



MÉMOIRE



09/01/2014

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

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Comité de rédaction : Daniel Murphy, Guy Joly, Danny Macdonald, Martine Castonguay
Révision et mise en page : Sylvie Cajelait

Association des établissements privés conventionnés – santé services sociaux (AEPC)
204, rue Notre-Dame Ouest, bureau 200
Montréal (Québec)
H2Y 1T3

Téléphone : 514-499-3630
www.aepc.qc.ca

© Association des établissements privés conventionnés – santé services sociaux (AEPC)

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.

Mémoire

LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES HÉBERGÉS EN CENTRE D’HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

TABLE DES MATIÈRES

<i>Présentation de l’AEPC</i>	3
<i>Introduction</i>	5
<i>Liste des recommandations</i>	6
<i>Participation de l’AEPC</i>	8
<i>Les défis</i>	
▪ <i>L’accessibilité</i>	9
▪ <i>L’ajustement du cadre financier</i>	12
▪ <i>L’organisation physique</i>	14
▪ <i>Les clientèles particulières</i>	16
▪ <i>Les proches aidants</i>	18
▪ <i>Les services et les soins</i>	19
▪ <i>Le suivi de la qualité des services et des soins</i>	21
▪ <i>L’organisation du travail</i>	22
▪ <i>La formation du personnel</i>	23
▪ <i>Le défi supplémentaire : la réputation</i>	25
<i>Conclusion</i>	26
<i>Bibliographie</i>	27

L'ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS (AEPC) ¹

L'Association des établissements privés conventionnés (AEPC) est un partenaire incontournable de services d'excellence adaptés aux personnes en perte d'autonomie ou ayant des besoins spécifiques. Notre mission est de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts par nos établissements et de soutenir la place de l'entreprise privée conventionnée dans le domaine de la santé et des services sociaux. Depuis plus de 50 ans, nos membres, pour la majorité issus d'entreprises familiales et de communautés religieuses, œuvrent auprès de personnes de tout âge pour leur fournir un milieu de vie, des soins et des services de qualité, et ce, au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

L'AEPC regroupe 30 propriétaires gestionnaires de 62 établissements répartis dans 11 régions du Québec. Nos établissements comprennent cinquante-huit centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et quatre centres de réadaptation (CR). Tous nos établissements sont détenteurs d'un permis du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et répondent aux besoins de 7 097 personnes soit plus de 20 % de la clientèle hébergée de l'ensemble du réseau de la santé du Québec.

L'AEPC est une organisation qui est au service de ses membres et qui favorise un milieu de travail humain, des services personnalisés et une culture de la qualité performance. Au 31 mars 2013, les 62 établissements privés conventionnés membres de l'AEPC employaient 12 721 salariés, dont 439 cadres.

L'AEPC représente et défend les intérêts de ses membres dans des enjeux et des dossiers stratégiques et opérationnels. Elle supporte ses membres par une offre de services adaptée à leurs besoins, notamment au niveau des services cliniques et professionnels, des services de gestion des ressources humaines et des services de gestion financière.

Les établissements privés conventionnés hébergent et soignent une clientèle en lourde perte d'autonomie. Les coûts d'hébergement et les services pour nos résidents sont régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout comme les centres et établissements publics. Le volet soins est sans but lucratif et n'engendre donc pas de profits pour les propriétaires gestionnaires. Il est régi par les mêmes obligations de qualité, les mêmes conventions collectives et les mêmes contrôles de la part du MSSS. Toute la clientèle des établissements privés conventionnés est référée par les agences de santé et services sociaux et est soumise au même processus d'admission que dans le réseau public.

Afin de garantir la qualité de nos services, et ce, avant même l'obligation plus récente faite par la LSSSS, les établissements privés conventionnés s'engageaient à obtenir l'agrément de leurs services dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Depuis 1998, le renouvellement de nos ententes-cadres est assujéti à l'obtention d'un certificat d'agrément par un organisme indépendant et reconnu par le MSSS. À ce titre, l'ensemble de nos membres est accrédité par Agrément Canada ou par le Conseil québécois d'agrément.

Sur le plan de l’imputabilité financière, les conventions que nous signons avec le MSSS prévoient que tout déficit est à la charge du propriétaire gestionnaire et que le taux d’occupation de nos lits doit être à 99 %, autrement, il y a des pénalités. De plus, le MSSS et les agences régionales assurent le contrôle des fonds qui sont confiés à nos établissements financés par l’État; les établissements privés conventionnés (EPC) se distinguent des centres publics de même vocation, par leurs modalités de financement et leur imputabilité financière. Un contrat général, entre l’AEPC et le MSSS, est mis à jour périodiquement. Ces règles générales relatives au financement des activités des établissements privés conventionnés déterminent les paramètres d’allocation budgétaire pour les établissements et par la suite le financement est convenu entre chaque établissement et son agence régionale de santé et des services sociaux. Le contrat prévoit, entre autres, que tous les employés et cadres soient assujettis aux mêmes règles que ceux des établissements publics, c’est-à-dire aux mêmes conventions collectives et aux mêmes décrets.

Enfin, les établissements privés conventionnés sont soumis à l’ensemble des lois et des règlements d’organisation et d’administration des établissements du réseau de la santé, y compris la procédure en cas de plainte d’un usager, la mise en place d’un comité des usagers, l’adoption d’un code d’éthique. Nous constatons donc que la qualité des soins et services, en plus d’être la préoccupation centrale de nos membres est, de longue date, très encadrée, contrôlée et vérifiée par le MSSS.

INTRODUCTION

Nous comprenons que la présente commission a pour mandat de porter un regard critique sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les CHSLD se trouvent à l’intérieur du continuum de soutien à la personne âgée et sont aussi des lieux d’hébergement pour des adultes plus jeunes ayant des problèmes de santé entraînant des pertes significatives d’autonomie. Cette commission succède à celles qui ont traité directement ou indirectement de sujets où les CHSLD étaient interpellés : les soins de fin de vie et la création d’une assurance autonomie. Nous nous retrouvons dans un contexte où nous percevons un changement important pour la clientèle hébergée en CHSLD.

Nous approuvons l’orientation de privilégier le domicile²⁴ comme milieu de vie, mais nous nous interrogeons sur l’iniquité des coûts pour l’hébergement avec services entre les Québécois. Les discussions entourant l’assurance autonomie nous obligent à réfléchir en ce sens. L’intention du MSSS est de financer directement la personne en fonction de ses besoins de services établis par son profil ISO-SMAF et son plan de services individualisé. Ce qui voudrait dire qu’une personne aura la possibilité de se procurer des soins dans divers types d’hébergement et donc de payer une somme différente pour un panier de soins qui sera nécessairement variable d’un type d’hébergement à l’autre. Sans faire l’analyse de l’assurance autonomie, nous adressons certaines préoccupations liées à son déploiement ayant un impact éventuel sur la capacité des organisations à répondre adéquatement aux besoins de sa clientèle.

Le ministre de la Santé a indiqué dans son livre Blanc²¹ que l’échéancier permettra de finaliser l’évaluation des profils ISO-SMAF et de statuer sur de nouvelles formes de financement.

Inquiétude Nous craignons que le déplacement des ressources et des services vers le domicile entraîne un transfert de budgets des CHSLD vers les CLSC.

Inquiétude Comme il est prévu d’introduire progressivement de nouvelles règles de contribution des usagers, il faudra prévoir un appauvrissement de la future clientèle qui aura précédemment contribué à son soutien à domicile. Leur contribution à l’hébergement sera pour la grande majorité au minimum, ce qui risque d’affecter les sources de revenus des CHSLD laissant le fardeau entier à l’État.

Inquiétude Le cheminement de la personne âgée pourrait s’avérer périlleux puisqu’elle passera du domicile au CHSLD utilisant, au besoin, une ressource intermédiaire et/ou un lit de transit, et ce, dans un contexte où une personne âgée a de la difficulté à s’adapter à un nouvel environnement. Pourrait s’en suivre une détresse émotionnelle pour la personne et ses proches lors de l’accueil en CHSLD.

Le présent document reprend certains déterminants des conditions de fin de vie qui ont été identifiés par la commission; nous nous permettons de faire nos commentaires, de soulever et d’avancer des pistes de solutions. Il faut aussi mentionner que certaines d’entre elles sont transversales et qu’elles peuvent toucher plusieurs déterminants (ex. : le plan de développement des compétences).

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 | participation

L’AEPC désire participer aux discussions relatives au financement du continuum de services.

Recommandation 2 | arbitrage

Si le CSSS prend en charge le continuum, il faudra y introduire un processus d’arbitrage déterminé pour ne pas laisser le résident dans l’inconnu, minimiser les déplacements, encadrer les points de transit et s’assurer de l’exactitude du profil afin de diriger la bonne personne vers le bon établissement et éviter des situations de concentration de cas problématiques.

Recommandation 3 | développement des compétences

Le ministère devrait prévoir un soutien pour le développement des compétences dans tout le réseau des CHSLD afin que l’offre de services soit adaptée aux nouvelles orientations qui sont ou seront prises par le gouvernement à court, moyen et long terme.

Recommandation 4 | milieu de vie

Reconnaître et soutenir le CHSLD comme un milieu de vie pour le résident jusqu’à son dernier souffle.

Recommandation 5 | intervenant pivot

Un intervenant pivot devrait suivre le résident tout au long du continuum afin de s’assurer que l’information chemine parallèlement et qu’il n’y a pas de bris de communication aux différents points de transition.

Recommandation 6 | unités d’évaluation

Créer des unités d’évaluation avec lits dédiés pour remplacer la procédure actuelle d’évaluation afin de limiter les transits en aiguillant les bonnes personnes au bon endroit plus rapidement.

Recommandation 7 | RSIPA

Les Agences de santé et de services sociaux devraient s’assurer du déploiement de la solution RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées) dans tous les CHSLD afin que l’information clinique puisse être accessible rapidement et cela, en prenant en considération la compatibilité entre les systèmes d’information.

Recommandation 8 | groupe de travail

Un groupe de travail devrait être créé au sein du MSSS afin d’élaborer un cadre de référence au niveau du programme d’accueil en CHSLD afin d’harmoniser les modes de fonctionnement.

Recommandation 9 | cadre financier

L’AEPC démontre un très grand intérêt à participer à différentes discussions issues des orientations du gouvernement afin de s’assurer de la pérennité du changement amorcé.

Recommandation 10 | aménagements physiques

Nous ne pouvons que réitérer l’importance de favoriser l’amélioration des aménagements physiques par un financement adéquat.

Recommandation 11 | partenariats

Favoriser des partenariats avec les associations d’établissement et les établissements eux-mêmes afin de mettre en place le support professionnel permettant de mieux répondre aux clientèles particulières.

Recommandation 12 | CHSLD plus spécialisés

Imaginer des modèles de CHSLD plus spécialisés pour certaines clientèles avec des pathologies spécifiques; l’AEPC songe à des ressources de 24, 48 ou 64 places avec de petits îlots et un personnel clinique spécialisé.

Recommandation 13 | plan de formation

Développer un plan de formation pour le partenariat résident-proche-milieu de vie pour que ce partenariat puisse prendre forme dès la préadmission.

Recommandation 14 | enveloppe budgétaire

Prévoir le rehaussement de l’enveloppe budgétaire des CHSLD pour répondre à l’intensité accrue du niveau de soins requis.

Recommandation 15 | mesures de qualité

Créer un comité qui permettra de voir à l’harmonisation de tout le processus d’évaluation de la qualité en lien avec les visites ministérielles et le processus d’agrément.

Recommandation 16 | formation

Augmenter l’enveloppe budgétaire octroyée à la formation et la rendre récurrente. De plus, le MSSS et les agences doivent continuer d’agir en support et soutien auprès des établissements de l’agence pour la mise à jour des programmes et des formations.

Recommandation 17 | partenariats en éducation

Faciliter l’établissement de partenariats avec des écoles et des établissements reconnus au niveau des soins et services à la personne âgée, afin de rendre accessibles les formations issues des données probantes et des pratiques prometteuses.

Recommandation 18 | nouvelle spécialité

Reconnaître l’hébergement comme une spécialité où l’on retrouve des situations complexes permettant un apprentissage approprié afin de rendre la pratique dans ces milieux plus attractive. Les établissements privés conventionnés n’ont actuellement pas la possibilité d’embaucher des candidats à l’exercice de la profession d’infirmière (CEPI) ce qui devrait leur être rendu possible compte tenu de la qualité reconnue des services offerts par les EPC.

Recommandation 19 | promouvoir les bons coups

Le MSSS devrait élaborer une campagne d’information sur les bons coups réalisés en hébergement pour contrer la perception actuelle de la population.

PARTICIPATION DE L’AEPC

Au fil des ans, les établissements privés conventionnés ont acquis une expérience inestimable de l’hébergement en soins de longue durée. Que ce soit en CHSLD ou en CR, les membres de l’AEPC travaillent avec des clientèles en sévère perte d’autonomie et sont familiers avec les défis humains que vivent les résidents et les défis organisationnels et financiers qui sont rattachés à la création d’un milieu de vie sécuritaire, agréable et fonctionnel pour ceux-ci.

L’AEPC est convaincue de la pertinence de l’inclure, en tant que partenaire ayant une solide expérience en matière d’hébergement de personnes en sévère perte d’autonomie, dans les discussions entourant les orientations en matière de financement des CHSLD.

Recommandation 1

En ce sens, l’AEPC désire participer aux discussions relatives au financement du continuum de services.

Parmi les grandes inquiétudes de l’AEPC, qu’on peut lire dans l’introduction du présent mémoire, on retrouve l’effet négatif que certaines orientations proposées pourraient avoir sur les personnes en perte d’autonomie qui devront, parfois bien malgré elles, songer à une solution d’hébergement alternative. Le manque d’information à chacune des étapes du processus menant à un nouveau type d’hébergement, les multiples déplacements avant d’habiter leur nouveau milieu de vie, et toute l’anxiété de la situation devront être pris en compte lors des discussions qui mèneront peut-être vers une prise en charge du continuum par le CSSS.

Recommandation 2

Si le CSSS prend en charge le continuum, il faudra y introduire un processus d’arbitrage déterminé pour ne pas laisser le résident dans l’inconnu, minimiser les déplacements, encadrer les points de transit et s’assurer de l’exactitude du profil afin de diriger la bonne personne vers le bon établissement et éviter des situations de concentration de cas problématiques.

Un alourdissement de la clientèle (plus grande perte d’autonomie, augmentation des déficits cognitifs, diminution de la durée de séjour...) créera un impact sur la nécessité de mise à jour des compétences et des programmes, sur l’organisation des services, sur l’organisation du travail ainsi que sur les ressources nécessaires pour répondre aux besoins exprimés et évalués. Le projet de loi 52 concernant les soins de fin de vie, par exemple, influencera grandement les besoins de formation.

Recommandation 3

Le ministère devrait prévoir un soutien pour le développement des compétences dans tout le réseau des CHSLD afin que l’offre de services soit adaptée aux nouvelles orientations qui sont ou seront prises par le gouvernement à court, moyen et long terme.

L’ACCESSIBILITÉ

Milieu de vie

Le CHSLD s’inscrit dans un continuum de services gradués. Dans les faits, on fait parfois référence à ce dernier choix de milieu de vie pour une personne comme une défaite, non d’un choix délibéré et l’image du mouroir apparaît dans les discussions. Même si l’hébergement devra continuer à s’améliorer au niveau des soins de fin de vie, il n’en demeure pas moins un milieu de vie où les personnes, loin d’attendre la mort, ont la possibilité d’y participer avec leurs proches dans le respect de leurs droits et de leurs capacités résiduelles.

Recommandation 4

Reconnaitre et soutenir le CHSLD comme un milieu de vie pour le résident jusqu’à son dernier souffle.

Mécanisme d’orientation

Le respect du choix, au niveau de l’hébergement de la personne, pourrait-il être fait dans un autre CSSS afin d’aller rejoindre ses proches ou bien sera-t-il encadré à l’intérieur du CSSS où se trouve son domicile? Concernant l’accès, est-ce que l’ensemble des résidences publiques et privées avec services fera partie de la liste desservie par le guichet unique?

Le choix du résident et de sa famille implique qu’ils devraient avoir la possibilité de faire un choix en fonction des lieux physiques, de la localisation, de l’ambiance, des services offerts incluant les langues parlées et l’accommodement religieux.

En regard à l’accès au CHSLD comme ressource d’hébergement, le profil ISO-SMAF devient un outil d’aide à la décision. Il a une valeur indicative plutôt qu’absolue et exécutoire et il soutient le jugement clinique. L’admission en CHSLD est actuellement réservée pour des résidents ayant des profils de 10 à 14 incluant dans certaines situations ceux ayant un profil 9 avec de la comorbidité. De plus, les résidents ayant un profil inférieur à 10 pourraient être retenus si cela représente le meilleur choix possible pour la santé, le bien-être et la sécurité de la personne ou en l’absence de place en ressource intermédiaire pouvant répondre aux besoins de cette personne. Les ressources d’hébergement peuvent être plus spécialisées dans les grands centres qu’en région, elles devront plutôt s’adapter aux besoins des résidents. En général, la proximité de la famille et le maintien dans la communauté d’origine ont préséance sur la spécialisation de services.

Les déménagements sont traumatisants pour des personnes déjà en deuil de leur milieu de vie (quel qu’il soit) et d’une plus grande autonomie. Un hébergement transitoire aux fins d’évaluation par exemple devrait être exceptionnel et non faire partie de la routine d’admission. Deux transitions (donc trois déménagements) à l’intérieur d’une même année devraient être totalement exclues.

Il faudrait maintenir le niveau de lits en CHSLD privés conventionnés pour s’assurer de leur disponibilité parce que les EPC ont su développer une très grande expertise dont l’excellence des services est reconnue.

Recommandation 5

Un intervenant pivot devrait suivre le résident tout au long du continuum afin de s’assurer que l’information chemine parallèlement et qu’il n’y a pas de bris de communication aux différents points de transition.

Cet intervenant s’assure aussi d’informer les personnes en perte d’autonomie des diverses options disponibles et de les assister dans leur choix. Il les informe de l’évolution de leur demande sur la liste d’attente afin que la personne se prépare au déménagement plus longtemps à l’avance ce qui contribue à diminuer l’insécurité liée au transit et à la difficulté d’adaptation.

Recommandation 6

Créer des unités d’évaluation avec lits dédiés pour remplacer la procédure actuelle d’évaluation afin de limiter les transits en aiguillant les bonnes personnes au bon endroit plus rapidement.

Information

Recommandation 7

Les Agences de santé et de services sociaux devraient s’assurer du déploiement de la solution RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées) dans tous les CHSLD afin que l’information clinique puisse être accessible rapidement et cela, en prenant en considération la compatibilité entre les systèmes d’information.

Accueil

Recommandation 8

Un groupe de travail devrait être créé au sein du MSSS afin d’élaborer un cadre de référence au niveau du programme d’accueil en CHSLD afin d’harmoniser les modes de fonctionnement.

Le programme pourrait contenir, entre autres, les activités suivantes :

- **Des rencontres préadmissions** qui permettront de mieux connaître le résident et ses proches et de les sécuriser dans l’ensemble du processus d’admission. Elles permettent de définir les attentes en regard de l’offre de service et du type d’établissement;
- **Une visite (virtuelle à tout le moins) des lieux avant la sélection;**

- **L’admission se fait avec une visite des lieux**, la revue des **services offerts**, l’information sur les **obligations** et les **droits** de chacun de même que sur le comité de résidents et possiblement avec l’accueil fait par l’un de ses membres;
 - **Les rôles et responsabilités de l’établissement, du résident et de la famille** définis dans la documentation d’accueil;
 - **Connaitre l’histoire de vie de la personne** permettant de documenter tout le volet psychosocial.
-

Il ne faut plus que les intervenants (CSSS ou Agences) gèrent des cas, mais qu’ils soient plus attentifs à la personne et à ses besoins créant ainsi une intégration « facilitante » et sécurisante tant pour le résident que pour ses proches.

Les programmes coercitifs mis en place par certaines Agences pénalisant les ressources de courte durée qui ne libèrent pas les lits dans des délais prescrits dépersonnalisent l’orientation de l’usager et donnent à penser qu’on fait de la gestion de cas.

Également, la pression créée par la liste d’attente du CSSS ou de l’Agence amène souvent des dérives dans le processus d’orientation et/ou d’admission des résidents créant des difficultés importantes d’adaptation dans le nouveau milieu d’hébergement.

L’AJUSTEMENT DU CADRE FINANCIER

Le financement attribué aux CHSLD se fait depuis plusieurs années sur une base historique. Bien que dans le temps, certains ajustements aient été consentis, nous n’avons plus accès à ce type de budget de développement pour combler les besoins requis par l’alourdissement de la clientèle. Les contraintes budgétaires du gouvernement sont en grande partie la raison d’une modification de son approche. Il encourage le développement du maintien à domicile et des ressources intermédiaires (RI) pour éviter l’hébergement final en CHSLD.

Cette situation qui s’accroît de plus en plus nous inquiète quant aux conséquences qu’aura ce prolongement à domicile sur la lourdeur des besoins de la clientèle lorsque l’hébergement sera requis.

Comme nous le mentionnions précédemment, la lourdeur de la clientèle s’accroît depuis que les derniers investissements ont été faits par le MSSS dans le développement du soutien à domicile. L’assurance autonomie viendra intensifier cette lourdeur d’autant plus que les ressources intermédiaires viendront retenir la clientèle avant son admission en CHSLD.

Inquiétude Les CHSLD ne veulent pas devenir des mouiroirs ni qu’on les perçoive ainsi. Ce sont des milieux de vie dans lesquels se donnent de plus en plus de soins. Le dilemme sera de trouver un équilibre entre les différentes activités nécessaires au bien-être du résident afin de préserver ce milieu de vie et l’adapter aux résidents.

Inquiétude Cette situation exigera une adaptation de notre main d’œuvre de soins infirmiers et d’assistance et des ressources professionnelles (ergo, physio et loisirs). En plus, il est à prévoir que cet alourdissement nécessitera des ressources financières additionnelles en CHSLD. Est-ce que le cadre financier anticipé par le projet de loi de l’assurance autonomie aura prévu à priori cet ajout de ressources? Sinon pourrions-nous sans formation nous adapter à cette nouvelle réalité et sans budget additionnel répondre de façon adéquate aux services requis en CHSLD?

Actuellement, l’hébergement avec services est organisé par silo : les résidences privées pour semi-autonomes, les résidences de type familial, les ressources intermédiaires, les services achetés de gré à gré par le public, les CHSLD privés non conventionnés, les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD publics. Donc, des résidents **avec un même type de besoin** pourraient se retrouver à différents endroits, à des coûts différents et recevant des services différents.

« Comme la clientèle des CHSLD publics (et privés conventionnés) tend à s’alourdir, le budget historique indexé ne permet pas de considérer les besoins des usagers. Le ministère n’alloue pas directement les budgets aux établissements. Ce sont plutôt les agences qui distribuent les allocations budgétaires à ceux-ci ainsi qu’aux organismes communautaires. À moins d’une exception, ces budgets sont généralement reconduits de façon historique. Par la suite, les établissements répartissent le budget reçu de l’agence entre leurs installations. Les quatre CSSS vérifiés accordent les budgets à leurs CHSLD sur une base historique. Puisque les agences ne connaissent pas les ressources financières requises pour répondre aux besoins des usagers et le budget alloué à chaque installation, ils ignorent dans quelle mesure les sommes attribuées aux CHSLD permettent de satisfaire aux besoins des personnes hébergées »²⁶.

Inquiétude Comme nous l’avons mentionné plus haut dans le document, l’AEPC est préoccupée en regard des modes de financement qui seront développés. Est-ce que les budgets seront ajustés en fonction des besoins évolutifs réels des résidents? Est-ce que le nouvel outil d’allocation budgétaire pour la clientèle en CHSLD maintiendra la même intensité de services cliniques sans considérer les impacts de l’alourdissement ou d’une formation additionnelle pour mieux répondre aux nouveaux profils de clientèle?

Recommandation 9

L’AEPC démontre un très grand intérêt à participer à différentes discussions issues des orientations du gouvernement afin de s’assurer de la pérennité du changement amorcé.

L'ORGANISATION PHYSIQUE

L'organisation physique a une très grande importance au niveau du milieu de vie des résidents, et ce, pour plusieurs raisons, mais la toute première est liée à la sécurité et au bien-être des résidents et de leurs proches.

Des investissements importants ont été faits par les EPC afin de réaliser des projets visant à créer un milieu de vie répondant aux besoins exprimés par leur clientèle. Sans en faire une liste exhaustive, vous trouverez ci-dessous une liste de projets réalisés dans plusieurs EPC au niveau de l'organisation physique.

- Priorisation de chambres individuelles qui permettent un environnement plus intime pour le résident et ses proches et qui répondent de plus en plus aux besoins de la population « jeunes adultes »;
- Aire commune où nous retrouvons des bistrots, des services de coiffure, des lieux de rencontre pour les personnes et les loisirs de groupe;
- Unité adaptée pour les résidents ayant des pertes cognitives et des troubles de comportements d'errance invasive;
- Petits îlots de chambres pour une clientèle spécifique;
- Salle de recueillement;
- Chambre servant au programme de fin de vie;
- Unité avec l'oxygène dans les murs pour recevoir une jeune clientèle ayant des problèmes respiratoires;
- Salon des résidents;
- Salle à manger;
- Salle WEB;
- Salle familiale (appartement) pour les proches qui viennent de l'extérieur de la région d'hébergement;
- Animalerie;
- Chambre d'apaisement;
- Chambre Snoezeland;
- Adaptation de toutes sortes visant à favoriser l'autonomie des résidents;
- Aménagement extérieur;
- Accueil, comme si vous étiez à l'hôtel;
- Système de communication à l'interne pouvant avoir accès à l'audiovisuel;

Nous observons une reconnaissance de l'apport des résidents et de leurs proches en regard de l'environnement. Ils sont informés et/ou consultés et le comité des résidents est souvent impliqué pour des projets liés à l'amélioration du milieu de vie.

Inquiétude Le mode de financement actuel des EPC limite leurs capacités à adapter l'environnement physique parce que la décision de le faire ou non n'est pas celle du propriétaire, mais du gouvernement. Plusieurs d'entre eux ont proposé des modifications à leurs établissements de façon

récurrente sans recevoir l’aval d’agir. Il s’agit d’une situation frustrante puisqu’au bout du compte ils doivent répondre de la qualité qu’ils offrent.

Recommandation 10

Nous ne pouvons que réitérer l’importance de favoriser l’amélioration des aménagements physiques par un financement adéquat.

Les établissements doivent pouvoir continuer à faire des projets d’amélioration du milieu de vie, notamment pour les clientèles ayant des besoins spécifiques (sclérose en plaques, déficits cognitifs sévères, comportements dysfonctionnels et perturbateurs, jeunes adultes...)

LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

La notion de particularité telle que nous la présentons aujourd'hui est davantage liée à la personne qu'à un groupe. Nous comprenons que l'on fait référence à une clientèle minoritaire demeurant en CHSLD et dont les soins et services ne font pas partie de la traditionnelle offre de service qui y existe. Une réponse adéquate aux conditions de vie attendues permettra probablement d'éliminer ou à tout le moins de réduire les particularités dans un avenir proche.

Adultes avec handicaps

En regard de la mixité de la clientèle, nous retrouvons une population d'adultes handicapés. Le pourcentage de cette clientèle hébergée varie d'un établissement à l'autre, mais nous pouvons imaginer qu'il se situe autour de 10 %, comme dans le réseau public. La dispensation de soins et de services adaptés, tant physiques que psychosociaux pour une clientèle d'adultes ayant une déficience physique requiert la formation d'intervenants aptes à travailler spécifiquement avec cette clientèle ainsi que la mise en place d'activités de mentorat et coaching¹⁴.

Les besoins exprimés par cette clientèle diffèrent largement de ceux exprimés par la personne âgée. Pour certaines clientèles, la création d'îlots peut favoriser la participation des résidents et la création d'un réseau social. L'organisation du travail doit s'ajuster de même que les loisirs. Le secteur de réadaptation doit veiller à maintenir leur autonomie afin de leur permettre de sortir de l'unité. Des partenariats peuvent être développés avec des maisons d'enseignement ou avec des organismes offrant des ateliers de travail adaptés.

Recommandation 11

Favoriser des partenariats avec les associations d'établissements et les établissements eux-mêmes afin de mettre en place le support professionnel permettant de mieux répondre aux clientèles particulières.

Recommandation 12

Imaginer des modèles de CHSLD plus spécialisés pour certaines clientèles avec des pathologies spécifiques; l'AEPC songe à des ressources de 24 , 48 ou 64 places avec de petits îlots et un personnel clinique spécialisé.

Diversité culturelle

Nous retrouvons, surtout en milieu urbain pour ne pas dire dans la grande région métropolitaine, une grande diversité culturelle en regard des résidents admis. Bien au-delà de la langue, c'est-à-dire des difficultés de communication, nous retrouvons des cultures différentes avec leurs valeurs et leurs religions.

Les proches devenant de facto des partenaires aidant l’équipe à entrer en contact avec le résident, nous comptons aussi sur une banque d’interprètes disponible à l’Agence de Montréal. Des partenariats sont établis avec les différentes communautés afin de répondre à certains besoins spécifiques (ex. : journaux, canal de télévision). Bien sûr, la connaissance de langues variées est une qualité supplémentaire à prendre en compte lors de l’embauche de nouveaux employés.

Des formations sont disponibles sur la diversité culturelle; l’équipe a un grand besoin d’information quant à la culture du résident afin de mieux comprendre l’intervention à réaliser, particulièrement pour les résidents en fin de vie où la famille et l’équipe doivent être accompagnées.

LES PROCHES AIDANTS

Le temps alloué à l’admission et au départ bouleverse les personnes impliquées et met beaucoup de pression sur les familles. Les mécanismes actuels d’admission vont parfois à l’encontre des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité ainsi que les multiples transitions avant que la personne puisse être hébergée à l’endroit de son choix. Il faut voir à accorder plus de souplesse administrative concernant les délais d’admission et de départ afin que les proches ne se sentent pas bousculés dans la démarche.

Les familles ont acquis de l’expérience et des compétences dans les soins qu’elles ont prodigués à leurs aînés via l’enseignement du CLSC. Lors de l’hébergement, les familles sont contraintes à respecter les règles d’exercices des soins du milieu « institutionnel » et peuvent réagir du fait que le CLSC incitait les familles à contribuer aux soins. C’est pourquoi il faut prévoir que les demandes de participation seront de plus en plus présentes de la part des familles. Une meilleure communication amènera une plus grande satisfaction du résident et de sa famille qui deviennent des partenaires distinguant ainsi les responsabilités de chacun dans la dispensation de services. Le CHSLD devra toujours convenir et baliser avec eux leur contribution tout en leur donnant, au besoin, de la formation.

Dans un milieu où le résident a des pertes cognitives importantes, la présence du proche aidant est essentielle si l’on veut donner des soins et des services centrés sur le résident. L’implication des proches auprès des résidents doit être accueillie, favorisée et soutenue tout au long de son processus d’intégration. La notion de résident-partenaire que nous verrons plus loin pourra aider à la réflexion.

Parfois, la détresse est telle que les proches ont besoin de support psychosocial ou d’un accès à des ressources psychologiques spécialisées que ne peut pas lui fournir l’établissement. Un partenariat pourrait être développé avec les CSSS afin que des ressources disponibles puissent assurer le suivi et le support des proches à la suite de l’admission du résident.

Les équipes soignantes doivent aussi être accompagnées pour interagir avec les proches aidants. Nous devrions retrouver dans le plan de développement des compétences, de la formation et du coaching au niveau du savoir-être.

Recommandation 13

Développer un plan de formation pour le partenariat résident-proche-milieu de vie pour que ce partenariat puisse prendre forme dès la préadmission.

LES SERVICES ET LES SOINS

Approche milieu de vie

L’approche milieu de vie, qui place le résident au cœur des préoccupations, conserve toute sa pertinence dans le contexte actuel, et les milieux doivent être soutenus face aux défis rencontrés dans son application. Nous assistons déjà à une augmentation de l’encadrement clinique compte tenu des soins de plus en plus complexes et spécialisés, ainsi que du caractère évolutif de l’état de santé et du degré d’autonomie. L’intensité et la spécialisation des soins requis des personnes orientées en CHSLD exercent une pression en regard des ressources disponibles ainsi qu’un arbitrage entre milieu de vie et milieu de soins.

Les programmes d’interdisciplinarité permettent d’identifier les attentes et les besoins du résident en regard des services et de ses soins. L’approche résident-partenaire qui a été développée par le RUIS se définit comme suit²⁹ :

- Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés.
- Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par les intervenants de l’équipe clinique.
- Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe pour les soins et services qui lui sont offerts.
- Tout en reconnaissant l’expertise des membres de l’équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent. Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés.

L’approche collaborative et résident-partenaire fait un pas de plus au niveau de la participation du résident; il faut nécessairement inclure les proches lorsque nous sommes en CHSLD et que le résident ne peut pas s’exprimer. L’équipe du RUIS procèdera à l’intérieur d’un projet régional de l’ASSSM⁸ à l’implantation du programme dans trois CHSLD (public, public non intégré et privé conventionné). Il sera intéressant d’en connaître les résultats afin de transférer le cadre aux autres établissements. Il y a là un moyen novateur qui permettra au résident d’utiliser de façon optimale ses capacités.

Alourdissement de la clientèle

De plus l’alourdissement de la clientèle aura des impacts sur l’offre de service au niveau de différentes activités cliniques dont⁴ :

- La hausse d’heures nécessaires à la nutrition clinique, la physiothérapie et l’ergothérapie.
- L’accompagnement lors de l’alimentation nécessitera l’ajout d’heures d’assistance.
- La nature du loisir de groupe se dirigeant vers l’individuel nécessitera une plus grande présence de ressources : intervenants et bénévoles.

Inquiétude Pour un EPC, l’enveloppe d’heures cliniques étant limitée, une augmentation des heures soins requises par les résidents amène des choix d’utilisation qui ne sont pas toujours faciles à faire et au détriment de la qualité des soins pour le résident.

Nous devons avoir recours de plus en plus à des ressources professionnelles (géronto-psychiatre, psycho-gériatre, psychiatre...), et à des soins plus spécialisés nécessitant des équipements, du matériel et des fournitures qui engendreront aussi une pression importante sur les disponibilités budgétaires. À cela s’ajoutent aussi la pharmacothérapie et les nouvelles molécules, la mise à jour des compétences, les ressources informationnelles...

La mise en place d’approches alternatives comme la musicothérapie, la zoothérapie et les massages connaît beaucoup de succès. Mais avec un nombre limité d’heures cliniques, nous faisons face au choix déchirant d’intégrer une approche alternative ou d’offrir des soins d’assistance directs au résident. Il faudra revoir l’allocation des ressources en fonction de la nouvelle réalité afin d’assurer la pérennité des changements permettant d’améliorer les conditions de vie en CHSLD.

Recommandation 14

Prévoir le rehaussement de l’enveloppe budgétaire des CHSLD pour répondre à l’intensité accrue du niveau de soins requis.

LE SUIVI DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES SOINS

Les EPC sont soucieux de préserver les services de qualité qu’ils offrent à leur clientèle et sont fiers de la saine gouvernance qu’ils appliquent. Ils ont toujours souscrit et répondu à leurs obligations en matière de reddition de comptes.

Les établissements privés conventionnés (EPC) ont développé une culture de la qualité qui est l’essence de leur existence. Les EPC assurent à leur clientèle une continuité de gestion et de services basée sur un engagement familial (3^e génération dans certains cas), sur un fort sentiment d’appartenance de leurs travailleurs et sur l’adhésion de leur communauté.

Lors des visites d’appréciation de la qualité des équipes du MSSS, les établissements privés conventionnés (EPC) ont obtenu d’excellents résultats au niveau de l’appréciation globale ainsi que dans chacun des thèmes évalués : l’environnement organisationnel; les services, les activités et fournitures; l’environnement humain; l’environnement physique. En 2012, 28 EPC ont renouvelé l’agrément et 79 % d’entre eux ont obtenu la mention **AGRÉÉ AVEC MENTION D’HONNEUR**.

La reddition de comptes cause une lourdeur bureaucratique; des ressources importantes y sont engagées. De plus, nous observons une certaine difficulté à intégrer des recommandations à la suite des visites d’Agrément Canada, des visites ministérielles, des différents ordres professionnels ou organismes ainsi que des plans d’action qui s’en suivent. Il serait intéressant de travailler en partenariat avec le MSSS et les agences afin d’harmoniser les processus, ce qui permettrait d’intégrer et de faciliter le suivi des différents plans d’action ainsi que des indicateurs liés à la qualité et à la sécurité.

Recommandation 15

Créer un comité qui permettra de voir à l’harmonisation de tout le processus d’évaluation de la qualité en lien avec les visites ministérielles et le processus d’agrément.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail telle que définie traditionnellement ne semble plus adéquate dans un contexte où l'alourdissement de la clientèle en CHSLD, loin de s'atténuer, ira en s'accroissant. De plus, les établissements vivent un défi majeur au niveau de la main-d'œuvre dans une situation de pénurie pour certaines catégories d'emplois auxquels s'ajoutent les défis d'optimisation des ressources humaines.

Les centres d'hébergement sont des utilisateurs importants de main-d'œuvre indépendante (MOI), ce qui indique, entre autres, des problématiques au niveau de l'attraction, de la rétention ainsi que de l'absentéisme, sans compter la continuité, la stabilité et la qualité des services qui s'en ressentent⁸.

Des subventions sont accordées pour des projets d'organisation du travail à l'intérieur de stratégies nationales et régionales visant l'optimisation des ressources, ainsi que lors des négociations avec les comités paritaires. Ces projets, la plupart du temps, ont un impact direct sur la qualité des soins et services. De plus, il arrive régulièrement que les établissements s'engagent dans des projets sans aide gouvernementale parce qu'ils ont priorisé la sécurité et la qualité des services offerts.

Pour l'essentiel, il faut continuer à élaborer des plans visant à fidéliser les employés déjà en place, à optimiser l'utilisation de leurs compétences et à favoriser un environnement de travail de qualité pour devenir un milieu attractif notamment pour la jeune main-d'œuvre. De faire plus avec moins de ressources, il nous faut dorénavant « faire mieux ».

L'organisation du travail doit permettre au résident de vivre dans son milieu de vie substitut en respectant le plus possible le cadre budgétaire. La connaissance fine de la clientèle permet d'identifier les compétences attendues des membres de l'équipe. Cela permet d'élaborer la composition et d'organiser le travail en définissant les rôles et responsabilités de chacun. La participation des employés ainsi que des membres des familles représente une clé de succès dans la pérennité du changement amorcé.

Les établissements devraient avoir accès aux projets d'organisation du travail et aux pratiques prometteuses via une communauté de pratique virtuelle sur l'amélioration des conditions de vie des personnes adultes hébergées. Cela faciliterait le rehaussement des compétences par la transférabilité des projets, des outils et des pratiques.

LA FORMATION DU PERSONNEL

La formation représente la pierre angulaire en hébergement, dans la mesure où elle aide une personne à intervenir adéquatement auprès d’une autre dont les besoins sont multiples et où le proche aidant est très présent.

La formation touche les quatre savoirs : le savoir, le savoir-faire, le savoir-être et le savoir-agir (l’intégration des trois premiers). Il devient alors important d’identifier lequel des savoirs a besoin de rehaussement afin d’identifier le bon mode d’apprentissage, même si le personnel a étudié ces concepts lors des formations de base.

Il faut donc un plan d’accueil et d’intégration qui permet de mettre à niveau les compétences attendues et qui comprend l’évaluation de l’intégration des pratiques. Il serait opportun de profiter de l’occasion pour repenser l’approche d’évaluation des milieux pour leur offrir un soutien concret dans leur démarche d’amélioration continue comprenant l’assurance d’une proportion suffisante de personnel bien formé (RPCU)²⁷.

Un partenariat avec des écoles pourrait permettre par des stages de mettre les étudiants en situation afin qu’ils intègrent la formation reçue. Il faudrait aussi une stratégie d’attraction provinciale associant les milieux de l’éducation pour valoriser la profession du personnel en CHSLD. Cela serait à notre avis nécessaire pour contrer l’effet négatif des médias sur l’opinion publique envers les CHSLD.

Le plan de développement des compétences d’une organisation doit tenir compte du profil de clientèle qui s’alourdit et qui évolue dans un contexte où les proches aidants sont présents et où nous retrouvons une diversité culturelle.

Prenons exemple sur des programmes qui ont connu du succès et qui devraient être diffusés à d’autres catégories d’emploi comme :

- Le programme de préceptorat et mentorat;
- Le programme AGIR;
- Le coaching professionnel.

L’utilisation de ressources informationnelles dans le partage des connaissances permet de rejoindre un grand nombre de personnes.

Les établissements devraient avoir accès aux différentes communautés de pratique ainsi qu’aux résultats des projets qui touchent l’élaboration de cadre de référence, de définition des rôles et responsabilités et du rehaussement de compétences à tous les projets.

Recommandation 16

Augmenter l’enveloppe budgétaire octroyée à la formation et la rendre récurrente. De plus, le MSSS et les agences doivent continuer d’agir en support et soutien auprès des établissements de l’agence pour la mise à jour des programmes et des formations.

Recommandation 17

Faciliter l'établissement de partenariats avec des écoles et des établissements reconnus au niveau des soins et services à la personne âgée, afin de rendre accessibles les formations issues des données probantes et des pratiques prometteuses.

Recommandation 18

Reconnaitre l'hébergement comme une spécialité où l'on retrouve des situations complexes permettant un apprentissage approprié afin de rendre la pratique dans ces milieux plus attractive. Les établissements privés conventionnés n'ont actuellement pas la possibilité d'embaucher des candidats à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) ce qui devrait leur être rendu possible compte tenu de la qualité reconnue des services offerts par les EPC.

LE DÉFI SUPPLÉMENTAIRE : LA RÉPUTATION

La publicité négative envers l’hébergement a porté atteinte à la réputation des CHSLD dans leur ensemble. Certaines situations déplorables ont tant fait la manchette que bien des gens croient, à tort, que les CHSLD sont des endroits à éviter.

La mauvaise presse rend les gens craintifs face à ce type d’hébergement qui est pourtant le mieux adapté aux besoins des personnes en sévère perte d’autonomie. Les futurs résidents et leur famille sont souvent inquiets, réticents et cela demande un exercice de communication important lors de l’accueil afin de défaire certains préjugés et augmenter le niveau de confiance du résident et de ses proches.

De plus, bien qu’il soit difficile d’établir une corrélation directe entre la perception populaire des CHSLD et la pénurie de main-d’œuvre qui afflige le secteur, il n’en demeure pas moins qu’un secteur d’activités qui jouit d’une perception positive saura toujours attirer des ressources qualifiées alors qu’au contraire, les secteurs dont la perception est mitigée ou négative auront souvent de la difficulté à combler leurs postes.

Pour aller au-delà des entretiens individuels et amener l’opinion publique à mieux connaître les CHSLD et leur mission, et ainsi à mieux apprécier leur apport à la société, il serait opportun que le ministère démontre sa confiance envers ces institutions en organisant une campagne d’information et de sensibilisation.

Par exemple, l’AEPC a créé plusieurs campagnes de sensibilisation sur l’importance de la présence des proches en milieu d’hébergement pour briser l’isolement des résidents. Ces initiatives lui ont valu de remporter le Prix d’Excellence du Regroupement provincial des comités des usagers - voir le site Web de l’AEPC pour les visionner. D’autres initiatives mériteraient également d’être mises en valeur pour informer la population de ce qui se fait de bien en hébergement. Une campagne provinciale positive orchestrée par le MSSS aiderait à modifier l’opinion publique.

Recommandation 19

Le MSSS devrait élaborer une campagne d’information sur les bons coups réalisés en hébergement pour contrer la perception actuelle de la population.

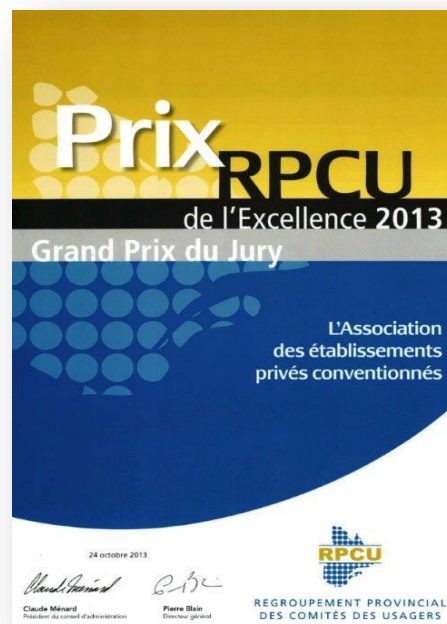
CONCLUSION

Les conditions de vie des personnes adultes hébergées en CHSLD ne sont pas statiques, mais évolutives et sont liées aux personnes. L’amélioration de ces conditions représente un défi constant pour les organisations et engendre des transformations organisationnelles sur une base régulière. Nous y retrouvons un paradoxe où les organisations doivent faire preuve d’une grande flexibilité pour répondre aux besoins exprimés par leur clientèle à l’intérieur d’un cadre budgétaire rigide et historique.

La collaboration des résidents et de leurs proches, l’implication des différents intervenants et la mise en place de ressources adéquates sont des éléments clés qui permettent de s’assurer de l’amélioration des conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD.

Les établissements privés conventionnés, par l’entremise de l’AEPIC, ont toujours eu le souci de contribuer aux efforts d’amélioration des services de santé et des services sociaux à travers leur implication dans les différentes réflexions, débats, commissions parlementaires et comités ministériels.

Nous désirons poursuivre notre partenariat avec le réseau de la santé et des services sociaux du Québec et assurer le maintien et le développement des établissements privés conventionnés afin de mieux répondre aux besoins actuels de notre clientèle et de mieux répondre aux besoins futurs de la population québécoise vieillissante.



BIBLIOGRAPHIE

1. AEPC (Juin 2013). *Présentation de l’Association des établissements privés conventionnés – santé services sociaux (AEPC)*.
<http://www.aepc.qc.ca/>
2. AEPC (2003). *Comparaison du CTMSP vs ISO-SMAF Région Montérégie*. Inquiétude quant aux barèmes de financement.
3. Agence Montérégie (Avril 2011). *Analyse du déploiement du réseau de services intégrés auprès des personnes âgées en Montérégie*. Rapport régional.
4. AQESSS (2013). *Le nouveau visage de l’hébergement public au Québec*. Portrait des centres d’hébergement publics et de leurs résidents.
<http://www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/#0>
5. AQESSS (2011). *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*.
6. Assemblée nationale (Septembre 2013). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d’hébergement et de soins de longue durée*. Mandat d’initiative – Document de consultation. Commission de la santé et des services sociaux.
7. ASSSM (Août 2013). *Bilan sommaire du personnel soignant dans les établissements de type CHSLD*. Données québécoises, canadiennes et américaines.
8. ASSSM (2013). *Projet d’organisation du travail en hébergement dans lequel le résident est un partenaire actif*. Fiche d’intention de projet.
9. ASSSM (Juillet 2013). *Profils ISO-SMAF*. Présentation.
10. ASSSM. *Plan d’action sur la disponibilité de la main-d’œuvre à Montréal 2010-2015*.
11. ASSSM (2013). *Stratégie régionale sur l’optimisation des soins et services*.
12. ASSSM (Février 2011). *Étude diagnostique sur 4 professions du réseau montréalais de la santé et des services sociaux*. Rapport final. Raymond Chabot – Grant Thornton pour l’ASSSM.
13. Gélinas, M.C. (Novembre 2013). *Recensions de pratiques prometteuses en organisation des soins, des services et du travail (OSSST) en hébergement*.
14. Gélinas, MC (Mars 2013). *Milieus de vie adaptés à la clientèle en perte d’autonomie non liée au vieillissement : recension sommaire des écrits et des pratiques*. Direction de la planification, de la performance et des connaissances. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
15. Gélinas, MC (Mars 2012). *Le profil de l’infirmière en hébergement et les pratiques favorisant la diminution du recours à la main-d’œuvre indépendante (MOI)*. Viens, C., Audet, J. Bilan des réalisations du plan FORTERESSS. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Février 2011.

16. INSP (2010). *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée.*
17. IUGM (Fév. 2013). *Partage des rôles et responsabilités de l’équipe de soins.* Cadre de référence.
18. IUGM (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.* Cadre de référence.
19. IUGS (Jan. 2011). *Projet d’organisation du travail et de revalorisation des pratiques.* Rapport final.
20. IUGS (Oct. 2010). *Organisation du travail et revalorisation des pratiques. Les rôles des membres de l’équipe de soins en CHSLD.*
21. MSSS (2013). *L’autonomie pour tous.* Livre Blanc sur la création d’une assurance autonomie.
22. MSSS (2013). *Pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.* Cadre de référence. Section 4.30
23. MSSS (Déc. 2012) *Balises pour l’admission des personnes âgées en grande perte d’autonomie en Centre d’Hébergement et de Soins de Longue Durée.*
24. MSSS (2007) *La politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix.*
25. OIIQ (Oct. 2013). *Quant à la qualité de l’acte et le nombre. Prise de position sur la pratique infirmière en CHSLD.*
26. Rapport du Vérificateur général du Québec à l’Assemblée nationale pour l’année 2012-2013. *Personnes âgées en pertes d’autonomie Services d’hébergement — Chapitre 4.* Printemps 2012.
27. RPCU (4 Déc. 2012) *L’hébergement pour les personnes en perte d’autonomie au Québec. Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées.* Regroupement provincial des comités des usagers.
28. RUIS (Mai 2013). *Guide d’implantation du partenariat de soins et services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient.*
29. RUIS (2012). *Le partenariat de soins entre le patient et l’équipe médicale. Présentation d’André Néron.*
30. RUIS (Août 2012). *Pratique collaborative. Engagement et leadership.*
31. Voyer, P. (Oct. 2013). *Programme de rehaussement des compétences : du rêve à la réalité.* Formation. Université Laval.
32. Voyer (2012). Présentation dans le cadre de la journée de réflexion en regard de la stratégie nationale sur l’optimisation des ressources de l’ASSSM.