

POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES HÉBERGÉES

PLAN D'ACTION

POUR L'HÉBERGEMENT

DE LONGUE DURÉE

2021-2026



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-91707-6 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022



MOT DE LA MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS ET DES PROCHES AIDANTS

DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS DANS LE RESPECT DES PERSONNES HÉBERGÉES

Le Plan d'action constitue un pas déterminant vers la transformation en profondeur des milieux d'hébergement au Québec. Il contient des mesures tangibles qui contribueront à mettre de l'avant la vision énoncée dans la *Politique d'hébergement et de soins et de services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*.

Un changement de domicile est une importante étape, autant pour la personne hébergée que pour ses proches. Il est donc essentiel que la transition s'effectue en douceur et s'inscrive en continuité avec l'histoire de vie de l'utilisateur ou l'utilisatrice. Avec ce plan d'action, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) veut faire évoluer les pratiques en hébergement afin d'offrir aux personnes hébergées des milieux de vie et de soins à échelle humaine, inclusifs, agréables et adaptés à leurs besoins et préférences. Le MSSS vise par ailleurs à ce que le réseau de la santé et des services sociaux offre des soins et des services personnalisés, respectant les valeurs, le rythme, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'origine, l'histoire de vie et le projet de vie des personnes hébergées.

Évidemment, nous travaillerons en synergie avec ces personnes, leurs proches et les personnes proches aidantes, les équipes de soins et de services, les partenaires des milieux d'hébergement et la communauté dans la réalisation de ce projet de société.

Ce plan d'action a vu le jour grâce au travail passionné de plusieurs personnes ayant à cœur le bien-être et la qualité de vie des personnes hébergées, ainsi que l'amélioration des soins et des services offerts dans les milieux d'hébergement. Je tiens à les remercier chaleureusement.

Marguerite Blais

Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants



MOT DU MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX

DES MILIEUX DE VIE ET DE SOINS DANS LE RESPECT DES BESOINS DE CHACUN ET CHACUNE

Toutes les personnes hébergées en milieu de vie et de soins de longue durée méritent de se sentir chez elles. Avec ce plan d'action, nous voulons favoriser leur mieux-être, qu'elles vivent avec une déficience intellectuelle ou physique, un trouble neurocognitif majeur, un trouble du spectre de l'autisme, un problème de santé mentale ou une dépendance. Leur bien-être est un enjeu qui me touche particulièrement.

Les adultes vivant avec une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme, par exemple, sont souvent hébergés de nombreuses années dans les milieux de vie et de soins. Grâce à ce plan d'action, nous souhaitons personnaliser davantage les soins et services offerts à ces personnes, soutenir leur autonomie et respecter leurs habitudes et leur style de vie. Ces adultes hébergés ne pourront donc que s'y sentir davantage chez eux, comme à la maison.

De plus, la diffusion de lignes directrices pour sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés et adapter les pratiques quant à l'intimité, la sexualité et la diversité sexuelle et de genre des adultes hébergés leur permettra d'avoir une vie intime selon leurs besoins et préférences dans leur milieu de vie. Aussi, les mesures pour rapprocher la communauté des milieux de vie et de soins pourront favoriser la participation sociale de ces personnes. Finalement, l'élaboration d'un cadre de référence sur le continuum d'habitation et d'hébergement permettra de répondre aux besoins exprimés par les usagers eux-mêmes.

Nous sommes conscients que les conditions de vie des adultes qui vivent en hébergement de longue durée soulèvent des enjeux importants. Que ce soit pour les personnes hébergées, leur famille, leurs proches, ou pour le réseau de la santé et des services sociaux, nous travaillons tous de concert afin de déployer des approches plus intégrées, plus inclusives et en respect des besoins et des préférences de chacune des personnes hébergées.

Lionel Carmant

Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux



MOT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

DES ACTIONS CONCRÈTES POUR GÉRER LE CHANGEMENT

Les milieux d'hébergement de longue durée occupent une place importante dans l'offre de soins et de services du réseau de la santé et des services sociaux. Bien que le soutien à domicile demeure l'option à privilégier, il arrive que l'état de santé physique ou cognitif de la personne ne lui permette plus de demeurer chez elle, ou encore que la réalisation de son projet de vie nécessite un recours à l'hébergement.

Plusieurs choix s'offrent alors à la personne, selon ses besoins : son nouveau milieu de vie peut être un centre d'hébergement et de soins de longue durée, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial, une maison des aînés et alternative. Ce sont tous des milieux de vie, certes, mais également des milieux de soins puisque les personnes qui y résident requièrent souvent plusieurs soins et services particuliers. La pandémie de la COVID-19 nous a rappelé plus que jamais l'importance de concilier ces deux milieux afin d'offrir des soins et des services de qualité aux personnes hébergées, tout en leur permettant de se sentir chez elles, comme à la maison.

La *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent* publiée en avril 2021 énonce une vision, des principes directeurs et des orientations qui nécessitent une importante gestion du changement dans les établissements afin d'assurer le mieux-être des personnes hébergées.

Par ce plan d'action, des solutions concrètes seront mises en œuvre afin d'amorcer cette gestion du changement au sein de l'ensemble des milieux de vie et de soins.

Christian Dubé

Ministre de la Santé et des Services sociaux

LISTE DES COLLABORATEURS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DIRECTION DES TRAVAUX

Natalie Rosebush	Sous-ministre adjointe de la Direction générale des aînés et des proches aidants
Dominique Breton	Sous-ministre adjointe de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
Nathalie Tremblay	Directrice par intérim des services aux aînés et aux proches aidants
Vincent Defoy (jusqu'en novembre 2021)	Directeur des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial
Geneviève Chabot	Directrice des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

COORDINATION DES TRAVAUX, ÉLABORATION, RECHERCHE ET RÉDACTION

Maude Pronovost	Direction des services aux aînés et aux proches aidants
-----------------	---

COMITÉ DE TRAVAIL

André Forest	Direction de la qualité des milieux de vie
Caroline Beaulieu	Direction adjointe des résidences privées pour aînés et des ressources intermédiaires et de type familial
Estelle Andrianary	Direction de la qualité des milieux de vie
Josée Lemay	Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
Maude Pronovost	Direction des services aux aînés et aux proches aidants
Nathalie Tremblay	Direction des services aux aînés et aux proches aidants

COMITÉ D'EXPERTS

Alexandre St-Germain	Directeur des programmes de santé mentale et dépendances, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Catherine P. Mulcair	Psychologue clinicienne experte des personnes en CHSLD, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Daniel Jean	Directeur général, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
David Lussier	Gériatre et directeur du programme AvantÂge, Institut de gériatrie de Montréal
Gina Bravo	Chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke et professeure titulaire à la Faculté de Médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke
Isabelle Matte	Directrice SAPA hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Line Perreault	Conseillère en éthique clinique, CISSS de la Montérégie-Centre
Monique Bourque	Infirmière, B. Sc., M.A. (gérontologie), conseillère cadre clinicienne pour la clientèle en CHSLD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Normand Boucher	Sociologue, professeur associé à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval et chercheur d'établissement en matière de politiques sociales, de handicap et de droits humains au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Patrick Fougeyrollas	Anthropologue au Département d'anthropologie de l'Université Laval, chercheur régulier au CIRRIIS et fondateur du Réseau international sur le processus de production du handicap
Philippe Voyer	Infirmier, Ph. D., expert en soins infirmiers gériatriques, professeur titulaire et responsable de la formation continue, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval
Robert Tremblay	Usager partenaire, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Terry Kaufman	Consultant expert pour Handicap-Vie-Dignité

COMITÉ CONSULTATIF DU MSSS

Amélie Gagnon	Direction de l'éthique et de la qualité
André Forest	Direction de la qualité des milieux de vie
Audrey Vézina	Direction des services en dépendance et en itinérance
Dominic Bélanger	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
Évelyne Makouet	Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources
Geneviève Lessard	Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale – volet adultes
Josée Lemay	Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
Julie Gauthier	Direction des affaires autochtones
Karine Labarre	Direction nationale des soins et services infirmiers
Lucille Juneau	Direction nationale des soins et services infirmiers
Rodrigue Gallagher	Direction adjointe de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance
Olivier Dauphin-Daffe	Direction de l'attraction de la main-d'œuvre
Wilhelm Dubuisson	Direction de la prévention clinique, de la santé dentaire et des dépistages
Yannick Fauteux	Direction de l'expérience employé
Yves Charette	Direction de la conservation des infrastructures

RÉVISION LINGUISTIQUE

Céline Doré, réviseuse linguistique

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à faire de ce plan d'action une réalité. Ce document démontre la volonté de l'ensemble des acteurs consultés (experts, ministères et organismes, personnes hébergées et proches) d'améliorer les milieux d'hébergement de longue durée au Québec en lui apportant, par les actions proposées, des changements concrets et durables qui feront une réelle différence dans la vie des personnes hébergées et de leurs proches.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSLD PNC	Centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non-conventionné
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPMCHSLD	Communauté de pratique des médecins en CHSLD
CR	Comité de résidents
CU	Comité d'usagers
CUCI	Comité d'usagers du centre intégré
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2
MA	Maison alternative
MDA	Maison des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPUS-AP	Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services – antipsychotiques
PAB	Préposé(e)s aux bénéficiaires
PCI	Prévention et contrôle des infections
PEPS	Personnalisation des soins pharmaceutiques en soins de longue durée
PI	Plan d'intervention
PPA	Personne proche aidante
PQSBHB	Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

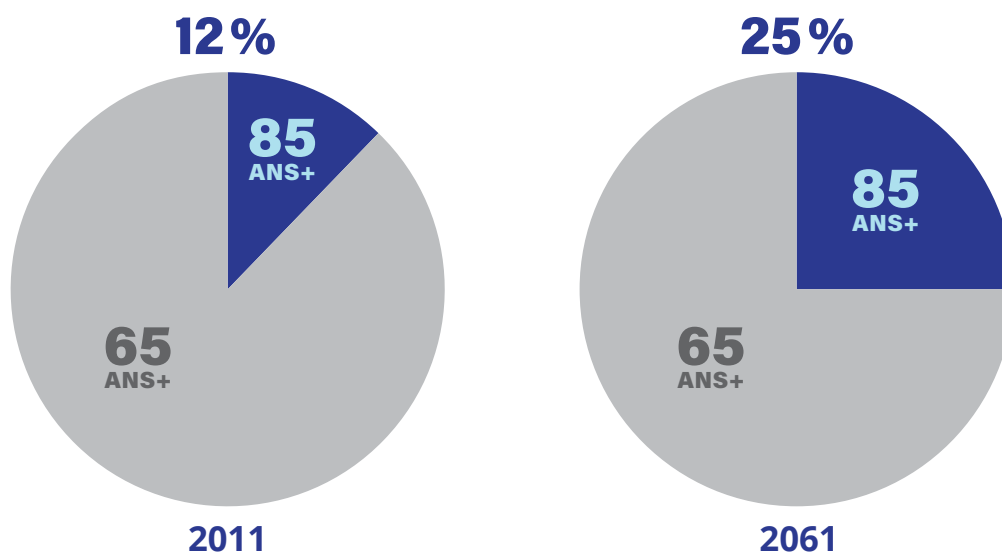
TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Portrait des personnes hébergées.....	3
Objectifs	4
Contexte	5
Politique d’hébergement et de soins et services de longue durée	9
Plan d’action	11
Déploiement de la Politique d’hébergement.....	13
Mesure 1.....	13
Mesure 2.....	14
Mesure 3.....	14
Mesure 4.....	15
Mesure 5.....	15
Axe 1 : la personne hébergée	16
Mesure 6.....	16
Mesure 7.....	17
Mesure 8.....	17
Mesure 9.....	18
Axe 2 : les proches.....	20
Mesure 10.....	21
Axe 3 : les prestataires de services	22
Mesure 11	23
Mesure 12	24
Mesure 13	24
Mesure 14.....	25

Axe 4 : le milieu de vie et de soins	26
Mesure 15	27
Mesure 16	28
Mesure 17	28
Mesure 18	29
Mesure 19	30
Mesure 20	30
Mesure 21	31
Mesure 22	31
 Axe 5 : la communauté.....	 32
Mesure 23	32
Mesure 24	33
Mesure 25	33
 Mise en œuvre du Plan d'action	 35
Structure de gouverne.....	35
Rôles et responsabilités	36
 Évaluation et reddition de comptes	 39
 Conclusion	 41
 Références	 43
 Annexe 1 – Tableau synoptique de la Politique d’hébergement	 47
 Annexe 2 – Tableau synthèse du Plan d’action	 49
 Annexe 3 – Financement du Plan d’action	 53

INTRODUCTION

L'hébergement de longue durée est un service qui occupe une place importante au Québec, non seulement en raison du vieillissement de la population, mais également en raison du large spectre de profils de clientèles susceptibles d'y avoir recours (aînés en perte d'autonomie, personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur, personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme, une déficience physique ou intellectuelle, un trouble mental, une dépendance, etc.). En effet, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec est en croissance et atteindra plus de 2,7 millions en 2066, une augmentation de 1,3 million par rapport à 2016¹. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, la proportion de personnes âgées de 85 ans et plus était de 12 % en 2011 alors qu'elle atteindra 25 % en 2061². De plus, grâce aux avancées médicales et sociales, l'espérance de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) augmente, pour devenir similaire à celle de la population générale. Ainsi, les personnes ayant une DI seront plus nombreuses à atteindre un âge avancé³.



Cependant, les milieux d'hébergement de longue durée n'accueillent pas uniquement des personnes âgées, mais aussi des adultes de tous âges ayant différents profils de besoins, comme les personnes avec :

- un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ; le TSA touche entre 90 et 120 individus sur 10 000, soit environ 1 % de la population^{4,5}. Au Québec, le taux de prévalence double tous les quatre à cinq ans⁶ ;

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La population du Québec d'ici 2066 : une croissance qui se poursuit, mais qui ralentit*.
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le vieillissement au Québec*.
3. LOIRDIGHI, Nadia, Assumpta NDENGEYINGOMA, Élodie LEBEAU et Germain COUTURE (2018). *Le profil de santé physique des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle (PADI)*.
4. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DE L'AUTISME (2019). *L'autisme en chiffres*.
5. ANAGNOSTOU, Evdokia, et al. (2014). « Autism Spectrum Disorder : Advances in Evidence-Based Practice ».
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Des actions structurantes pour les personnes et leur famille. Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022*.

- une déficience intellectuelle (DI) ; la prévalence des DI est estimée à 1 %, ce qui représente environ 82 000 personnes au Québec⁷ ;
- un trouble mental ; près de 20 % de la population québécoise serait touchée⁸ ;
- un vécu d'itinérance, des comportements à risque ou un trouble associé à l'utilisation de substances psychoactives ; approximativement 10 % des personnes ayant des besoins d'hébergement de longue durée ont un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives^{9,10}.

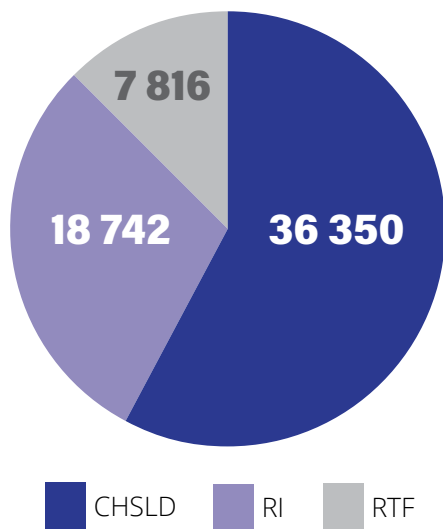
Parmi ces personnes, certaines pourraient avoir recours temporairement à l'hébergement de longue durée. En effet, « le caractère de « longue durée » des milieux d'hébergement ne signifie pas nécessairement que la personne hébergée y demeurera jusqu'à la fin de sa vie »¹¹. L'hébergement pourrait être une mesure temporaire qui contribuera au rétablissement de la personne qui y a recours en raison, par exemple, d'un trouble de santé mentale (votre source)¹².

De plus, bien que le soutien à domicile demeure l'option à privilégier puisqu'il s'agit du souhait des personnes de rester chez elles¹³, il arrive que leur santé physique ou cognitive ne le permette plus ou encore que leur projet de vie nécessite le recours à différents modèles d'hébergement. L'hébergement, qui doit être envisagé en dernier recours, devient alors un incontournable. Il arrive également qu'un hébergement de longue durée puisse être requis de façon transitoire. Il visera alors à outiller la personne pour réaliser son projet de vie en logement autonome ou adapté à ses besoins. Dans ce cas-ci, le séjour en hébergement est davantage un épisode de soins et de services dans un milieu qui, pour la personne, favorisera le développement de ses compétences et maximisera son potentiel. Cette vision du milieu de vie et de soins doit donc inclure des services axés sur le rétablissement de la personne, qu'elle y soit pour une période de transition ou pour un hébergement de plus longue durée.

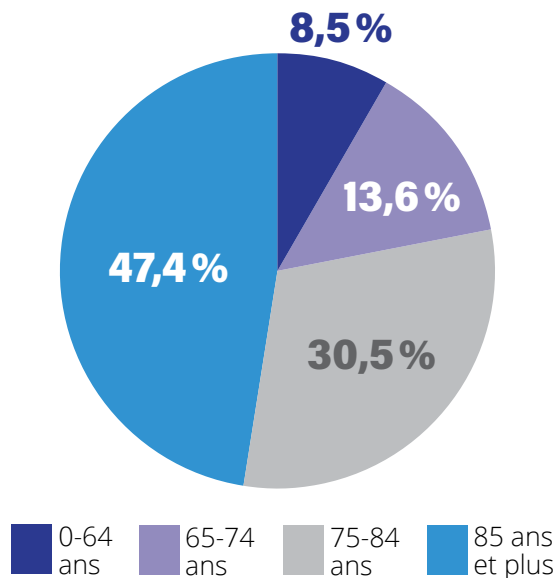
-
7. POIRIER, Nathalie, Andr ea BELZIL et Marilyn LAPOINTE (2019). « L'accès aux services de soutien à la participation sociale d'adultes ayant une déficience intellectuelle ».
 8. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec –  tat des connaissances*.
 9. CHOI, Namkee G., Diana M. DINITTO et C. Nathan MARTI (2015). « Alcohol and Other Substance Use, Mental Health Treatment Use, and Perceived Unmet Treatment Need : Comparison Between Baby Boomers and Older Adults ».
 10. COLLIVER, James D., Wilson M. COMPTON, Joseph C. GFROERER et Timothy CONDON (2006). « Projecting Drug Use Among Aging Baby Boomers in 2020 ».
 11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*, p.3
 12. Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 réaffirme l'importance de l'implantation et du maintien de services axés sur le rétablissement. Le rétablissement est un processus non linéaire par lequel une personne reprend graduellement du pouvoir sur sa vie, et ce, qu'il y ait présence de symptômes associés à des troubles mentaux ou non. Il permet notamment la redécouverte de soi, de ses capacités, de ses rêves et de ses forces. La participation des différents ministères et organismes permettra de favoriser le maintien de la vie active, l'intégration et la participation sociale des personnes.
 13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*.

PORTRAIT DES PERSONNES HÉBERGÉES

Nombre de personnes hébergées en CHSLD, en RI et en RTF au 31 mars 2021



Répartition des personnes hébergées en CHSLD selon l'âge au 31 mars 2021

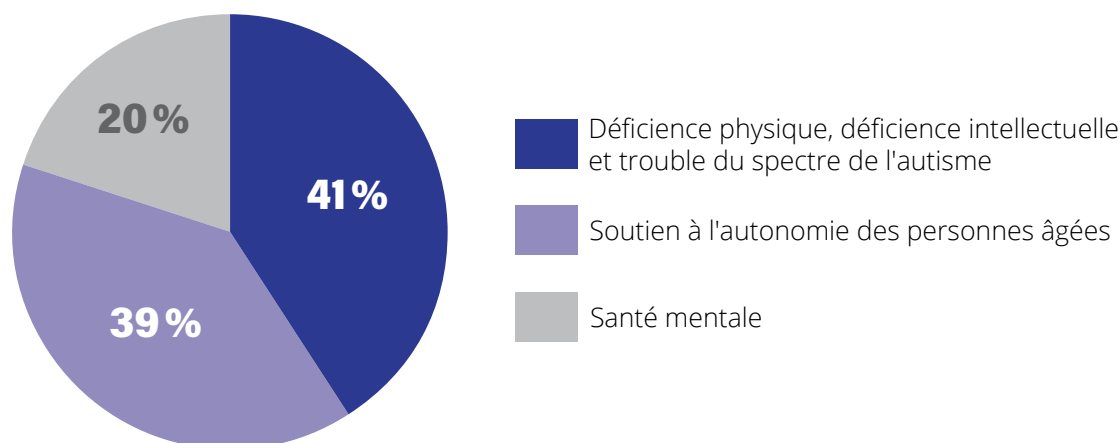


Au 31 mars 2021, le Québec comptait 36 350 personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)¹⁴, 18 742 adultes en ressources intermédiaires (RI) et 7 816 adultes en ressources de type familial (RTF). En CHSLD, 91 % des personnes hébergées étaient âgées de 65 ans et plus. Le groupe des 85 ans et plus représentait, quant à lui, 47 % des personnes hébergées. Malgré la demande importante d'accès aux places en CHSLD, le taux d'occupation des lits était de 87 % et le taux de roulement était de 65 %. Cette dernière donnée signifie que les deux tiers des personnes en CHSLD quittent leur milieu ou décèdent au cours de l'année. La durée moyenne de séjour en CHSLD est d'environ deux ans¹⁵.

14. Cette donnée concerne les CHSLD publics et privés conventionnés ainsi que les achats de places.

15. Source de données : Données du Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) de chacune des régions. Traitement : EICDH – Environnement informationnel des clientèles ayant fait l'objet d'une demande d'hébergement. Réalisé par le service Solutions d'affaires de la Direction des ressources informationnelles Lanaudière – Laurentides – Laval du CISSS de Lanaudière.

Répartition des personnes hébergées en RI et en RTF selon le programme-service au 31 mars 2021



Les RI et les RTF accueillent quant à elles des clientèles ayant des besoins très différents. Parmi les adultes confiés à une RI ou à une RTF, au 31 mars 2021, 41 % sont des usagers des programmes en déficience intellectuelle, en déficience physique ou en trouble du spectre de l'autisme, 39 % sont des usagers du programme-service Soutien à l'autonomie des personnes âgées et 20 % sont des usagers du programme-service Santé mentale¹⁶. De nouvelles ressources, soit les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA), viendront diversifier le parc d'hébergement et offrir 3 480 places d'hébergement aux adultes, dont 2 640 places qui seront disponibles progressivement à partir de l'automne 2022.

OBJECTIFS

Le 15 avril 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent* (ci-après Politique d'hébergement). Le présent document, le *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2022-2026 – Pour le mieux-être des personnes hébergées* (ci-après Plan d'action) vise à assurer le déploiement de la Politique d'hébergement par la réalisation d'actions concrètes au cours des cinq prochaines années qui s'appliqueront à l'ensemble des milieux d'hébergement de longue durée (CHSLD, RI, RTF, et MDA MA).

Pour y parvenir, une importante gestion du changement doit être planifiée, accompagnée et soutenue par une volonté de toutes les parties prenantes d'améliorer l'hébergement de longue durée. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière toute l'importance d'une gouvernance qui tient compte du contexte de pénurie de main-d'œuvre. Pour des soins et services dispensés de manière appropriée, les processus de travail doivent être optimisés et les ressources humaines doivent être soutenues et formées adéquatement.

16. Source : Tables sur les ressources Loi 49_R1 et sur les placements Loi 49_R2 du Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial au 31 mars 2021 (excluant les places dédiées au programme-service Jeunes en difficulté).

Comme précisé dans la Politique d'hébergement, la gouvernance doit s'appuyer sur :

- une gestion de proximité ;
- des pratiques organisationnelles qui soutiennent la diversification et la valorisation des équipes ;
- des pratiques cliniques qui favorisent l'amélioration continue des compétences.

L'objectif premier du Plan d'action est d'assurer le mieux-être de la personne hébergée, celle-ci étant au cœur de la démarche. Pour ce faire, diverses actions qui seront mises en œuvre au cours des cinq prochaines années amèneront plusieurs changements :

- une réponse mieux adaptée aux besoins spécifiques des personnes hébergées ;
- un réel partenariat entre la personne hébergée, ses proches et les prestataires de services ;
- une organisation du travail qui optimise les compétences de chacun et favorise l'interdisciplinarité ;
- des milieux de vie et de soins personnalisés et adaptés ;
- des milieux d'hébergement intégrés au sein d'une communauté engagée.

La pertinence de la mise en œuvre du Plan d'action réside dans la volonté d'offrir des milieux d'hébergement et des soins et services de qualité dans un contexte organisationnel et physique permettant de respecter les valeurs, les préférences et les besoins de la personne hébergée. L'objectif étant d'offrir un accompagnement personnalisé pour soutenir, maintenir et développer les capacités de la personne afin de favoriser sa pleine participation sociale, son autodétermination et la réalisation de ses projets de vie.

Enfin, dans une certaine mesure, le Plan d'action met de l'avant la conciliation entre le milieu de vie et le milieu de soins, qui doit toujours être recherchée afin que la personne hébergée reçoive les soins de santé requis pour maintenir son autonomie, mais aussi les services qui assureront son bien-être émotionnel et qui prendront en compte ses besoins individuels, et ce, pour qu'elle puisse exercer ses rôles sociaux et sa participation sociale¹⁷.

CONTEXTE

En plus des actions identifiées dans le Plan d'action, il importe de mentionner que de nombreux chantiers ministériels sont simultanément en cours. Ces chantiers contribuent significativement à améliorer l'offre de soins et de services en milieux d'hébergement de longue durée. De plus, les diverses initiatives d'amélioration de l'offre de service ayant été déployées pendant la pandémie de COVID-19 nous ont permis de réagir rapidement pour assurer la protection des personnes hébergées tout en préservant leur qualité de vie.

Fort des nombreux apprentissages issus de la pandémie, nous devons maintenant nous projeter vers l'avenir pour donner un nouvel élan à l'hébergement de longue durée au Québec. Les actions prévues dans le Plan d'action ainsi que les différents chantiers ministériels présentés dans cette section contribuent tous à se doter de milieux de vie et de soins de qualité et sécuritaires.

17. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.

Mécanisme d'accès à l'hébergement de longue durée pour aînés

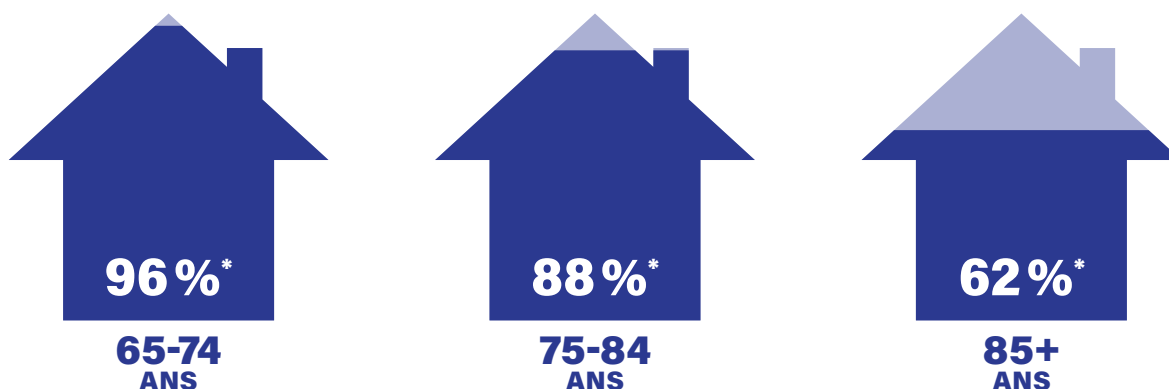
Le MSSS publiera sous peu le cadre de référence du mécanisme d'accès à l'hébergement de longue durée pour les aînés. Ce cadre vient doter les établissements d'une vision commune de l'accès à l'hébergement pour ces personnes. Il exprime la volonté d'assurer à celles-ci des soins et des services accessibles et continus ainsi qu'un accès à l'hébergement de longue durée en temps opportun, selon le profil d'autonomie.

Le cadre de référence précise que l'hébergement sera envisagé seulement si le maintien dans la communauté n'est plus possible dans des conditions sécuritaires, malgré les services intensifiés et le soutien des proches, et seulement si cette option constitue le meilleur choix possible pour la santé et le bien-être de la personne.

Le cadre de référence visera à harmoniser le processus d'accès à l'hébergement vers les CHSLD, les RI ou les RTF pour les personnes visées, ainsi qu'à préciser les critères d'admissibilité, d'orientation et de priorisation tout en clarifiant les rôles et responsabilités des acteurs concernés.

Orientations de soutien à domicile

Bien que les orientations visant le soutien à domicile (SAD) ne concernent pas directement l'offre de soins et services en hébergement de longue durée, les travaux menés en SAD exercent une influence directe sur le recours à l'hébergement de longue durée. D'abord mentionné dans la Politique de soutien à domicile de 2003¹⁸ et renforcé par la volonté contemporaine des personnes de demeurer chez elles le plus longtemps possible entourées de leurs proches, le choix du domicile comme la première option à considérer est toujours d'actualité. D'ailleurs, la majorité des aînés vit à domicile de manière relativement autonome dans la gestion quotidienne de leurs activités¹⁹.



* ménages privés

18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile.*

19. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le vieillissement au Québec.*

Les personnes ayant besoin de soutien pour demeurer dans leur domicile doivent donc pouvoir compter sur des services de SAD qui favoriseront leur santé physique et mentale, leur participation sociale et leur autonomie, et ce, dans le respect des besoins, des capacités et des préférences de la dyade aidant(e)-aidé(e).

Cette vision actualisée met donc l'accent sur le caractère essentiel des services de SAD dans le continuum de soins et services. En effet, les services de SAD peuvent contribuer à court ou à long terme au rétablissement de la personne, au maintien ou au développement de ses capacités, à la prévention de la détérioration de son état de santé, à la réduction du recours inapproprié à l'hospitalisation ou à l'hébergement, à sa participation sociale voire même contribuer à sa réflexion dans le choix de mourir à domicile.

Tous les efforts déployés en matière de SAD visent ainsi à améliorer l'accessibilité, la pertinence, la continuité et l'intensité des services, et ce, afin d'offrir une réponse adaptée aux besoins de la personne et permettre son maintien à domicile. À cette fin, la mise en place de mécanismes de liaison, de collaboration et de concertation avec les autres missions et services complémentaires au SAD ainsi qu'avec les différents partenaires est primordiale pour assurer une communication bidirectionnelle, une fluidité dans le continuum de soins et services et un partage clair des responsabilités.

Soins palliatifs et de fin de vie

Les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) gériatriques présentent plusieurs spécificités, notamment les difficultés pour le soignant de communiquer avec la personne hébergée et d'évaluer ses symptômes, dont la douleur, ou encore les difficultés entourant la pharmacocinétique et la présence de comorbidités. Ces spécificités exigent une expertise et une adaptation des SPFV selon l'évolution des besoins de la personne et de ses proches. Ainsi, les SPFV font partie intégrante de l'offre de soins et de services en milieu d'hébergement de longue durée pour les personnes qui en ont besoin et leurs proches. En ce sens, le plan d'action ministériel en SPFV 2020-2025, qui sera diffusé sous peu, met de l'avant parmi ses priorités l'intégration des SPFV à l'offre de services cliniques dans les CHSLD. Une combinaison des approches palliative et gériatrique en CHSLD tiendra compte du développement de l'expertise, par la formation du personnel et l'ajout d'équipes dédiées en SPFV qui joueront un rôle de soutien, de type mentorat, et un rôle de suivi des cas complexes.

Maisons des aînés et maisons alternatives

Les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA) sont des établissements de santé et de services sociaux qui permettront de faire évoluer le modèle d'hébergement québécois. Le concept de ces maisons est centré sur la connaissance approfondie des personnes et de leur histoire de vie pour ainsi mieux respecter leur passé, mieux les accompagner dans le présent et aussi mieux les aider à planifier leur avenir.

Pour les adultes ayant une déficience physique ou intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme, les MA deviennent une alternative à l'hébergement en CHSLD. Les MA pourront offrir à ces personnes un milieu de vie et de soins plus adapté à leur profil, à leurs besoins et à leurs préférences. Dans ces maisons, le projet de vie et la pleine participation sociale des personnes pourront être concrétisés et conjugués à une organisation des soins et services innovante.

Les services résidentiels en déficience et trouble du spectre de l'autisme

Avant d'envisager les services résidentiels, puisque le milieu naturel de la personne est le plus souvent celui à privilégier, il importe de déterminer et de mettre en place les moyens permettant à la personne de demeurer chez elle, par exemple les services d'aide à domicile, l'attribution d'aides techniques ainsi que l'adaptation et l'aménagement du domicile²⁰. Les services résidentiels ont pour objectif d'offrir un milieu de vie aux personnes ayant une déficience et/ou un trouble du spectre de l'autisme en tenant compte de la nature et de la complexité des besoins de ces personnes et en considérant leurs capacités, leurs incapacités et leur projet de vie. Ces milieux incluent, sans s'y limiter, les RI et les RTF, les appartements supervisés, les logements sociaux avec services, les CHSLD et les MA.

Santé mentale

Une attention particulière a été portée dans l'élaboration de la Politique d'hébergement afin que l'ensemble des besoins des personnes, dont celles qui présentent des troubles mentaux, soit considéré. Les CHSLD sont parfois le milieu d'hébergement le mieux adapté pour les personnes présentant certains troubles mentaux graves. Elles pourront y recevoir l'intensité des soins et des services dont elles ont besoin. De plus, à partir de l'âge de 65 ans, la prévalence annuelle des troubles mentaux augmente, chez les femmes comme chez les hommes. Le milieu de vie étant un déterminant social important de la santé et un élément fondamental du rétablissement²¹, la présence de troubles mentaux dans le présent ou le passé d'une personne ne peut être un frein à l'accessibilité à une ressource d'hébergement de longue durée. Les soins, les services et l'accompagnement doivent donc être adaptés aux besoins et réalités spécifiques des personnes hébergées présentant des troubles mentaux et des mécanismes de collaboration et de soutien clinique doivent être mis en place entre les différents programmes et modalités de services. On peut retrouver des actions à cet égard dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – *S'unir pour un mieux-être collectif*²². Des solutions novatrices doivent également être mises de l'avant en collaboration avec les ministères et les organismes concernés, comme c'est le cas dans le projet des MDA MA²³.

Les Premières Nations et Inuit

Les réalités des Premières Nations et Inuit en matière d'hébergement de longue durée peuvent différer de celles des autres réseaux territoriaux de services du Québec, notamment en raison de l'éloignement géographique de plusieurs services de santé et services sociaux. Bien que le Plan d'action ne propose aucune mesure spécifique à ces réalités, elles doivent être prises en compte, notamment par le partenariat avec les communautés autochtones.

20. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience*.

21. PIAT, Myra, Alain LESAGE, Henri DORVIL, Richard BOYER, Audrey COUTURE et David BLOOM (2008). « Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive ».

22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*.

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Concept Maisons des aînés et alternatives – Document d'orientation*.

POLITIQUE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS ET SERVICES DE LONGUE DURÉE

La Politique d'hébergement est la toute première politique en matière d'hébergement de longue durée au Québec. Avant sa parution, diverses orientations spécifiques à chaque type de milieu d'hébergement existaient, mais aucune orientation intégrée ne pouvait s'appliquer à tous les milieux d'hébergement de longue durée ainsi qu'à toutes les clientèles adultes susceptibles d'y résider.

La Politique d'hébergement jette ainsi les bases pour orienter les soins et services offerts dans tous les milieux d'hébergement de longue durée vers une vision commune, des principes directeurs et des orientations s'inscrivant dans une approche novatrice, adaptant ainsi les soins et services offerts dans ces milieux aux besoins, rythmes et préférences des personnes hébergées.

LA VISION

Pour la personne, un parcours vers une ressource d'hébergement et un vécu au sein de ce nouveau milieu de vie doit s'inscrire le plus possible **en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, ses besoins, sa culture et sa langue. Le milieu de vie et de soins évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne** et lui permet de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis par son état.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

- Respecter la dignité de la personne ;
- Permettre l'exercice des droits de la personne et soutenir son autodétermination ;
- Actualiser l'approche de partenariat entre l'usager, les proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux ;
- Viser le mieux-être de la personne hébergée ;
- Personnaliser les soins, les services et le milieu de vie de la personne ;
- Promouvoir et actualiser la bienveillance.

LES ORIENTATIONS



AXE 1 : LA PERSONNE HÉBERGÉE

Orientation 1 : Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités

Orientation 2 : Assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes



AXE 2 : LES PROCHES

Orientation 3 : Accueillir les proches pour préserver les liens avec la personne hébergée

Orientation 4 : Reconnaître et mobiliser les personnes proches aidantes dans le respect de leurs volontés et capacités d'engagement

Orientation 5 : Soutenir les proches



AXE 3 : LES PRESTATAIRES DE SERVICES

Orientation 6 : Offrir des soins et des services de qualité

Orientation 7 : Diversifier la composition des équipes de travail

Orientation 8 : Valoriser et soutenir les prestataires de services



AXE 4 : LE MILIEU DE VIE ET DE SOINS

Orientation 9 : Développer un milieu de vie de qualité qui permet le mieux-être des personnes hébergées

Orientation 10 : Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs



AXE 5 : LA COMMUNAUTÉ

Orientation 11 : Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté

Orientation 12 : Faire connaître et promouvoir les milieux d'hébergement auprès des citoyens

PLAN D'ACTION

Le Plan d'action a pour objectif d'actualiser la vision, les principes directeurs et les orientations de la Politique d'hébergement. Premier en matière d'hébergement de longue durée, le Plan d'action s'échelonne sur cinq ans, soit de 2021 à 2026. Financé à hauteur de 2,9 G\$, le Plan d'action compte cinq mesures visant le déploiement de la Politique d'hébergement et 20 autres mesures réparties entre les cinq axes d'intervention de la Politique d'hébergement, pour un total de 25 mesures.

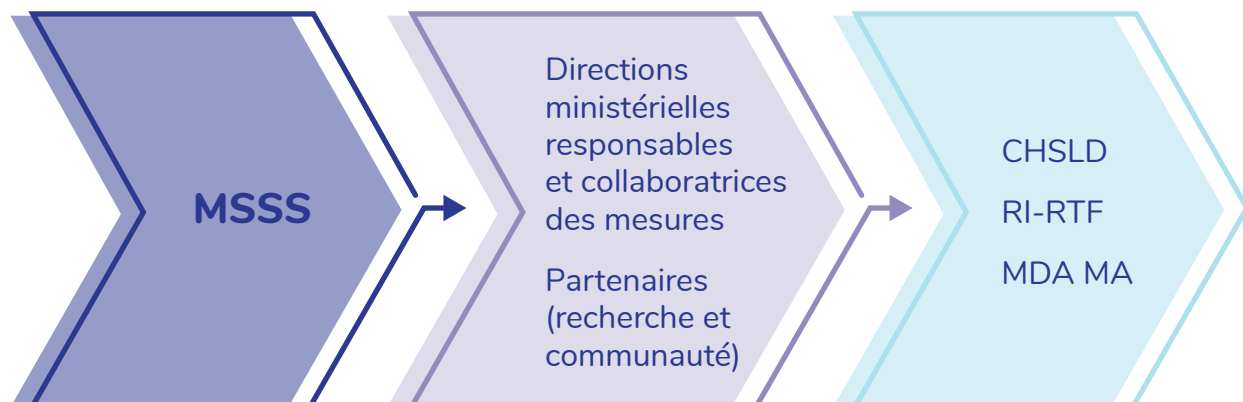
Le champ d'application du Plan d'action s'étend à l'ensemble des milieux d'hébergement de longue durée, c'est-à-dire aux CHSLD, aux RI, aux RTF et aux MDA MA. Il touche également l'ensemble des clientèles adultes qui y résident, leurs proches, les personnes proches aidantes, les prestataires de services qui œuvrent dans ces milieux de vie et les prestataires de soins, ainsi que la communauté dans laquelle ces milieux sont implantés.

Par les différentes mesures qu'il propose, le Plan d'action veut mettre en place des conditions gagnantes pour réussir le virage nécessaire que doit prendre le Québec en matière d'hébergement de longue durée. La réalisation de ce virage transcende la question des ressources humaines et financières requises et doit être portée par l'ensemble des prestataires de services et les gestionnaires. Les décisions en matière d'organisation et d'intervention doivent viser le mieux-être des personnes hébergées en assurant une continuité avec leur histoire et leur expérience de vie pour qu'elles se sentent chez elles.

De plus, la mise en œuvre du Plan d'action repose sur l'engagement, la mobilisation et l'adhésion de tous les acteurs concernés, soit les personnes hébergées de même que leurs proches (incluant les personnes proches aidantes), les comités d'usagers et de résidents, les prestataires de services ainsi que les partenaires de la communauté.

Responsables et collaborateurs

Puisque ce premier Plan d'action est ministériel, l'entièreté des mesures présentées est sous la responsabilité du MSSS. Celui-ci partagera la mise en œuvre des diverses mesures avec ses directions concernées ainsi qu'avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les chercheurs des instituts universitaires et les partenaires de la communauté qui ont des missions connexes à l'hébergement de longue durée.



DÉPLOIEMENT DE LA POLITIQUE D'HÉBERGEMENT

Cinq mesures soutiendront le déploiement de la Politique d'hébergement dans l'ensemble des milieux d'hébergement de longue durée. Selon les échéanciers, certaines de ces mesures ont déjà été amorcées en 2021 alors que d'autres seront amorcées au cours des prochaines années. Le MSSS a fait le choix d'intégrer ces mesures au Plan d'action puisqu'elles contribuent à actualiser les éléments clés de la Politique d'hébergement, soit sa vision, ses principes directeurs et ses orientations, et à doter le Québec de milieux de vie et de soins de qualité et sécuritaires.

Les cinq mesures visent :

- un changement des pratiques organisationnelles ;
- une offre de soins et services intégrée qui tient compte de l'ensemble des profils de clientèles hébergées ;
- une formation adéquate pour du personnel compétent, apte à répondre aux besoins spécifiques des personnes hébergées.

MESURES	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
1. Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2026
2. Assurer une gestion de proximité par la présence des gestionnaires responsables dans chaque CHSLD et MDA MA	CHSLD MDA MA	2021-2026
3. Accompagner les prestataires de services et les soutenir dans l'appropriation de l'approche de la Politique d'hébergement	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2024
4. Mettre en place un comité-conseil en matière d'hébergement de longue durée	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2026
5. Harmoniser les CHSLD publics et privés	CHSLD	2021-2024

MESURE 1

Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement

Cette mesure vise à amener un changement des pratiques organisationnelles et une offre intégrée de soins et services qui tient compte de l'ensemble des profils de clientèles hébergées, par la mise en place d'équipes de gestionnaires responsables du déploiement de la Politique d'hébergement et de la mise en œuvre du Plan d'action dans chacun des établissements. Ces équipes devront être composées de gestionnaires de tous les secteurs concernés. En conséquence, elles doivent être représentatives de tous les milieux

d'hébergement et de toutes les personnes touchées par la Politique d'hébergement. Ces équipes devront non seulement travailler en collégialité, mais également établir des mécanismes de collaboration avec les parties prenantes afin d'assurer la cohérence des différentes actions à mettre en œuvre.

Les équipes de gestionnaires auront comme principales tâches d'élaborer un plan de déploiement de la Politique d'hébergement pour tous les milieux visés et pour toute la durée du Plan d'action, de coordonner les actions afférentes (planification des étapes, planification de l'échéancier, etc.) et d'assurer les relations ainsi que les collaborations entre établissements et acteurs concernés.

MESURE 2

Assurer une gestion de proximité par la présence des gestionnaires responsables dans chaque CHSLD et MDA MA

Cette mesure consiste à déployer et maintenir des gestionnaires responsables dans chaque CHSLD et MDA MA afin d'assurer une gestion de proximité dans chaque milieu de vie et de soins. La gestion de proximité permet non seulement aux équipes et aux personnes hébergées d'avoir un gestionnaire sur place, mais permet également de favoriser l'implication des prestataires de services dans les décisions qui concernent le milieu de vie et de soins. De plus, la mise en place d'un cogestionnaire médical dans chaque CHSLD contribuera à l'équilibre souhaité.

Le gestionnaire responsable doit mobiliser les connaissances et les savoirs expérientiels de tous les acteurs du milieu de vie et de soins afin de tirer profit de ces savoirs et compétences au bénéfice de la personne hébergée et de ses proches. L'implication des partenaires territoriaux et ceux du continuum de soins et de services sera également nécessaire pour optimiser l'offre de soins de santé, favorisant ainsi la cohabitation des approches « milieu de vie et milieu de soins ».

MESURE 3

Accompagner les prestataires de services et les soutenir dans l'appropriation de l'approche de la Politique d'hébergement

Cette mesure vise d'abord à instaurer l'approche prônée par la Politique d'hébergement dans l'ensemble des milieux d'hébergement et permettre à un personnel formé et compétent d'actualiser cette approche pour mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes hébergées. Cette mesure consiste ainsi à faire connaître l'approche de la Politique d'hébergement auprès des prestataires de services, des usagers et de leurs proches, à développer des contenus d'appropriation de la Politique d'hébergement pour faciliter son intégration et à rendre accessibles des formations pertinentes aux différents milieux d'hébergement. Les éléments de cette mesure devront également être intégrés au plan de déploiement (mesure 1).

MESURE 4

Mettre en place un comité-conseil en matière d'hébergement de longue durée

Le MSSS mettra en place un comité-conseil en matière d'hébergement de longue durée. Ce comité stratégique conseillera le MSSS sur des actions pertinentes à implanter à court, moyen et long terme pour parfaire l'offre de soins et services de longue durée et veiller à l'implantation de l'approche de la Politique d'hébergement.

Le comité-conseil sera composé d'acteurs représentant tous les milieux d'hébergement de longue durée, tous les types de clientèles ainsi que toutes les directions cliniques concernées. En outre, la composition de ce comité devra prévoir la participation d'usagers partenaires, de personnes proches aidantes, d'experts et de chercheurs.

MESURE 5

Harmoniser les CHSLD publics et privés

Cette mesure consiste à procéder à l'harmonisation des CHSLD publics et privés par le conventionnement des CHSLD privés non-conventionnés (CHSLD PNC). Elle a pour but d'assurer aux usagers la même qualité de soins et services ainsi que l'équité au niveau de la contribution financière de l'adulte hébergé, peu importe le CHSLD où ils résident. Elle vise également à assurer au personnel les mêmes conditions de travail, et ce, dans tous les CHSLD, partout au Québec.

Le conventionnement de l'ensemble des CHSLD PNC se poursuit graduellement jusqu'en 2024. Pendant cette période de transformation du modèle d'hébergement, l'inclusion des CHSLD PNC aux différentes mesures déployées dans le réseau de la santé et des services sociaux dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et services offerts sera essentielle (développement des compétences et formation, gestion de proximité et autres) à l'atteinte des objectifs.

AXE 1 : LA PERSONNE HÉBERGÉE

La personne hébergée est la personne adulte qui réside dans un milieu d'hébergement de longue durée, quels que soient son âge et son profil. Comme mentionné dans la Politique d'hébergement, la personne hébergée doit être considérée dans sa globalité et dans son unicité, peu importe ses capacités, son autonomie, son genre ou sa culture²⁴. Elle doit également, au sein de son milieu d'hébergement, être partie prenante de son processus d'intégration et de soins, et ce, tout au long de celui-ci.

Les quatre mesures de cet axe visent :

- une personnalisation des soins et services ;
- un meilleur soutien de l'autonomie des personnes hébergées ;
- un respect des habitudes de vie des personnes hébergées ;
- une amélioration continue des soins et services offerts aux personnes hébergées.

MESURES	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
6. Accueillir, accompagner et soutenir les personnes tout au long de leur hébergement	CHSLD RI-RTF MDA MA	2023-2026
7. Personnaliser les soins et les services par l'utilisation de l'histoire de vie et du projet de vie	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2025
8. Améliorer les pratiques en tenant compte de la satisfaction des personnes hébergées et de leurs proches	CHSLD RI-RTF MDA MA	2024-2026
9. Assurer une utilisation optimale des médicaments en CHSLD	CHSLD MDA	2022-2026

MESURE 6

Accueillir, accompagner et soutenir les personnes tout au long de leur hébergement

Cette mesure vise à assurer aux personnes hébergées un accueil adéquat pour qu'elles se sentent bienvenues dans leur nouveau milieu de vie et de soins. Au cours des consultations préalables à la rédaction de la Politique d'hébergement et du Plan d'action²⁵, les personnes hébergées et leurs proches ont signifié à quel point l'arrivée en milieu d'hébergement était une étape significative dans leur parcours de vie. L'accueil dans un nouveau milieu est crucial dans un parcours de soins et de services optimal. Le

24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*.

25. *Ibid.*

soutien à la transition vers un nouveau milieu d'hébergement (par exemple du domicile au CHSLD ou vers la RI) doit se faire de façon fluide et personnalisée. Le parcours en hébergement pour la personne et ses proches sera par ailleurs ponctué de différentes étapes. Il peut s'agir d'une perte de capacité, d'une fin de vie ou, encore, du décès d'autres résidents. Toutes ces étapes nécessitent un accompagnement particulier puisqu'elles sont vécues différemment, tant par la personne hébergée que par ses proches.

Cette mesure consiste donc à définir le processus d'accueil et d'accompagnement des personnes hébergées et leurs proches. Actuellement, chaque établissement déploie ses propres modèles de processus d'accueil et de transition. Cette mesure permettra d'élaborer un modèle qui mettra de l'avant les meilleures pratiques en la matière, tout en conservant la flexibilité nécessaire pour que le modèle puisse être adapté aux particularités de chaque milieu d'hébergement.

MESURE 7

Personnaliser les soins et les services par l'utilisation de l'histoire de vie et du projet de vie

Cette mesure vise la personnalisation des soins et services de même que le soutien de l'autonomie et le respect des habitudes de vie des personnes hébergées. Elle consiste donc à développer un modèle provincial pour l'utilisation des outils de l'histoire de vie et du projet de vie.

Les outils tels que le projet de vie et l'histoire de vie sont des moyens privilégiés pour répondre aux besoins spécifiques de la personne hébergée et personnaliser les soins et les services qui lui sont offerts. Beaucoup plus que des formulaires à compléter, ces outils permettent de mieux connaître la personne, son parcours de vie et ses attentes, de faciliter son implication et de mieux l'accompagner dans ses aspirations et ses objectifs de vie et aussi de l'aider à poursuivre ses habitudes de vie au sein du milieu d'hébergement.

MESURE 8

Améliorer les pratiques en tenant compte de la satisfaction des personnes hébergées et de leurs proches

Cette mesure vise une amélioration continue des soins et services offerts aux personnes hébergées ainsi que l'amélioration du soutien et de l'accompagnement offerts à leurs proches. Pour ce faire, un système d'appréciation harmonisé provincial de l'expérience client sera développé et implanté dans l'ensemble des milieux d'hébergement.

Cette mesure s'inscrit en complémentarité avec les processus d'évaluation de la qualité des soins et services déjà en place et les mécanismes d'assurance qualité²⁶, mais vise à considérer la voix de l'usager et de ses proches de manière plus spécifique. Lorsque ce système sera implanté, les données seront anonymisées et les résultats agrégés seront rendus publics et analysés dans une perspective d'amélioration continue.

MESURE 9

Assurer une utilisation optimale des médicaments en CHSLD

Cette mesure consiste à poursuivre le déploiement de la démarche d'optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services – antipsychotiques (OPUS-AP) et du projet d'évaluation de la personnalisation des soins pharmaceutiques (PEPS) en soins de longue durée.

Depuis 2017, les CISSS et les CIUSSS se sont engagés à intégrer la démarche OPUS-AP au sein de leurs CHSLD. Le but du projet OPUS-AP est d'améliorer la qualité et l'expérience des soins en CHSLD pour les personnes atteintes de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), leurs proches et le personnel, en réduisant l'usage inapproprié des antipsychotiques chez les usagers présentant des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et en valorisant des pratiques cliniques innovantes, dont les approches non pharmacologiques. Fondée sur l'initiative de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), maintenant appelée Excellence en santé Canada, cette démarche permet une intégration plus efficace des meilleures pratiques, une amélioration des soins grâce à une formation plus adéquate et une meilleure collaboration interdisciplinaire²⁷.

Plus précisément, la démarche OPUS-AP vise à :

- améliorer la qualité et l'expérience de soins pour les usagers, leurs proches et le personnel soignant ;
- renforcer l'application des stratégies de l'approche de base auprès des personnes vivant avec un TNCM²⁸ ;
- rehausser le recours aux interventions non pharmacologiques démontrées efficaces pour la prise en charge des SCPD en CHSLD ;
- élargir la portée du projet en vue d'un usage judicieux d'autres médicaments.

26. Divers mécanismes d'assurance qualité s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts, notamment : l'agrément des établissements, les visites d'inspection (lorsqu'elles sont requises) dans toute installation maintenue par un établissement, la déclaration obligatoire des incidents et accidents, le régime d'examen des plaintes, les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie, l'évaluation des programmes ou des interventions du MSSS, le Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner et les normes de pratiques des ordres professionnels. L'ensemble de ces mécanismes sert de levier pour assurer une vigie sur la qualité des soins et services offerts.

27. EXCELLENCE EN SANTÉ CANADA (2022). Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP) au Québec.

28. Cette approche prévient de manière significative (80 %) la présence de SCPD.

Pour sa part, le projet PEPS en soins de longue durée propose, dans les CHSLD, d'augmenter l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des infirmières, de réorganiser stratégiquement les soins, de former le personnel soignant et de faire réviser les médicaments par le pharmacien en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Les deux démarches étant complémentaires, les projets PEPS et OPUS-AP uniront leurs forces pour devenir la nouvelle démarche intégrée OPUS-AP/PEPS, dont le déploiement dans l'ensemble des CHSLD et des MDA MA de la province sera amorcé en 2022.

De surcroît, considérant l'importance du rôle du pharmacien dans le cadre de la mise en place des approches PEPS et OPUS-AP, le MSSS a aussi mis en œuvre un plan d'action visant à intéresser davantage de pharmaciens à la pratique en soins de longue durée et auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce plan d'action vise l'embauche accrue et l'intégration harmonieuse de pharmaciens dans les équipes de pharmacie des établissements de santé et de services sociaux, et ce, dans le but de soutenir la consolidation des soins et services pour les clientèles en CHSLD et en MDA MA.

AXE 2 : LES PROCHEs

Les proches sont toutes les personnes qui font partie de l'entourage de la personne hébergée et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non²⁹. Cette relation peut être amicale, de voisinage, de travail, de couple, etc. Parmi les proches, on compte notamment les personnes qui agissent à titre de représentant légal d'une personne déclarée inapte ainsi que les personnes proches aidantes (PPA).

Selon la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (LPPA)* :

« Personne proche aidante désigne toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. Il peut également entraîner des répercussions financières pour la personne proche aidante ou limiter sa capacité à prendre soin de sa propre santé physique et mentale ou à assumer ses autres responsabilités sociales et familiales »³⁰.

Tel que précisé dans la Politique d'hébergement, « en contexte d'hébergement, il est important de préserver le lien de la personne hébergée avec ses proches, mais également de les reconnaître, de les mobiliser et de les soutenir.³¹ » Ainsi, une mesure sera déployée pour soutenir les proches en hébergement de longue durée, qui s'inscrit en cohérence et en complémentarité avec la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes*³² et le *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026*³³, respectivement publiés en avril 2021 et en octobre 2021.

La mesure de cet axe vise à ce que :

- les proches se sentent accueillis et bienvenus dans le milieu de vie et de soins ;
- les proches soient de réels partenaires ;
- les proches soient soutenus et accompagnés tout au long de l'hébergement et lors des transitions.

29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*.

30. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes : RLRQ Chapitre R-1.1*.

31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*, p. 35.

32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*.

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 – Reconnaître pour mieux soutenir*.

MESURE	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
10. Accueillir, accompagner et soutenir les proches de la personne hébergée	CHSLD RI-RTF MDA MA	2023-2026

MESURE 10

Accueillir, accompagner et soutenir les proches de la personne hébergée

Cette mesure vise à ce que les proches se sentent accueillis et bienvenus dans le milieu de vie et de soins, qu'ils soient de réels partenaires et qu'ils soient soutenus et accompagnés tout au long de l'hébergement et lors des transitions. La mesure consiste à élaborer, en collaboration avec les proches, un modèle harmonisé de plan d'accueil et d'accompagnement des proches et à déployer ce modèle dans l'ensemble des milieux d'hébergement.

Les PPA connaissent bien les préférences et les habitudes de la personne hébergée. Elles constituent par conséquent des partenaires importants pour les milieux de vie et de soins. La richesse des savoirs expérientiels des PPA doit être mobilisée tout au long du parcours de la personne hébergée et doit être prise en considération dans le soutien qui est offert à cette personne par l'ensemble du personnel qui gravite autour d'elle. Il est également important d'encourager l'expression d'un respect mutuel des choix et des volontés de chacun à l'intérieur de la dynamique relationnelle de la dyade aidant(e)-aidé(e). La reconnaissance des PPA comme alliées précieuses et partenaires doit toutefois se faire sans présumer de leur implication et sans leur imposer un rôle ou les empêcher d'exercer un rôle choisi.

Les PPA peuvent également avoir besoin de soutien. En effet, tout aussi gratifiant et valorisant que puisse être le fait d'aider l'autre, le surcroît de responsabilités inhérent au rôle de PPA peut entraîner des répercussions significatives sur la vie familiale, sociale, étudiante et professionnelle, sur le mode de vie, sur la santé physique et psychologique ainsi que sur la situation financière. Il importe également de respecter les capacités des PPA et leur volonté d'engagement. Les PPA doivent avoir la possibilité de réévaluer, moduler ou révoquer leur engagement tout au long du parcours de la dyade aidant(e)-aidé(e) et être accueillies sans jugement dans leur décision.

Le modèle qui sera ainsi déployé devra tenir compte de l'ensemble de ces facteurs.

AXE 3 : LES PRESTATAIRES DE SERVICES

Les prestataires de services sont l'ensemble des personnes œuvrant dans les milieux de vie et de soins : gestionnaires, préposés aux bénéficiaires, professionnels, techniciens, personnel des services techniques, responsables de RI ou de RTF, employés/remplaçants compétents de RI ou de RTF, médecins, etc. Toutes ces personnes font une différence dans la vie de la personne hébergée. Qu'ils jouent un rôle administratif ou qu'ils dispensent des soins de proximité à la personne, tous les acteurs doivent tenir compte des capacités, des préférences et des besoins évolutifs des personnes hébergées, tout en considérant leur culture et leur langue³⁴.

Dans le contexte socio-économique actuel, les défis associés à la pénurie de main-d'œuvre ne peuvent être ignorés. Il s'agit d'un enjeu important pour le réseau de la santé et des services sociaux qui y est confronté, comme également le secteur de l'hébergement de longue durée, particulièrement depuis le début de la pandémie de COVID-19. Ainsi, afin d'assurer une prestation de soins et services sécuritaires, il importe d'innover en matière d'organisation des soins et services.

La présence suffisante, stable et continue de prestataires de services compétents est essentielle pour offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes hébergées et de leurs proches et les stratégies pour assurer cette présence sont multiples. La reconnaissance de l'expertise et des compétences des prestataires de services et le soutien de leur autonomie décisionnelle sont des exemples de stratégies efficaces qui contribuent à améliorer la qualité des soins et services offerts.

Les quatre mesures de cet axe visent :

- une mise en œuvre concrète de la vision, des principes directeurs et des orientations de la Politique d'hébergement dans les milieux d'hébergement ;
- une prestation de soins et services de qualité ;
- des équipes de soins mobilisées dans l'actualisation de la Politique d'hébergement pour offrir des soins et services personnalisés et adaptés aux besoins et préférences des personnes hébergées ;
- une meilleure optimisation des rôles et responsabilités des prestataires de services, ce qui entraînera une meilleure attraction et rétention de la main-d'œuvre.

MESURES	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
11. Soutenir les prestataires de services dans l'actualisation de la Politique d'hébergement par le déploiement de chargés de projet en soutien clinique	CHSLD RI-RTF MDA MA	2021-2026
12. Renforcer le rôle des préposés aux bénéficiaires en CHSLD	CHSLD	2021-2026

34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*, p. 39

MESURES	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
13. Soutenir l'amélioration continue des soins et services par la mise en œuvre d'initiatives locales avec la participation de tous les acteurs concernés	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2026
14. Bonifier l'encadrement de la qualité des milieux de vie	CHSLD RI-RTF MDA	2022-2024

MESURE 11

Soutenir les prestataires de services dans l'actualisation de la Politique d'hébergement par le déploiement de chargés de projet en soutien clinique

Cette mesure vise à traduire en actions concrètes les orientations de la Politique d'hébergement et mettre en œuvre sa vision et ses principes directeurs dans les milieux d'hébergement. C'est par la mobilisation des équipes que pourra s'actualiser la Politique d'hébergement et que les mesures du Plan d'action s'appliqueront. Pour ce faire, chaque établissement pourra se doter de chargés de projet en soutien clinique, pour toute la durée du Plan d'action. Le nombre de postes octroyés à chaque établissement varie en fonction du nombre de lits d'hébergement et de l'étendue du territoire couvert.

En collaboration avec les équipes de gestionnaires responsables (mesure 1), les chargés de projet en soutien clinique auront pour principal mandat de promouvoir et soutenir l'implantation de la vision et des principes directeurs de la Politique d'hébergement directement dans les milieux d'hébergement, auprès de tous les acteurs gravitant autour des personnes hébergées et de leurs proches. Ils devront sensibiliser les équipes sur l'approche de la Politique d'hébergement et participer à la mise en place des moyens d'appropriation et d'implantation des nouvelles pratiques et de certaines mesures du Plan d'action, comme prévu dans le plan de déploiement (mesure 1).

De façon plus précise, le mandat des chargés de projet en soutien clinique s'articule autour des éléments suivants :

- faire connaître les éléments clés de la Politique d'hébergement auprès de tous les acteurs qui gravitent autour des personnes hébergées et de leurs proches ;
- être un agent mobilisateur dans la recherche de solutions afin d'actualiser la Politique d'hébergement et mettre en place différentes mesures du Plan d'action ;
- participer aux activités provinciales de soutien et de coordination des chargés de projet en soutien clinique du MSSS ;
- travailler en étroite collaboration avec les gestionnaires responsables du déploiement de la Politique d'hébergement de chaque programme-service.

À noter qu'un chargé de projet provincial aura comme mandat de soutenir l'ensemble des équipes de chargés de projet des établissements, notamment en partageant les bonnes pratiques.

MESURE 12

Renforcer le rôle des préposés aux bénéficiaires en CHSLD

Cette mesure consiste d'abord à pérenniser la dotation de 10 000 préposés aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD. Pour y arriver, il est primordial que les PAB en poste ainsi que tous les nouveaux PAB puissent se sentir soutenus, encadrés et accueillis convenablement.

À cet effet, il est nécessaire de porter une attention particulière aux processus d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouveaux employés, sans négliger notamment les activités de sensibilisation, de promotion de la santé au travail et de prévention des risques professionnels et des risques inhérents au travail. Les établissements doivent en ce sens prévoir des actions concrètes pour outiller et soutenir les nouveaux employés (formation, accompagnement individuel, simulation, etc.)³⁵.

Les PAB assument un rôle crucial dans l'équipe de soins puisqu'ils contribuent notamment à :

- renforcer la prévention et le traitement du déconditionnement ;
- repérer des problématiques de santé lorsqu'un changement dans l'état d'une personne survient ;
- soutenir une approche de bienveillance ;
- offrir des soins d'assistance en cohérence avec les besoins de la personne.

Cette mesure consiste ensuite à améliorer l'attraction et la rétention des PAB dans les CHSLD. Pour soutenir les démarches des établissements en ce sens, des mesures provinciales ont été prises. Le cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des PAB soumis en 2019 détaille chacune des étapes à mettre en œuvre pour élaborer un programme d'accueil et d'intégration et rappelle l'importance de l'engagement de tous les acteurs concernés par ce processus. Il prévoit également le déploiement de PAB coachs pour favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux PAB ainsi que l'application par ceux-ci des mesures en santé et sécurité au travail.

MESURE 13

Soutenir l'amélioration continue des soins et services par la mise en œuvre d'initiatives locales avec la participation de tous les acteurs concernés

Cette mesure consiste, dans un premier temps, à réaliser un appel de projets qui visent le mieux-être des personnes hébergées tout en soutenant leur participation sociale, puis, dans un second temps, à mettre en œuvre les projets retenus. Ces projets devront constituer des initiatives locales qui émergent des milieux d'hébergement. Ils pourraient concerner notamment :

- le traitement et la prévention du déconditionnement ;

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée.*

- l'innovation en matière d'interdisciplinarité ;
- la conciliation entre le milieu de soins et le milieu de vie.

Il sera essentiel que ces projets soutiennent non seulement la participation sociale des personnes hébergées, mais également la participation de l'ensemble des acteurs concernés au sein des milieux d'hébergement en misant notamment sur l'interdisciplinarité et l'optimisation des rôles et responsabilités de chacun. La pénurie de main-d'œuvre constitue un enjeu majeur au travail interdisciplinaire, d'où la nécessité d'innover. L'utilisation à bon escient des compétences et des forces de chacun est un domaine de compétence central en matière de collaboration interprofessionnelle³⁶. De plus, l'implication de l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire favorise le sentiment d'appartenance. Il est également important d'avoir des milieux de travail agréables et stimulants pour favoriser l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

MESURE 14

Bonifier l'encadrement de la qualité des milieux de vie

Cette mesure vise à s'assurer que les milieux de vie et de soins répondent adéquatement aux besoins évolutifs de soins et services des personnes hébergées, tout en demeurant sécuritaires, agréables et humains pour les prestataires de services. Ce premier volet de la mesure vise par ailleurs à s'assurer que les lacunes et les manquements observés sont corrigés dans les meilleurs délais et que les stratégies d'amélioration sont réellement efficaces. Cette mesure prévoit par conséquent une collaboration entre les actions du MSSS et celles des établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre du contrôle de la qualité.

Au total, trois actions seront réalisées dans le cadre de cette mesure :

- renforcer les mécanismes de contrôle et de suivi pour rehausser la qualité des milieux de vie et le suivi étroit de ceux démontrant des enjeux de conformité ;
- clarifier les rôles et responsabilités du MSSS et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux en matière de contrôle de la qualité pour assurer la complémentarité et l'efficacité des interventions dans les milieux de vie et de soins ;
- mettre en place une gestion de proximité dans les milieux d'hébergement pour favoriser la participation de tous les acteurs concernés à l'atteinte des objectifs, et pour développer les liens ainsi que le sentiment d'appartenance des membres de l'équipe et soutenir les pratiques, en collaboration avec les directions cliniques.

Le deuxième volet de cette mesure concerne le processus qualité dans les RI et les RTF qui est appliqué dans le réseau (processus du contrôle de la qualité). Cette action s'inscrit dans la phase 2 du projet pilote d'expérimentation du système de contrôle de la qualité (RI-RTF) ayant pour but d'harmoniser et de structurer le processus. Ce dernier permet à l'établissement de mettre en œuvre sa responsabilité quant à la qualité des services rendus aux usagers, tant par la ressource que par un partenaire que par lui-même.

36. CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*.

AXE 4 : LE MILIEU DE VIE ET DE SOINS

Le milieu d'hébergement est avant tout le milieu de vie de la personne hébergée dans lequel sont offerts les services et les soins dont elle a besoin. La conciliation entre le milieu de vie et le milieu de soins doit toujours être recherchée afin que la personne hébergée reçoive les soins requis pour maintenir son autonomie, mais aussi les soins qui assureront son bien-être physique et mental. Cette conciliation devra également prendre en compte l'individualisation dans un contexte de collectivité³⁷.

La notion de milieu de vie fait référence à un « lieu résidentiel le plus normalisant possible, qui facilite l'appropriation par le résident et la personnalisation de son espace. Par « normalisant », nous entendons ici qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés »³⁸.

La notion de milieu de soins, quant à elle, constitue un milieu d'hébergement qui offre les soins de santé requis par l'état de la personne hébergée. Cette notion réfère notamment à la nécessité d'une présence infirmière 24 heures par jour, 7 jours sur 7, à la présence d'équipes spécialisées (dont les équipes médicales), ainsi qu'à l'équipement médical et au matériel de soins, en raison de la complexité des besoins de santé et d'assistance des personnes hébergées³⁹.

Le milieu de vie et de soins doit s'adapter aux besoins biopsychosociaux évolutifs de la personne afin notamment de diminuer les transitions sans valeur ajoutée. Il doit permettre également la cohabitation du respect et du mieux-être individuel et collectif des personnes hébergées en tenant compte des droits et libertés de chacun. Il est également attendu d'un milieu de vie et de soins qu'il soit accueillant et inclusif pour les proches, qu'il favorise les interactions entre pairs et avec la communauté et qu'il préserve la santé et la sécurité des prestataires de services.

Les huit mesures de cet axe visent :

- une meilleure conciliation entre le milieu de vie et le milieu de soins ;
- des milieux de vie et de soins personnalisés pour que les personnes hébergées se sentent chez elles ;
- des milieux de vie et de soins adaptés et accessibles aux personnes ayant des limitations physiques ;
- des milieux de vie et de soins inclusifs qui respectent et soutiennent les besoins d'intimité des personnes hébergées ;
- des milieux de vie et de soins qui permettent la participation active des personnes hébergées à la collectivité de leur milieu.

37. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.

38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*.

39. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.

MESURES	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
15. Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins	CHSLD	2021-2026
16. Consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD	CHSLD MDA	2021-2026
17. Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2024
18. Soutenir la conciliation des besoins individuels et collectifs dans les milieux de vie et de soins par l'actualisation d'un code de vie	CHSLD RI-RTF MDA MA	2024-2026
19. Améliorer l'expérience repas des personnes hébergées par la mise en œuvre du Plan d'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD	CHSLD MDA MA	2022-2026
20. Offrir des milieux de vie et de soins sécuritaires par la consolidation des mesures de prévention et de contrôle des infections	CHSLD RI-RTF MDA MA	2021-2026
21. Implanter le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD	CHSLD MDA MA	2021-2026
22. Adapter l'environnement et l'offre de soins et services aux réalités des personnes hébergées ayant une perte auditive	CHSLD RI-RTF MDA MA	2021-2026

MESURE 15

Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins

Cette mesure vise à ce que les milieux de vie et de soins soient personnalisés, pour que les personnes hébergées se sentent comme à la maison, et qu'ils soient adaptés et accessibles aux personnes ayant des limitations physiques. La mesure consiste à soutenir financièrement les établissements pour qu'ils puissent améliorer l'environnement physique par des rénovations fonctionnelles mineures ou encore par des ajouts qui rendront le milieu de vie et de soins plus agréable, convivial, accueillant et sécuritaire. Elle permettra également de donner des balises aux établissements afin de reconnaître le caractère prioritaire d'entretien des milieux de vie où les personnes hébergées résident en permanence. Ces balises devront permettre :

- 1) de reconnaître le caractère prioritaire des milieux d'hébergement de longue durée dans la planification des rénovations ;
- 2) de laisser aux personnes hébergées le soin de personnaliser de manière autonome leur milieu de vie afin que leurs besoins et préférences soient toujours au cœur des décisions.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de balises quant à la priorisation des rénovations dans les établissements. Cette priorisation est donc différente d'un territoire à l'autre. Ainsi, l'objectif est de baliser les pratiques de rénovation et de personnalisation du milieu de vie et de soins afin que les besoins et préférences des personnes hébergées soient toujours au cœur des décisions.

MESURE 16

Consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD

Cette mesure vise à consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD par la mise en œuvre des éléments suivants :

- soutenir la poursuite des activités de la Communauté de pratique des médecins en CHSLD (CPMCHSLD) ;
- favoriser la liaison entre la Communauté virtuelle de pratique continuum aînés et la CPMCHSLD pour développer une vision interprofessionnelle commune ;
- déployer des orientations et guides de pratiques médicales en soins de longue durée.

Les personnes hébergées en CHSLD présentent la plupart du temps des conditions de santé complexes. La concomitance de problématiques de santé physique et mentale requiert une organisation agile des soins médicaux gériatriques (incluant la télésanté), afin d'offrir une réponse rapide, permettant ainsi d'éviter plusieurs transferts évitables et souvent nuisibles pour l'autonomie de la personne âgée.

La présence d'un cogestionnaire médical en appui à l'équipe interdisciplinaire permet d'améliorer la cohésion dans les soins offerts et d'assurer des soins sécuritaires et de qualité optimale. Cette collaboration interprofessionnelle inclut l'usager et ses proches, lesquels participent à la prise de décision concernant les soins et services les plus adéquats et adaptés, en fonction de l'état de santé, du pronostic et de la volonté de ces derniers.

MESURE 17

Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées

Cette mesure vise à ce que les milieux de vie et de soins soient inclusifs. Le respect de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre des personnes hébergées de même que le respect et le soutien des besoins d'intimité de ces personnes devraient être au cœur des pratiques et des valeurs d'un milieu de vie collectif, et ce, en évitant toute forme de stigmatisation. Cette mesure consiste à développer des lignes directrices qui soutiendront les établissements dans l'adaptation des milieux et des pratiques en matière d'intimité, de sexualité et de diversité sexuelle et de genre, selon les besoins des personnes adultes hébergées. Pour y parvenir, un comité de travail représentant les différentes clientèles hébergées sera mis sur pied.

L'intimité, la sexualité et la diversité sexuelle et de genre sont des thèmes souvent tabous dans les milieux d'hébergement ce qui complexifie l'action des prestataires de services lors de l'accompagnement d'une personne qui exprime des besoins d'intimité et de sexualité ou qui dévoile son orientation sexuelle ou son identité de genre. Des enjeux éthiques se posent souvent face à des situations en lien avec la satisfaction des besoins d'intimité affective et sexuelle⁴⁰. Des lignes directrices permettront de mieux orienter les prestataires de services à cet égard.

MESURE 18

Soutenir la conciliation des besoins individuels et collectifs dans les milieux de vie et de soins par l'actualisation d'un code de vie

Cette mesure, pour favoriser l'autonomie, vise à ce que les milieux de vie et de soins permettent et soutiennent une participation active des personnes hébergées à la collectivité de leur milieu ainsi qu'une meilleure conciliation entre les besoins individuels des personnes hébergées et les besoins collectifs du milieu de vie et de soins. Cette mesure consiste à élaborer et à déployer un modèle provincial de code de vie adaptable à chaque milieu d'hébergement qui permette d'actualiser le code d'éthique de l'établissement et d'harmoniser les valeurs des établissements aux orientations de la Politique d'hébergement, en impliquant, mobilisant et responsabilisant toutes les parties prenantes : les usagers, leurs proches, les prestataires de services et les comités d'usagers et de résidents. Le code de vie vise également à créer un équilibre entre les besoins individuels et les besoins collectifs du milieu de vie. Ce modèle servira de base à partir duquel chaque milieu d'hébergement, en partenariat avec les personnes hébergées, pourra élaborer son propre code de vie adapté à ses spécificités et à sa clientèle.

Il importe de rappeler que l'article 233 de la LSSSS précise que tous les établissements doivent adopter un code d'éthique et en remettre une copie à tout usager qu'il héberge et le rendre disponible à toute personne qui en fait la demande⁴¹. Il en va de même dans les RI ou les RTF.

Le code de vie est un document qui énonce les principes que l'établissement déclare respecter dans ses activités afin d'améliorer la qualité des soins et des services :

- il sera facilement accessible à tous et servira à améliorer la prise de conscience, l'identification et la compréhension des enjeux éthiques ;
- il permettra l'autodétermination des personnes hébergées.

40. COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE SUR LE VIEILLISSEMENT (2021). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques*.

41. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : RLRQ, Chapitre S-4.2*.

MESURE 19

Améliorer l'expérience repas des personnes hébergées par la mise en œuvre du Plan d'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD

Cette mesure vise à améliorer l'offre alimentaire en CHSLD pour proposer aux personnes hébergées une expérience culinaire satisfaisante, tenant compte de leurs besoins nutritionnels, de leurs goûts, de leurs préférences et de leur histoire. Pour y parvenir, tous les acteurs devront travailler en étroite collaboration : les CISSS et les CIUSSS, les personnes hébergées en CHSLD, les personnes proches aidantes ainsi que les personnes directement concernées par l'alimentation, dont les équipes du service alimentaire. Cette mesure, qui sera également implantée dans les MDA MA, compte quatre actions :

- soutenir des initiatives améliorant la qualité des repas servis aux personnes hébergées en CHSLD, telles que l'ajout de ressources humaines et la formation du personnel concerné par l'alimentation, la personnalisation de l'offre alimentaire, la production de recettes, l'amélioration de la qualité des aliments et de l'activité repas ainsi que l'achat d'équipements essentiels à l'offre alimentaire ;
- identifier les meilleures pratiques concernant le processus d'élaboration d'une offre alimentaire dans les établissements de santé, incluant les normes à respecter lors de l'élaboration des menus ainsi que la satisfaction et les préférences des personnes hébergées ;
- effectuer une amélioration continue de « l'expérience client » en apportant les ajustements nécessaires à l'offre alimentaire pour répondre aux préférences des personnes hébergées ;
- améliorer les processus actuels associés à l'offre alimentaire, de la préparation des plats à leur consommation par les personnes hébergées⁴².

MESURE 20

Offrir des milieux de vie et de soins sécuritaires par la consolidation des mesures de prévention et de contrôle des infections

Cette mesure consiste à consolider les actions de prévention et de contrôle des infections (PCI) mises en place au courant de la pandémie de COVID-19 afin d'offrir des milieux de vie et de soins sécuritaires aux personnes hébergées. Il est essentiel de consolider ces actions pour renforcer les mesures de base en PCI dans les soins et services de longue durée. Diverses actions sont déjà en place et les pratiques dans les milieux d'hébergement se sont modifiées et adaptées pour offrir des soins et services plus sécuritaires. Les mesures en PCI doivent maintenant être consolidées pour assurer leur pérennité. Cela passera notamment par :

- la surveillance des infections nosocomiales incluant la collecte et l'analyse des données ainsi que le dépistage, selon la situation épidémiologique et le risque encouru pour la sécurité des usagers ;
- l'augmentation des pratiques de base en hygiène et salubrité ;

42. Un mandat a été confié à l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec pour améliorer les processus associés à l'offre alimentaire.

- l'augmentation du soutien de l'équipe de PCI de l'établissement dans les divers milieux d'hébergement de longue durée (CHSLD, RI et RTF).

MESURE 21

Implanter le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD

Cette mesure consiste à poursuivre l'implantation du Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD (PQSBHB) dans une perspective d'amélioration et de maintien de la santé buccodentaire des résidents en CHSLD. Ce programme, qui est offert à tous les résidents des CHSLD publics et privés conventionnés, incluant les places achetées, permet de mettre en place des soins d'hygiène quotidiens de la bouche ainsi que des soins buccodentaires préventifs et curatifs, incluant des services de confection et de réparation de prothèses dentaires amovibles. Ces soins sont offerts selon une approche de collaboration et de concertation interdisciplinaires et une approche holistique de la santé où chacun des professionnels concernés, soit l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le préposé aux bénéficiaires, le dentiste, l'hygiéniste dentaire, le denturologiste et le médecin, a un rôle important et indispensable à jouer. Le MSSS prévoit également l'implantation du PQSBHB dans les MDA MA ainsi que dans d'autres milieux de vie.

MESURE 22

Adapter l'environnement et l'offre de soins et services aux réalités des personnes hébergées ayant une perte auditive

Cette mesure consiste à poursuivre les travaux en cours portant sur la santé auditive en milieu d'hébergement et à adapter les pratiques afin de favoriser la santé auditive des personnes hébergées. La perte auditive figure parmi les défis auxquels plusieurs personnes vivant en milieu d'hébergement doivent faire face. La perte auditive peut diminuer considérablement la qualité de vie d'un individu, car elle peut entraîner notamment des problèmes de communication, de la détresse, de l'isolement social et avoir un impact sur la diminution des fonctions motrices et cognitives.

Le MSSS mène actuellement des travaux en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour répertorier les pratiques pertinentes et déterminer les conditions favorables à leur implantation. L'objectif est d'adapter les pratiques dans l'ensemble des milieux d'hébergement de longue durée pour les personnes ayant des pertes auditives. Ces pratiques permettront d'améliorer la perception auditive, de détecter les pertes auditives ou d'en diminuer les impacts.

AXE 5 : LA COMMUNAUTÉ

La communauté constitue un système social structuré qui englobe les personnes et aussi les lieux, tels que les milieux d'hébergement, les logements, les écoles, les lieux de travail, les lieux de loisirs, les organismes communautaires et les commerces. Les bénévoles qui œuvrent au sein des milieux d'hébergement, comme les proches des personnes hébergées, font donc aussi partie de cette communauté.

Ainsi, il importe que la communauté soit notamment ouverte et en interaction avec les milieux d'hébergement, favorise la poursuite des activités de la personne hébergée dans sa communauté locale, soutienne et permette la réalisation du projet de vie et de la participation sociale de la personne et soit contributive à la planification d'activités des milieux d'hébergement de son territoire⁴³.

Les trois mesures de cet axe visent :

- une meilleure connaissance des milieux d'hébergement et des bonnes pratiques qui s'y font, notamment par la population, les futures personnes hébergées, les partenaires de la communauté et les réseaux locaux de services (RLS) ;
- un meilleur soutien des initiatives issues de la communauté pour développer des modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs ;
- une plus grande implication de la communauté au sein des milieux d'hébergement.

MESURES	MILIEUX VISÉS	ÉCHÉANCIERS
23. Faire connaître les milieux d'hébergement et leurs bonnes pratiques auprès de la population	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2026
24. Soutenir et baliser le développement de modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs	Milieux alternatifs	2022-2026
25. Impliquer la communauté dans les milieux de vie et de soins pour soutenir la participation sociale des personnes hébergées	CHSLD RI-RTF MDA MA	2022-2026

MESURE 23

Faire connaître les milieux d'hébergement et leurs bonnes pratiques auprès de la population

Cette mesure vise à ce que la population, les futures personnes hébergées et l'ensemble des partenaires de la communauté aient une meilleure connaissance des milieux d'hébergement et des bonnes pratiques qui s'y font ainsi que du travail des prestataires de services pour notamment valoriser ce travail et favoriser l'attraction et la rétention du personnel. Une stratégie de communication sera développée afin de faire

43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent.*

ceux qui seront réalisés dans le cadre du Plan d'action (mesure 13). Cette stratégie permettra également de mieux faire connaître les milieux d'hébergement ainsi que le travail réalisé par les prestataires de services.

MESURE 24

Soutenir et baliser le développement de modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs

Cette mesure, par l'élaboration d'un cadre de référence concernant le continuum d'habitation et d'hébergement, vise à offrir un meilleur soutien aux initiatives issues de la communauté dans le développement de modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs. Ce cadre de référence permettra de soutenir le développement des initiatives de la communauté en se dotant de critères et de balises liés aux aspects réglementaires, législatifs et contractuels. Cette mesure vise également à diversifier les différents milieux d'habitation et d'hébergement (améliorer la flexibilité, l'accessibilité, la disponibilité) et à répondre aux besoins spécifiques de certains groupes de personnes, tout en assurant une offre de soins et de services de qualité et sécuritaires.

Il existe différents modèles d'habitation et d'hébergement qui visent à répondre à des besoins spécifiques et qui s'inscrivent souvent dans un cadre législatif et réglementaire. Cependant, les modèles existants ne sont pas toujours suffisants pour couvrir l'ensemble des besoins de la population. Il arrive que des initiatives émergent de la communauté pour répondre à ces besoins. Ce cadre de référence sera donc un outil qui permettra de mieux encadrer et soutenir le développement de ces initiatives.

MESURE 25

Impliquer la communauté dans les milieux de vie et de soins pour soutenir la participation sociale des personnes hébergées

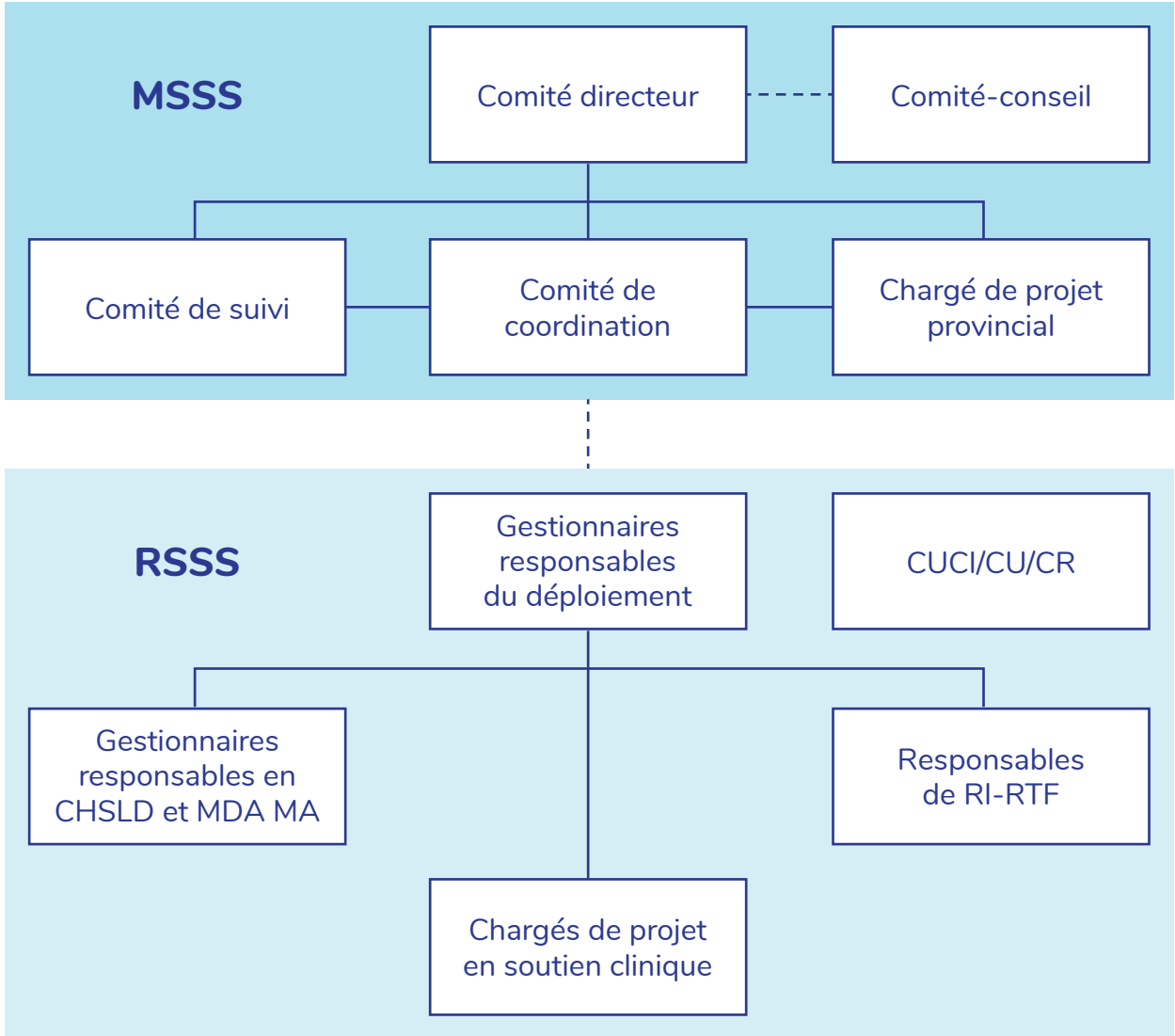
Cette mesure vise à soutenir l'implication de la communauté au sein des milieux d'hébergement et à développer une meilleure connaissance de ceux-ci dans les RLS. Pour ce faire, le MSSS octroie du financement dès 2022-2023 à chaque établissement pour soutenir la réalisation de projets avec des partenaires de la communauté qui favoriseront l'inclusion des milieux d'hébergement au sein de la communauté et la participation sociale des personnes hébergées. L'utilisation de ce financement et les moyens envisagés pour soutenir l'implication de la communauté dans les milieux de vie et de soins devront s'inscrire dans le plan de déploiement prévu (mesure 1).

Cette mesure vise également à améliorer les partenariats entre les groupes de la communauté et les milieux de vie et de soins, notamment par des activités inclusives qui réunissent les personnes hébergées avec des personnes de la communauté. Cette mesure vise également à favoriser les activités à l'extérieur des milieux de vie pour les usagers qui le souhaitent.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

Pour viser le mieux-être des personnes hébergées et soutenir la mise en œuvre du Plan d'action, l'implication de nombreux acteurs est nécessaire. Le MSSS a la responsabilité d'assurer la coordination et le suivi des actions du Plan d'action et doit mettre en place une structure de gouverne qui permettra d'y parvenir. Le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) doit quant à lui assurer le déploiement des différentes actions dans les milieux d'hébergement. Le MSSS et le RSSS, incluant les partenaires de la communauté, doivent ainsi travailler en étroite collaboration afin d'assurer la mise en œuvre du Plan d'action. Il importe également d'impliquer l'ensemble des acteurs qui gravitent autour des personnes hébergées, tels que les bénévoles, les proches et les partenaires de la communauté.

STRUCTURE DE GOUVERNE



RÔLES ET RESPONSABILITÉS

MSSS

Le MSSS a la responsabilité de coordonner et d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Plan d'action. Il doit donc mettre en place la structure de gouverne nécessaire et travailler en étroite collaboration avec les établissements du RSSS. Plusieurs comités sont ainsi mis en place au sein du MSSS afin de soutenir cette coordination.

Comité directeur : responsable de la direction du Plan d'action. Il est composé des sous-ministres adjointes et des directeurs des directions cliniques concernées par le Plan d'action.

Comité de coordination : responsable d'assurer la coordination des travaux et de la mise en œuvre du Plan d'action. Il est composé du chargé de projet provincial et de professionnels des différentes directions cliniques concernées par le Plan d'action.

Comité de suivi : responsable d'assurer le suivi de la mise en œuvre des mesures du Plan d'action par l'analyse des indicateurs de mise en œuvre et d'effets sur la qualité de vie des personnes hébergées. Il est composé du chargé de projet provincial et des différentes directions ministérielles concernées par chacune des mesures.

Chargé de projet provincial : responsable de soutenir l'ensemble des équipes de chargés de projet des établissements et de diffuser les meilleures pratiques.

Comité-conseil : responsable de conseiller le ministère sur des actions pertinentes à implanter à court, moyen et long terme pour assurer le mieux-être des personnes hébergées en fonction de leurs besoins et préférences. Il est composé d'usagers partenaires, de personnes proches aidantes, d'experts et de chercheurs.

Établissements

Les établissements du RSSS doivent assurer la mise en œuvre de chacune des mesures du Plan d'action dans les milieux d'hébergement de leur territoire. Chaque établissement a la responsabilité de mettre en place sa propre structure de gouverne pour soutenir la réalisation du Plan d'action. De plus, il revient à chaque établissement d'assurer la concertation avec les acteurs de la communauté pour soutenir l'actualisation de la Politique d'hébergement et la mise en œuvre du Plan d'action. Plus précisément, voici les attentes du MSSS quant à la structure de gouverne qui sera élaborée et mise en place par chaque établissement :

- assurer la représentation de tous les milieux d'hébergement concernés par la Politique d'hébergement ;
- assurer la représentation de toutes les clientèles adultes concernées par la Politique d'hébergement ;
- assurer la collaboration avec les directions cliniques de l'établissement.

Gestionnaires responsables du déploiement : responsables d'assurer le déploiement de la Politique d'hébergement et la mise en œuvre du Plan d'action dans les milieux d'hébergement (mesure 1). Ils sont des gestionnaires de chacun des secteurs concernés par la Politique d'hébergement et le Plan d'action, dont les différents programmes-services.

Chargés de projet en soutien clinique : responsables de soutenir les équipes cliniques dans les milieux d'hébergement dans l'actualisation de la vision, des principes directeurs et des orientations de la Politique d'hébergement (mesure 7).

Gestionnaires responsables en CHSLD et en MDA MA : responsables d'assurer une gestion de proximité dans les CHSLD et MDA MA. Ils sont présents dans chacune des installations CHSLD et en MDA MA.

Responsables des RI et RTF : responsables d'offrir le gîte et couvert et d'intervenir auprès des usagers qui leurs sont confiés par un établissement. Ils des promoteurs ou personnes responsables de chaque RI et RTF.

Comités d'usagers du centre intégré (CUCI), comités d'usagers (CU) et comités de résidents (CR) : responsables de veiller à ce que les usagers des établissements soient traités avec respect, dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Les CUCI, les CU et les CR doivent être parties prenantes des différentes actions qui visent à actualiser la vision et les principes directeurs de la Politique d'hébergement et la mise en œuvre du Plan d'action.

ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTES

Le Plan d'action est accompagné d'indicateurs qui permettront d'apprécier le processus de mise en œuvre des mesures et d'évaluer les effets, l'efficacité et l'efficacé de chacune d'elles ou encore de statuer sur l'utilisation judicieuse des ressources financières octroyées.

Un processus de suivi rigoureux est mis en place pour s'assurer que chacune des mesures contribue pleinement à l'amélioration de la qualité de vie des personnes hébergées dans le respect de leurs préférences, de leurs choix et de leur autodétermination.

Ainsi, conformément aux directives émises par le Secrétariat du Conseil du trésor, un cadre de suivi et d'évaluation préliminaire sera élaboré au cours des mois suivant l'adoption du Plan d'action, en concertation avec toutes les directions du MSSS concernées et en collaboration avec la Direction de l'évaluation du MSSS.

Le comité de suivi associé au Plan d'action a comme responsabilités notamment d'assurer le suivi et l'évaluation des mesures dans une perspective d'amélioration continue et de faire état des résultats au comité directeur.

CONCLUSION

Le Plan d'action constitue un nouvel élan dans l'amélioration des soins et services en hébergement de longue durée. Il doit être considéré dans une perspective de continuum de soins et de services où l'hébergement sera offert aux personnes concernées au moment opportun.

Les 25 mesures proposées dans le Plan d'action ont été élaborées avec l'intention de faire une réelle différence dans la vie des personnes hébergées et de leurs proches, mais également dans celles des prestataires de services. Quelles que soient leurs capacités physiques, cognitives et mentales, les personnes qui ont recours à l'hébergement de longue durée doivent pouvoir se retrouver dans des environnements agréables et sécuritaires où elles recevront les soins de santé qui répondent à leurs besoins et où elles pourront continuer d'exercer leurs rôles sociaux et leur participation sociale.

Quant à elles, les personnes proches aidantes qui accompagnent les personnes hébergées doivent pouvoir sentir qu'elles ont une place reconnue dans l'offre de soins et services de longue durée et doivent pouvoir compter sur le soutien des équipes en place, lorsqu'elles en ont besoin.

Ce Plan d'action constitue une étape déterminante dans le virage concret que prend le Québec dans l'offre de soins et de services de longue durée. Les changements qu'il apportera se réaliseront en partenariat avec les acteurs du système de santé et de service sociaux et ceux de la communauté. Ces changements veilleront au respect de la dignité et de l'autodétermination des personnes hébergées et à la promotion d'une approche de bientraitance pour le mieux-être des personnes hébergées.

RÉFÉRENCES

- ANAGNOSTOU, Evdokia, et al. (2014). « Autism Spectrum Disorder : Advances in Evidence-Based Practice », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, no. 7, p. 509-519. Disponible en ligne : <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/186/7/509.full.pdf>.
- CHOI, Namkee G., Diana M. DINITTO et C. Nathan MARTI (2015). « Alcohol and Other Substance Use, Mental Health Treatment Use, and Perceived Unmet Treatment Need : Comparison Between Baby Boomers and Older Adults », *Am J Addict*, vol. 24, p. 299-307. doi : 10.1111/ajad.12225.
- COLLIVER, James D., Wilson M. COMPTON, Joseph C. GFROERER et Timothy CONDON (2006). « Projecting Drug Use Among Aging Baby Boomers in 2020 », *Ann Epidemiol.*, vol. 16, no 4, p. 257-265. doi : 10.1016/j.annepidem.2005.08.003.
- COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE SUR LE VIEILLISSEMENT (2021). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : réflexions pour guider les pratiques*, Québec, 74 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-42W.pdf>].
- CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTÉ (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver, 37 p. [https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_ouils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf].
- EXCELLENCE EN SANTÉ CANADA (2022). *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP) au Québec*. [En ligne]. [<https://www.fcass-cfhi.ca/what-we-do/spread-and-scale-proven-innovations/appropriate-use-of-antipsychotics/opus-ap>].
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DE L'AUTISME (2019). *L'autisme en chiffres*. [En ligne]. [<https://www.autisme.qc.ca/comprendre/autisme-en-chiffres.html>].
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : RLRQ, Chapitre S-4.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021. Disponible en ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes : RLRQ Chapitre R-1.1*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021. Disponible en ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-1.1>.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *La population du Québec d'ici 2066 : une croissance qui se poursuit, mais qui ralentit*, [En ligne]. [<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/la-population-du-quebec-dici-2066-une-croissance-qui-se-poursuit-mais-qui-ralentit>].
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée – État des pratiques*, Québec, 156 p. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf].
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec – État des connaissances*, Québec, 97 p. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf].

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le vieillissement au Québec*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>].
- LOIRDIGHI, Nadia, Assumpta NDENGEYINGOMA, Élodie LEBEAU et Germain COUTURE (2018). *Le profil de santé physique des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle (PADI)*. Trois-Rivières (Canada), Collections de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, 43 p. [<http://institutditsa.ca/file/padi.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*, Québec, 140 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Concept Maisons des aînés et alternatives – Document d'orientation*, Québec, 22 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme – Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, 29 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 – Reconnaître pour mieux soutenir*, Québec, 88 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*, Québec, 83 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*, Québec, 60 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*, Québec, 20 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Des actions structurantes pour les personnes et leur famille. Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022*, Québec, 49 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-824-06W.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, Québec, 43 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, Québec, 24 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>].
- PIAT, Myra, Alain LESAGE, Henri DORVIL, Richard BOYER, Audrey COUTURE et David BLOOM (2008). « Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, no. 2, p. 247-269. Disponible en ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2008-v33-n2-smq2554/019677ar/>.

POIRIER, Nathalie, Andréa BELZIL et Marilyn LAPOINTE (2019). « L'accès aux services de soutien à la participation sociale d'adultes ayant une déficience intellectuelle ». [Rapport de recherche avec l'appui de la Société québécoise de la déficience intellectuelle, de la Fédération des Mouvements Personnes d'Abord du Québec, du Mouvement des personnes handicapées pour l'accès aux services et du Service aux collectivités de l'UQAM]. [https://sac.uqam.ca/upload/files/Poirier_et_al._Lacc%C3%A8s_aux_services_de_soutien_%C3%A0_la_participation_sociale_dadultes_ayant_une_d%C3%A9ficience_intellectuelle_2019.pdf].

ANNEXE 1

TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA POLITIQUE D'HÉBERGEMENT

VISION

Pour la personne, un parcours vers une ressource d'hébergement et un vécu au sein de ce nouveau milieu de vie doit s'inscrire le plus possible **en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, ses besoins, sa culture et sa langue. Le milieu de vie évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne** et lui permet de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis par son état.






PRINCIPES DIRECTEURS

- Respecter la dignité de la personne ;
- Permettre l'exercice des droits de la personne et soutenir son autodétermination ;
- Actualiser l'approche de partenariat entre l'usager, les proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux ;
- Viser le mieux-être de la personne hébergée ;
- Personnaliser les soins, les services et le milieu de vie ;
- Promouvoir et actualiser la bienveillance.

GOVERNANCE

L'ensemble des pratiques organisationnelles, administratives et cliniques doivent contribuer à rendre une offre de soins et de services de qualité en hébergement de longue durée et à mettre en œuvre la vision et les principes directeurs. Pour ce faire, la gouvernance doit être soutenue par :

- Une gestion de proximité;
- Des pratiques organisationnelles qui soutiennent la diversification et la valorisation des équipes;
- Des pratiques cliniques qui favorisent l'amélioration continue des compétences.

AXES D'INTERVENTION		ORIENTATIONS
	AXE 1 LA PERSONNE HÉBERGÉE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités 2. Assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes
	AXE 2 LES PROCHES	<ol style="list-style-type: none"> 3. Accueillir les proches pour préserver les liens avec la personne hébergée 4. Reconnaître et mobiliser les personnes proches aidantes dans le respect de leurs volontés et capacités d'engagement 5. Soutenir les proches
	AXE 3 LES PRESTATAIRES DE SERVICES	<ol style="list-style-type: none"> 6. Offrir des soins et des services de qualité 7. Diversifier la composition des équipes de travail 8. Valoriser et soutenir les prestataires de services
	AXE 4 LE MILIEU DE VIE ET DE SOINS	<ol style="list-style-type: none"> 9. Développer un milieu de vie de qualité qui permet le mieux-être des personnes hébergées 10. Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs
	AXE 5 LA COMMUNAUTÉ	<ol style="list-style-type: none"> 11. Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté 12. Faire connaître et promouvoir les milieux d'hébergement auprès des citoyens

ANNEXE 2

TABLEAU SYNTHÈSE DU PLAN D'ACTION

AXES D'INTERVENTION	ORIENTATIONS	MESURES	ÉCHÉANCIERS
Déploiement de la Politique d'hébergement		1. Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement	2022-2026
		2. Assurer une gestion de proximité par la présence des gestionnaires responsables dans chaque CHSLD et MDA MA	2021-2026
		3. Accompagner les prestataires de services et les soutenir dans l'appropriation de l'approche de la Politique d'hébergement	2022-2024
		4. Mettre en place un comité-conseil en matière d'hébergement de longue durée	2022-2026
		5. Harmoniser les CHSLD publics et privés	2021-2024
AXE 1 La personne hébergée	1. Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités	6. Accueillir, accompagner et soutenir les personnes tout au long de leur hébergement	2023-2026
		7. Personnaliser les soins et les services par l'utilisation de l'histoire de vie et du projet de vie	2022-2025
	2. Assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes	8. Améliorer les pratiques en tenant compte de la satisfaction des personnes hébergées et de leurs proches	2024-2026
		9. Assurer une utilisation optimale des médicaments en CHSLD	2022-2026

AXES D'INTERVENTION	ORIENTATIONS	MESURES	ÉCHÉANCIERS
AXE 2 Les proches	3. Accueillir les proches pour préserver les liens avec la personne hébergée	10. Accueillir, accompagner et soutenir les proches de la personne hébergée	2023-2026
	4. Reconnaître et mobiliser les personnes proches aidantes dans le respect de leurs volontés et capacités d'engagement		
	5. Soutenir les proches		
AXE 3 Les prestataires de services	6. Offrir des soins et des services de qualité	11. Soutenir les prestataires de services dans l'actualisation de la Politique d'hébergement par le déploiement de chargés de projet en soutien clinique	2021-2026
	7. Diversifier la composition des équipes de travail	12. Renforcer le rôle des préposés aux bénéficiaires en CHSLD	2021-2026
	8. Valoriser et soutenir les prestataires de services	13. Soutenir l'amélioration continue des soins et services par la mise en œuvre d'initiatives locales avec la participation de tous les acteurs concernés	2022-2026
		14. Bonifier l'encadrement de la qualité des milieux de vie	2022-2024

AXES D'INTERVENTION	ORIENTATIONS	MESURES	ÉCHÉANCIERS
AXE 4 Le milieu de vie et de soins	9. Développer un milieu de vie de qualité qui permet le mieux-être des personnes hébergées 10. Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs	15. Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins	2021-2026
		16. Consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD	2021-2026
		17. Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées	2022-2024
		18. Soutenir la conciliation des besoins individuels et collectifs dans les milieux de vie et de soins par l'actualisation d'un code de vie	2024-2026
		19. Améliorer l'expérience repas des personnes hébergées par la mise en œuvre du Plan d'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD	2022-2026
		20. Offrir des milieux de vie et de soins sécuritaires par la consolidation des mesures de prévention et de contrôle des infections	2021-2026
		21. Implanter le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD	2021-2026
		22. Adapter l'environnement et l'offre de soins et services aux réalités des personnes hébergées ayant une perte auditive	2021-2026
AXE 5 La communauté	11. Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté 12. Faire connaître et promouvoir les milieux d'hébergement auprès des citoyens	23. Faire connaître les milieux d'hébergement et leurs bonnes pratiques auprès de la population	2022-2026
		24. Soutenir et baliser le développement de modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs	2022-2026
		25. Impliquer la communauté dans les milieux de vie et de soins pour soutenir la participation sociale des personnes hébergées	2022-2026

ANNEXE 3

FINANCEMENT DU PLAN D'ACTION

AXES D'INTERVENTION	MESURES	BUDGET TOTAL POUR 5 ANS
Déploiement de la Politique d'hébergement	1. Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement	750 400 000 \$
	2. Assurer une gestion de proximité par la présence des gestionnaires responsables dans chaque CHSLD et MDA MA	
	3. Accompagner les prestataires de services et les soutenir dans l'appropriation de l'approche de la Politique d'hébergement	
	4. Mettre en place un comité-conseil en matière d'hébergement de longue durée	
	5. Harmoniser les CHSLD publics et privés	
AXE 1 La personne hébergée	6. Accueillir, accompagner et soutenir les personnes tout au long de leur hébergement	7 100 000 \$
	7. Personnaliser les soins et les services par l'utilisation de l'histoire de vie et du projet de vie	
	8. Améliorer les pratiques en tenant compte de la satisfaction des personnes hébergées et de leurs proches	
	9. Assurer une utilisation optimale des médicaments en CHSLD	
AXE 2 Les proches	10. Accueillir, accompagner et soutenir les proches de la personne hébergée	600 000 \$
AXE 3 Les prestataires de services	11. Soutenir les prestataires de services dans l'actualisation de la Politique d'hébergement par le déploiement de chargés de projet en soutien clinique	1 853 500 000 \$
	12. Renforcer le rôle des préposés aux bénéficiaires en CHSLD	
	13. Soutenir l'amélioration continue des soins et services par la mise en œuvre d'initiatives locales avec la participation de tous les acteurs concernés	
	14. Bonifier l'encadrement de la qualité des milieux de vie	

AXES D'INTERVENTION	MESURES	BUDGET TOTAL POUR 5 ANS
AXE 4 Le milieu de vie et de soins	15. Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins	352 700 000 \$
	16. Consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD	
	17. Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées	
	18. Soutenir la conciliation des besoins individuels et collectifs dans les milieux de vie et de soins par l'actualisation d'un code de vie	
	19. Améliorer l'expérience repas des personnes hébergées par la mise en œuvre du Plan d'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD	
	20. Offrir des milieux de vie et de soins sécuritaires par la consolidation des mesures de prévention et de contrôle des infections	
	21. Implanter le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD	
	22. Adapter l'environnement et l'offre de soins et services aux réalités des personnes hébergées ayant une perte auditive	
AXE 5 La communauté	23. Faire connaître les milieux d'hébergement et leurs bonnes pratiques auprès de la population	4 900 000 \$
	24. Soutenir et baliser le développement de modèles d'habitation et d'hébergement alternatifs	
	25. Impliquer la communauté dans les milieux de vie et de soins pour soutenir la participation sociale des personnes hébergées	
Total		2 969 200 000 \$

