques.

Le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent en est un bel exemple avec le projet d'implantation ciblée de services intégrés pour les personnes avec troubles cognitifs liés au vieillissement où des liaisons se font avec les services gériatriques de 3<sup>e</sup> ligne de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal ou encore avec les équipes interdisciplinaires et les médecins de famille des milieux prothétiques et spécifiques pour donner du support aux équipes des CHSLD pour les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD). Aussi, ces CHSLD peuvent compter sur des gérontopsychiatres de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en lien avec des problématiques de santé mentale y compris les SCPD.

## 5.5. Les proches aidants

Le rôle des proches aidants ne se termine pas avec l'hébergement et cela devient encore plus manifeste pour les résidents qui présentent des pertes cognitives pour qui ils agissent comme gardien de la mémoire, de l'histoire de vie. Souvent, les proches aidants sont eux-mêmes vieillissants et ne sont pas épargnés par la maladie, les problèmes cognitifs, physiques ou de santé mentale. Ils ont pris soin de leur proche pendant de longues années, l'ont habitué à un certain niveau de services et ils souhaitent demeurer impliqués dans l'offre de service. Ils s'adaptent parfois difficilement aux restrictions, délais et procédures en CHSLD, ce qui crée des insatisfactions voire des conflits parfois majeurs avec le personnel. Des mécanismes de soutien et d'information sont à développer pour les familles.

***Le rôle des aidants naturels ne se termine pas avec l'hébergement et cela devient encore plus manifeste pour les résidents qui présentent des pertes cognitives pour qui ils agissent comme gardien de la mémoire, de l'histoire de vie.***

Un projet pilote impliquant trois établissements ayant une vocation d'hébergement permettra de développer de la formation et du coaching pour habiliter des intervenants à devenir leaders, de même que des résidents et des proches à devenir des partenaires de soins.

Un projet pilote impliquant trois établissements ayant une vocation d'hébergement permettra de développer de la formation et du coaching pour habiliter des intervenants à devenir leaders, de même que des résidents et des proches à devenir des partenaires de soins.

de développer de la formation et du coaching pour habiliter des intervenants à devenir leaders, de même que des résidents et des proches à devenir des partenaires de soins. Ce projet est élaboré en collaboration avec l'équipe du Docteur Paule Lebel de l'Université de Montréal, spécialiste de l'approche collaborative et de Monsieur Vincent Dumez du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire. Ces derniers participeront au développement et à l'amélioration des pratiques organisationnelles en multipliant les possibilités d'expression des résidents, en offrant une perspective au résident, du soutien aux résidents/proches et en favorisant la compréhension du discours des professionnels. Cette philosophie repose également sur l'amélioration continue et la reconnaissance du résident/proche et de l'employé comme étant des partenaires de soins.

## 5.6. Le suivi de la qualité des services et des soins

*L'Agence de Montréal est engagée dans un processus de suivi de la qualité avec les différents établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en soins de longue durée pour les personnes âgées.*

L'Agence de Montréal est engagée dans un processus de suivi de la qualité avec les différents établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en soins de longue durée pour les personnes âgées.

Les visites ministérielles visent l'évaluation de la qualité du milieu de vie. Elles sont structurées selon les orientations ministérielles et font référence aux droits,

aux caractéristiques, aux besoins et aux attentes du résident/famille et constituent pour les organisations, le fondement de toute décision en matière d'environnement organisationnel, humain et physique.

Les éléments d'évaluation, déterminés par le MSSS, permettent d'objectiver le processus. Ces visites ne se substituent pas à celles d'autres organismes d'évaluation de la qualité comme Agrément Canada ou les ordres professionnels.

Les principaux objectifs de cette démarche d'évaluation, incluant les visites et les suivis, sont :

- d'assurer la pérennité de l'implantation de l'approche milieu de vie selon les orientations ministérielles;
- d'accompagner et de supporter les établissements dans l'implantation des moyens définis au plan d'amélioration;
- de renforcer la transversalité des moyens mis en place entre les installations d'un même établissement.

*Le principal objectif de cette démarche d'évaluation est d'assurer la pérennité de l'implantation de l'approche milieu de vie.*

Chaque milieu de vie a ses particularités pour lesquels, les moyens définis au plan d'amélioration, doivent être ajustés au contexte organisationnel.

Depuis 2012, le rythme des visites a été accéléré et les rôles et responsabilités respectifs pour le MSSS et l'Agence de Montréal ont été revus. Globalement, le MSSS a la responsabilité de la coordination des visites, de l'évaluation de la qualité en CHSLD et de l'élaboration du rapport et des recommandations émises.

L'Agence de Montréal assume la responsabilité de l'élaboration du plan d'amélioration en collaboration avec l'établissement, de la diffusion du rapport du plan d'amélioration sur le site Web et de son suivi selon l'échéancier prescrit par le MSSS.

***Du 1<sup>er</sup> avril au  
1<sup>er</sup> décembre 2013,  
25 centres  
d'hébergement et de  
soins de longue durée  
(CHSLD) ont été  
visités.***

En 2011-2012, une première tournée de visites ministérielles avaient été complétées pour tous les établissements de la région de Montréal.

Du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> décembre 2013, 25 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont été revisités. Voici un bilan sommaire des visites réalisées sur le territoire montréalais :

- 12 CHSLD publics;
- 5 CHSLD privés conventionnés;
- 8 CHSLD privés non conventionnés.

Le nombre moyen de recommandations par CHSLD est de 12.

Au-delà des différents contextes des établissements et des changements qui se dessinent relativement au profil de la clientèle, le bilan des visites ministérielles permet de constater une évolution positive en ce qui concerne :

- le respect des droits des résidents et des familles;
- leur implication;
- le processus d'accueil et d'intégration du résident;
- la pratique des intervenants du milieu auprès des résidents;
- l'aménagement de l'environnement;
- les conditions de vie au quotidien du résident, dont l'alimentation et l'animation du milieu.

Les établissements qui considèrent la démarche d'implantation d'un milieu de vie de qualité comme un projet mobilisateur, qui établissent un plan précis et des ressources dédiées, font de cette démarche rigoureuse et exigeante, une réussite dont ils peuvent se féliciter.

Dans un avenir rapproché, en collaboration avec le MSSS, un outil de compilation de données permettra de dresser un portrait de la région montréalaise, de mettre en valeur les éléments sur lesquels les établissements ont misé afin d'obtenir des résultats positifs dans leur milieu et de partager les moyens favorisant le succès dans l'instauration de milieux de vie de qualité. De même, cet outil ciblera les points pour lesquels des actions concertées pourraient être mises en place pour soutenir les établissements dans la démarche d'implantation d'un milieu de vie de qualité pour les résidents en soins de longue durée.

### **5.7. L'organisation du travail**

L'Agence de Montréal s'est investie dans un projet d'organisation du travail dans lequel le résident est un partenaire actif. Trois établissements pilotes et un représentant du regroupement provincial des comités des usagers sont partenaires avec l'Agence de Montréal dans ce projet. Les établissements expérimentent le projet d'organisation qui vise l'optimisation des ressources et des services dans le but de favoriser un milieu de vie sain, accueillant et sécuritaire où le personnel est à l'écoute, et un milieu de travail stimulant, valorisant et performant où tous mettent à profit leurs compétences au service de leurs partenaires, du résident et de ses proches. L'Agence de Montréal souhaite élaborer un cadre de référence à partir des expériences des sites pilotes.

Neuf projets découlant des comités paritaires (FTQ-CSN) sont également en cours en centre d'hébergement dans les catégories accueil et intégration, développement des compétences et organisation du travail. Ces projets visent à améliorer la rétention du personnel, à mettre à niveau les compétences en fonction de l'alourdissement des clientèles, à développer et à implanter des pratiques prometteuses et soutenues par la valorisation du travail en CHSLD.

## RECOMMANDATION

### IV. Ajuster l'offre de service aux besoins et attentes des résidents

Le réseau de l'hébergement est en mouvance et se prépare à accueillir une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Plusieurs établissements ajustent, dès à présent, leur offre de service à cette nouvelle réalité. Reconnaître et valoriser le travail des employés en soins de longue durée et leur contribution sur le plan social et humain devient nécessaire. Leur donner les moyens d'installer une culture d'amélioration est primordial pour leur permettre d'actualiser la transformation en cours.

Le rehaussement des compétences, une meilleure connaissance de la clientèle par la poursuite du déploiement de l'outil d'évaluation multientière et de la connaissance des profils Iso-SMAF en milieu d'hébergement, l'introduction de nouveaux professionnels dans

les équipes soignantes, une offre de support médical par le biais de la téléconsultation et des milieux permettant la fin de vie dans le respect et la dignité font en sorte que les établissements sont prêts à relever le défi du vieillissement de la population. Tout en continuant d'ajuster l'offre de service pour des clientèles diversifiées (santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, etc.).

***Les  
établissements  
Montréalais  
sont prêts à  
relever le défi  
du  
vieillessement  
de la  
population.***

## 6. RECOMMANDATIONS

L'Agence de Montréal croit qu'il est important de centrer son intervention sur l'ensemble de la trajectoire de la personne âgée. En ce sens, pour l'hébergement, elle formule les quatre recommandations suivantes :

### I. Privilégier le support de l'hébergement dans le maintien des personnes âgées à domicile

Le soutien à domicile est la voie à privilégier dans l'offre de service aux personnes âgées. Pour ce faire, en complément de l'offre de service de soutien à domicile offert par les centres de santé et de services sociaux, le recours à des services de répit et de centre de jour est un incontournable afin de prolonger la vie à domicile. Les milieux d'hébergement constituent un partenaire essentiel afin de concrétiser cette orientation. Il faut poursuivre et innover dans cette voie (horaires, durée de séjour, activités, etc.) pour offrir tous les types de support aux aidants afin de favoriser le soutien à domicile. Le répit, en situation d'urgence ou pour soutenir les proches aidants dans le quotidien, fait partie de la gamme de services de soutien à domicile. Pour l'usager et sa famille, bénéficier d'un milieu de vie substitut permet, outre le fait de demeurer à domicile, d'appivoiser le milieu et l'idée d'aller éventuellement, si c'est requis, vers l'hébergement.

*Les milieux  
d'hébergement  
constituent un  
partenaire essentiel  
afin de concrétiser  
cette orientation.*

## **II. Poursuivre le plan de transformation montréalais afin de s'assurer d'une utilisation optimale des installations de la région**

L'option d'utiliser les installations qui ne peuvent accueillir une clientèle en grande perte d'autonomie permettra à la fois de maximiser les installations dans leur potentiel d'accueil et de proposer une offre de service ajustée en fonction de besoins bien ciblés de certaines clientèles particulières comme celles aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou de déficit cognitif. Par exemple, on retrouvera une offre de service d'hébergement pour des personnes marginalisées, aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

## **III. L'importance de la complémentarité dans l'optimisation des services en hébergement**

Bien que plusieurs initiatives soient déjà en place, il est nécessaire de poursuivre le développement de corridors de soutien de la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne, notamment en impliquant davantage les pharmaciens dans la gestion des cas complexes de suivi des médicaments psychotropes. La téléconsultation est aussi très adéquate tout comme la collaboration interétablissements dans l'élaboration et le partage de modalités et de programmes cliniques spécifiques.

Le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent en est un bel exemple avec le projet d'implantation ciblée de services intégrés pour les personnes avec troubles cognitifs liés au vieillissement où des liaisons se font avec les services gériatriques de 3<sup>e</sup> ligne de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal ou encore avec les équipes interdisciplinaires et les médecins de famille des milieux prothétiques et spécifiques pour donner du support aux équipes des CHSLD pour les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD). Aussi, ces CHSLD peuvent compter sur des gérontopsychiatres de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en lien avec des problématiques de santé mentale y compris les SCPD.

#### IV. Une offre de service ajustée aux besoins et attentes des résidents

Le réseau de l'hébergement est en mouvance et se prépare à accueillir une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Plusieurs établissements ajustent, dès à présent, leur offre de service à cette nouvelle réalité. Reconnaître et valoriser le travail des employés en soins de longue durée et leur contribution sur le plan social et humain devient nécessaire. Leur donner les moyens d'installer une culture d'amélioration est primordial pour leur permettre d'actualiser la transformation en cours.

Le rehaussement des compétences, une meilleure connaissance de la clientèle par la poursuite du déploiement de l'outil d'évaluation multIClientèle et de la connaissance des profils Iso-SMAF en milieu d'hébergement, l'introduction de nouveaux professionnels dans les équipes soignantes, une offre de support médical par le biais de la téléconsultation et des milieux permettant la fin de vie dans le respect et la dignité font en sorte que les établissements sont prêts à relever le défi du vieillissement de la population. Tout en continuant d'ajuster l'offre de service pour des clientèles diversifiées (santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, etc.).

## 7. CONCLUSION

Des personnes âgées aux profils cliniques complexes et variés, des personnes plus jeunes ayant des besoins spécifiques, des clientèles issues de multiples communautés culturelles se retrouvent sous un même toit à cohabiter pour terminer leurs parcours de vie. Le portrait de l'hébergement à Montréal est en transformation pour s'ajuster aux besoins actuels et à venir de sa clientèle. Le changement passe par la poursuite du développement des compétences des employés adaptées aux profils des clientèles, par l'implication du résident/proche à titre de partenaire. Il passe également par la valorisation de l'image des CHSLD pour démystifier, auprès du grand public, les milieux d'hébergement ainsi qu'améliorer l'attraction et la rétention du personnel.

Les CHSLD sont à pied d'œuvre avec leur dynamisme habituel et leur créativité afin de rendre ces milieux de vie à la hauteur des besoins de chacun des usagers. On retrouve dans ces

établissements des gens de cœur qui mettent à contribution toute leur expertise au bénéfice de la personne.

L'Agence de Montréal tient à souligner l'excellente collaboration des membres qui ont participé à la table ronde des experts et à remercier les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de l'attention qu'ils porteront à ces recommandations et à les assurer de son entière collaboration à la mise en œuvre des orientations et stratégies qui découleront de leurs travaux.

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal**

Québec 