

DE : Madame Marguerite Blais
Ministre responsable des Aînés
et des Proches aidants

Le 1^{er} avril 2021

Monsieur Lionel Carmant
Ministre délégué à la Santé
et aux Services sociaux

Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé et des
Services sociaux

TITRE : Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

L'élaboration d'une Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD) et d'un plan d'action s'avère nécessaire, pertinente et complémentaire pour énoncer des orientations générales et inclusives, c'est-à-dire qu'elles s'appliqueront à tous les types d'hébergement de longue durée (centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressources intermédiaires (RI), ressources de type familial (RTF), maisons des aînés et maisons alternatives (MDA/A)), ainsi qu'à toutes les clientèles susceptibles d'y résider.

Par cette politique d'hébergement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vient réitérer que le maintien à domicile est l'option à privilégier, même s'il arrive que l'état de santé physique ou cognitif de la personne ne lui permette plus de demeurer chez elle ou encore que son projet de vie l'amène vers un hébergement où elle pourra être soutenue pour développer son autonomie ou s'y rétablir. L'hébergement de longue durée est alors requis. Bien que plusieurs options résidentielles de longue durée soient disponibles au Québec et pour lesquelles sont rattachées des orientations spécifiques, il n'existe actuellement pas d'orientations générales pouvant s'appliquer à tous les types d'hébergement de longue durée ainsi qu'à toutes les clientèles susceptibles d'y résider.

En effet, les besoins physiques, psychologiques, le niveau d'autonomie, les rôles sociaux et les habitudes de vie diffèrent grandement selon les clientèles, qui sont notamment des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur, des personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un trouble mental ou une dépendance.

Conséquemment, une PHSSLD est requise pour :

- se doter d'orientations générales et inclusives s'appliquant à tous les types d'hébergement de longue durée;
- rejoindre toutes les clientèles susceptibles d'y résider;
- mettre de l'avant une approche novatrice qui sera davantage adaptée aux besoins des adultes hébergés ainsi qu'à la réalité des personnes proches aidantes;
- réviser et bonifier les modes de gestion et les pratiques cliniques.

1.1 Cadre réglementaire et législatif

Loi sur les services de santé et les services sociaux

La présente politique s'inscrit dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). L'article 83 précise la mission des CHSLD et la section 5, soit les articles 301 à 314, encadre le recours des établissements aux services d'une RI ou d'une RTF aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite.

Les principes directeurs de la PHSSLD s'inscrivent en lien direct avec l'actualisation des articles 1 et 3 de la LSSSS. En effet, les nombreuses consultations ont réitéré l'importance d'agir en respect de la dignité de la personne hébergée, en considérant ses choix, ses préférences et en instaurant un réel partenariat avec la personne et ses proches.

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant

Cette politique est également en conformité avec la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2), pour les RI représentées par une association reconnue en vertu de cette loi.

Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives

La PHSSLD regroupe ses orientations sous 5 axes d'intervention dont l'un concerne spécifiquement les proches. Par la récente sanction de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives, le 28 octobre 2020, le gouvernement du Québec affirme l'importance du rôle et de la présence des personnes proches aidantes et reconnaît le caractère crucial et unique de leur contribution, notamment auprès des personnes hébergées.

À noter également que l'article 40 de cette loi édicte la modification de l'article 438 de la LSSSS afin d'y voir paraître l'appellation « maison des aînés » et « maisons alternatives » qui sont également visées par la PHSSLD.

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (chapitre E-20.1)

Cette loi précise que les ministères et leurs réseaux doivent guider leurs interventions selon certaines dispositions, dont le fait de considérer la personne handicapée dans son ensemble et de respecter ses caractéristiques particulières pour favoriser un plus grand développement de ses capacités. Dans un contexte d'hébergement, ceci vient insister sur

l'importance que le milieu de vie s'adapte à la personne hébergée, quels que soient ses besoins et non l'inverse.

Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3) ainsi que la **Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes**

Considérant que, parmi les personnes hébergées, certaines sont en situation de grande vulnérabilité, la mise en œuvre de cette politique et de son plan d'action devra également prendre en compte certaines dispositions de ces lois. Dans la politique, il est précisé qu'une attention particulière doit être portée aux majeurs inaptes ainsi qu'il doit y avoir une vigilance accrue afin de lutter contre la maltraitance dans les divers milieux de vie.

Loi concernant les soins de fin de vie

Peu importe le milieu d'hébergement de longue durée, les soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) doivent y être accessibles afin d'éviter une transition sans valeur ajoutée pour la personne vers un autre milieu. C'est pourquoi la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) est considérée. L'article 4 précise que : « *Toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des soins de fin de vie, sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi. Ces soins lui sont offerts dans une installation maintenue par un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile* ».

1.2 Stratégies, politiques et plans d'action concernés

L'élaboration de la PHSSLD couvre un large spectre de personnes et de milieux de vie. C'est pourquoi plusieurs travaux ministériels en cours ont été pris en compte pour son élaboration. Plusieurs documents (cadres de référence, politiques, plans d'action, etc.) ont également été consultés et considérés dans l'élaboration de la présente politique, et ce, dans une optique de cohérence de complémentarité. Parmi ceux-ci :

Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2019-2023

Bien que la PHSSLD concerne les personnes hébergées, certains objectifs du plan stratégique ont un impact direct sur l'accès et le continuum des services menant vers l'hébergement, soit :

- augmenter les services de soutien à domicile;
- améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une DP, une DI ou un TSA - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une DP, une DI ou un TSA;
- déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de la population – Nombre de places développées en « maison des aînés et maison alternative »;
- déployer la Politique nationale pour les personnes proches aidantes.

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles (MSSS 2003)

En 2003, le MSSS mettait de l'avant le concept de milieu de vie. Avec la PHSSLD, le gouvernement du Québec souhaite faire un pas de plus et donner une impulsion plus

grande à la notion de milieu de vie. La qualité de vie et le mieux-être des personnes hébergées doivent maintenant pouvoir se traduire concrètement dans les actions de tous les acteurs soutenant les personnes hébergées.

Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée (MSSS, 2018)

Avec ce document, le MSSS souhaite favoriser un environnement organisationnel adéquat dans les CHSLD et donner, à l'ensemble du réseau des CHSLD, des orientations et des normes communes en matière de :

- pratiques organisationnelles, soit l'acquisition et le renforcement des compétences; les zones de partage des compétences, de collaboration et de travail en interdisciplinarité;
- pratiques cliniques et services spécifiques, soit l'optimisation des rôles et des responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers; la stabilité de l'équipe de soins infirmiers auprès du résident; l'alimentation (nutrition clinique, activité repas et service alimentaire).

Cadre de référence en RI-RTF (MSSS 2016)

Ce cadre constitue la référence commune pour les établissements et les RI-RTF et indique les orientations, les principes directeurs et les assises pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en RI-RTF. Il précise les rôles et les responsabilités des établissements et des RI-RTF afin d'offrir aux usagers confiés en RI-RTF une harmonisation dans l'organisation, la gestion et la prestation de services dans le respect des particularités régionales, des cultures et des besoins spécifiques des clientèles variées.

Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 – Des actions structurantes pour les personnes et leur famille

Ce plan a pour but premier d'assurer une meilleure réponse aux besoins des personnes ayant un TSA et à leur famille. L'objectif fondamental poursuivi est de contribuer au développement du plein potentiel des personnes ayant un TSA en faisant en sorte qu'elles puissent miser sur leurs forces et leurs talents pour s'épanouir au meilleur de leurs capacités et vivre une vie de citoyen à part entière.

Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées – À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité (2009)

L'un des résultats attendus de cette politique est d'offrir la possibilité aux personnes handicapées de se loger adéquatement selon leurs besoins spécifiques dans un lieu librement choisi.

Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme – Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience (MSSS, 2017)

Ce cadre de référence ministériel pour l'organisation des services en déficience promeut la notion d'intégration des soins et des services et définit un modèle d'organisation de services le plus près possible des personnes et des milieux de vie. Il précise que le meilleur milieu de vie est celui qui répond aux besoins de la personne, qui présente la formule la plus simple et la plus près possible de la communauté et qui est surtout librement choisi par l'utilisateur pour répondre à son projet de vie.

Plan d'action en santé mentale (PASM) – Faire ensemble et autrement 2015-2020

Pour assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes hébergées présentant un trouble mental, les pratiques devront être axées sur la primauté et les droits de la personne. Cela comprend d'accorder une attention continue au respect des droits (être soutenu dans l'exercice de ses droits et recours), à la lutte contre la stigmatisation et à la discrimination et d'inclure la participation des personnes présentant un trouble mental et des membres de leur entourage à la prestation, à la planification et à l'organisation des services. La prestation de soins et de services doit être orientée vers le rétablissement qui a pour préalable la reconnaissance de la personne hébergée et de ses proches en tant que membres à part entière de l'équipe de soins et interdisciplinaire.

COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague

Des constats tirés de la première vague de la pandémie de COVID-19 et certaines actions spécifiques aux milieux de vie se retrouvent dans ce plan d'action et s'inscrivent en cohérence avec les orientations de la PHSLD, notamment les objectifs de l'axe 1 qui concerne les milieux de vie et de l'axe 3 qui s'attarde à la main-d'œuvre.

Plan de développement des soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020

Ce plan vient préciser l'importance d'intégrer dans l'offre de services cliniques des CHSLD une programmation propre aux soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) et de s'assurer que le personnel peut compter sur une équipe ayant une expertise reconnue en la matière.

2- Raison d'être de l'intervention

2.1 La problématique

Les besoins des personnes ayant recours à l'hébergement de longue durée ont grandement évolué au cours des dernières décennies. Les aînés, ayant recours à l'hébergement de longue durée, arrivent à un âge plus avancé, sont plus dépendants et ont des besoins médicaux et sociaux plus complexes. Ils présentent souvent des comorbidités, dont les troubles neurocognitifs majeurs (70 % à 80 %), ou encore des problèmes cardiaques, pulmonaires, rénaux ou métaboliques.

D'autre part, un grand nombre de personnes avec une déficience, un TSA ou un trouble mental y ont recours au début de l'âge adulte. Pour un bon nombre, cet hébergement aura pour objectif de développer leurs capacités ou de permettre leur rétablissement afin d'accéder à un milieu de vie plus autonome tandis que pour d'autres, l'hébergement de longue durée répondra à leurs besoins tout au long de leur vie.

En complémentarité avec les travaux susmentionnés et les consultations réalisées pour l'élaboration de la politique, il est souhaité d'offrir à la population du Québec un continuum résidentiel avec des milieux de vie de qualité, sécuritaires, bientraitants et adaptés aux besoins biopsychosociaux, socioculturels et spirituels des personnes. Tout doit être mis en œuvre pour soutenir l'autodétermination et le mieux-être de la personne hébergée, en veillant au maintien ou au développement de ses capacités ainsi que son intégration et sa participation sociale.

Considérant que plus de 66 000 usagers sont directement concernés par la PHSSLD, les travaux doivent donc soutenir le développement et l'implantation d'un modèle novateur d'hébergement de longue durée.

- Au 31 mars 2020, le Québec comptait 38 886 personnes hébergées en CHSLD, dont 78 % sont dans une installation publique, 7 % dans une installation privée non conventionnée¹ et 16 % dans une installation privée conventionnée. On note 92 % des résidents de plus de 65 ans, dont 48 % sont des personnes de 85 ans. À cette même date, le taux de roulement en CHSLD était de 53 % (plus de la moitié des personnes qui sont en CHSLD quittent ou décèdent au cours de la première année de l'hébergement). La durée moyenne de séjour en CHSLD est 25 mois².
- Au 31 mars 2020, le Québec comptait 27 568 adultes hébergés en RI-RTF, dont 19 414 places en RI et 8 154 places en RTF. On note 41 % de ces personnes hébergées ayant une DI, DP ou un TSA, 39 % sont des personnes âgées de 65 ans et plus et 20 % sont des personnes ayant des troubles mentaux³.

2.2 Raisons d'interventions gouvernementales

La réflexion concernant l'hébergement de longue durée au Québec s'impose puisqu'elle émerge de la vision d'une société qui se préoccupe des personnes qui vivent dans ces milieux de vie, de celles qui y auront recours et de l'accompagnement que nous souhaitons leur offrir. Plusieurs facteurs précisent la raison d'être de cette politique et les actions qui en découlent, dont les suivants :

- **Le soutien à domicile et le recours à l'hébergement.** Comme le stipule la Politique de soutien à domicile de 2003⁴, avant de recourir à l'hébergement de longue durée, le domicile sera toujours envisagé comme la première option puisque c'est le souhait des personnes d'y demeurer. Dans le parcours de soins et de services d'un usager, le domicile doit pouvoir répondre à ses besoins et permettre le maintien de sa participation sociale, et ce, quelle que soit l'ampleur des besoins. Conséquemment, l'accompagnement et le soutien requis doivent lui être offerts et rendus disponibles. L'usager et ses proches doivent pouvoir compter sur un intervenant de référence qui sera responsable d'assurer la continuité relationnelle et informationnelle et, ainsi, être un facilitateur pour eux.
- **Le continuum de services et la gestion des transitions.** Le parcours de soins et de services doit être fluide (avec des soins et services disponibles et accessibles en temps opportun). Les transitions sans valeur ajoutée pour l'usager doivent être évitées. L'hébergement doit être partie intégrante du parcours de soins et de services de l'usager⁵. Il doit être accessible à tous les acteurs d'un réseau territorial de services dans

¹ Ces places privées non conventionnées comprennent uniquement les achats de places faites par l'établissement public.

² 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. Rapport généré le : 2020-06-12

³ Source : Table 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 2020 (excluant les places dédiées au programme-service Jeunes en difficulté)

⁴ MSSS 2003, Chez soi le premier choix Politique de soutien à domicile

⁵ Parcours de l'usager : Expérience individualisée de l'usager à travers ses soins et ses services tout au long de sa vie. Cette expérience comprend l'addition d'actions de promotion, de prévention, de prise en charge et de suivi, incluant ce que l'usager fait

une prestation de soins et de services continus. La personne devrait avoir accès à des services le plus près possible de son environnement social et communautaire afin de lui permettre de demeurer dans un milieu connu qui favorise les liens avec ses proches et qui lui permet de poursuivre sa participation sociale.

Tel que le précisent Aubry, Couturier et Lemay (2020) dans leur récent ouvrage sur l'organisation des soins de longue durée : « L'aboutissement de cette trajectoire peut être le CHSLD pour une partie modeste de la population âgée, soit 4,5 % des plus de 75 ans (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Chaque transition comporte ses enjeux, son lot de risques, et c'est d'autant plus vrai de celle qui conduit à l'hébergement permanent. Toute transition doit donc s'effectuer pour les bons motifs, de façon coordonnée, et à partir d'une évaluation rigoureuse et obligatoire des besoins de la personne concernée. Une telle évaluation tiendra compte des capacités des ressources mobilisables autour de cette personne »⁶.

- **La situation démographique du Québec.** Le vieillissement de la population et la hausse des personnes de 65 ans et plus présentant des troubles neurocognitifs majeurs ont un impact significatif sur l'offre d'hébergement. Selon l'Institut national de santé publique⁷, le Québec a vu l'espérance de vie de ses citoyens s'allonger fortement au cours des ans. L'espérance de vie des Québécois à la naissance dépasse 80 ans. En 2016-2018, l'espérance de vie des hommes québécois est la plus élevée au Canada à 80,9 ans alors que celle des femmes atteint 84,3 ans, sa progression ayant ralenti au cours des dernières années. Puisque le vieillissement de la population québécoise connaît une progression rapide, il doit être considéré dans l'offre de services résidentiels. Tel que le précise l'Institut de la statistique du Québec dans son récent rapport Perspectives démographiques du Québec et des régions 2016-2066, la croissance démographique se concentrera dans le groupe des 65 ans et plus. « De la hausse totale de 1,7 million de personnes attendue au Québec entre 2016 et 2066, le groupe des 65 ans et plus augmenterait à lui seul de 1,3 million. La population âgée de 65 ans et plus passerait de 1,5 million en 2016 à plus de 2,7 millions en 2066. La part des aînés dans la population totale pourrait ainsi passer de 18 % en 2016 à 25 % dès 2031, et atteindre 28 % en 2066. Le nombre de personnes de 85 ans et plus pourrait pratiquement quadrupler, passant de 188 000 en 2016 à 736 000 en 2066. Le Québec pourrait compter 45 000 centenaires en 2066, comparativement à environ 2 000 en 2016. »⁸

Selon le rapport de la recension des écrits publié en 2018 par l'Institut universitaire en DI et en TSA, les personnes ayant une DI légère ont une espérance de vie semblable à celle de la population générale (Patja et collab., 2000). Globalement, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes qui présentent une DI, dans plusieurs nations du monde, est le résultat direct des avancées médicales et sociales (Evenhuis et collab., 2001). Ceci signifie qu'il y aura de plus en plus de personnes présentant une DI qui atteindront un âge avancé. La situation au Québec (Fleury, Agence de la santé et des

pour la prise en charge de sa santé et de son bien-être (selon les travaux MSSS concernant la gestion par trajectoires de soins et de services)

⁶ Aubry, François, Couturier, Yves, Lemay, Flavie, (2020) Les organisations de soins de longue durée : points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD 20200075950 | ISBN 9782760642324 | ISBN 9782760642331 (PDF) | ISBN 9782760642348

⁷ <https://www.inspq.gc.ca/santescopes/syntheses/esperance-de-vie-a-la-naissance>

⁸ <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf>

<https://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiqu/communiqu-presse-2019/juillet/juillet1911.html>

services sociaux de la Montérégie, février 2009, 8 p.) est comparable à celle rapportée au niveau mondial.

- **L'hébergement d'une durée variable.** Dans une perspective de rétablissement, la durée de l'hébergement ne signifie pas nécessairement que la personne y demeure pour toujours (particulièrement pour les clientèles autres qu'aînés).
- **La pandémie de la COVID-19.** Une attention doit être portée aux aînés et aux personnes vulnérables, notamment en offrant des milieux physiquement adaptés à la prévention et au contrôle des infections et avec une main-d'œuvre disponible et bien formée. Par ailleurs, les efforts mis en place pour préserver la sécurité des personnes hébergées ne devrait pas se faire au détriment du maintien des relations avec les proches ou les autres résidents.

Le rapport récent de la Société Royale du Canada est éloquent et soulève certains constats, dont le fait que les besoins sociaux et de santé des aînés hébergés sont plus lourds et complexes. Il souligne également le manque de travailleurs qualifiés et le fait que l'environnement physique, parfois vétuste, n'a pas été conçu pour répondre aux besoins complexes des personnes hébergées. Les efforts collectifs suscités par cette pandémie ont par ailleurs permis de mesurer l'immense et essentiel travail accompli par un personnel grandement dévoué, mais trop peu nombreux pour soutenir des personnes ayant des besoins grandissants.

3- Objectifs poursuivis

Les travaux d'élaboration de la PHSSLD et de son plan d'action ont pour objectif de soutenir le développement et l'implantation d'un modèle novateur d'hébergement de longue durée pour :

- offrir un milieu de vie de qualité, sécuritaire et adapté aux besoins physiques et psychologiques des personnes;
- miser sur la qualité de vie et le mieux-être des personnes hébergées;
- créer un milieu de vie dans lequel des services et des soins de qualité seront dispensés selon les besoins, les goûts, les habitudes et les valeurs des personnes et de leur famille;
- donner une impulsion plus grande à la notion de milieu de vie en conciliation avec le milieu de soins;
- traduire concrètement les orientations par un plan d'action impliquant tous les acteurs concernés.

Axes	Orientations	Actions / Mesures (En élaboration sujet à changement en fonction du financement disponible et des avis du comité d'experts)	Indicateur
La personne hébergée	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités • Assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un processus d'accueil et de transition pour les usagers et leurs proches • Étude de faisabilité et mise en œuvre d'un système d'appréciation de la qualité des milieux de vie par les usagers et leurs proches • Mettre en place un programme de santé auditive et visuelle 	Comité d'experts, guide d'accueil standardisé, etc. Système d'appréciation (Web) opérationnel Directives, formation, adaptation de l'environnement
Les proches	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les proches pour préserver les liens avec la personne hébergée • Reconnaître et mobiliser les personnes proches aidantes dans le respect de leurs volontés et capacités d'engagement • Soutenir les proches 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un processus d'accueil et transition pour les usagers et leurs proches • Assurer l'accompagnement des personnes proches aidantes tout au long de la période d'hébergement 	Comité d'experts, guide d'accueil standardisé, etc.
Les prestataires de services	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des soins et des services de qualité • Diversifier la composition des équipes de travail • Valoriser et soutenir les prestataires de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la composition des équipes par l'ajout de main-d'œuvre dans les milieux de vie (professionnels de la réadaptation, intervenants psychosociaux, infirmières, etc.) 	Ajout de ressources humaines volet psychosocial Ajout de ressources humaines volet réadaptation
Le milieu de vie et de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un milieu de vie de qualité qui permet le mieux-être des personnes hébergées • Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'offre de services et de formation sur l'intimité, la sexualité et le consentement en milieu d'hébergement • Appel de projets pour promouvoir la bienveillance dans les milieux de vie 	Consultation d'experts (éthicien, sexologue, etc.) Outils et formation Mise en œuvre des projets dans les milieux de vie
La communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer des agents de liaison communautaire avec les milieux de vie • Diffusion d'une campagne grand public 	Ajout d'organismes communautaires Outil de promotion-diffusion

	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître et promouvoir les milieux d'hébergement auprès des citoyens 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un cadre de référence sur le continuum d'habitation et d'hébergement 	
--	---	---	--

4- Proposition

Il est proposé d'actualiser un réel changement dans le secteur de l'hébergement de longue durée. Pour ce faire, la diffusion de la politique est prévue en avril 2021. Un plan de communication soutiendra sa diffusion afin d'accompagner sa mise en œuvre. Le tableau synoptique de la politique ci-dessous résume bien la proposition.

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 leur autodétermination
- Actualiser l'approche de partenariat entre l'utilisateur, les proches et les acteurs du système de santé et des 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 doit contribuer à rendre une offre de soins et de services de qualité en hébergement de longue durée et actualiser 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 en 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

5- Autres options

Considérant les divers enjeux soulevés relativement à l'hébergement de longue durée, et ce, bien avant la pandémie en cours, le maintien du statu quo n'était pas une option. Le secteur de l'hébergement requiert une attention soutenue de la part du MSSS, mais également de tous les acteurs concernés par l'hébergement de longue durée. Des orientations générales et inclusives pouvant améliorer les pratiques organisationnelles, cliniques et administratives nous apparaissent comme un premier pas menant à des actions concrètes qui seront soutenues par un plan d'action ministériel découlant de cette politique.

6- Évaluation intégrée des incidences

Considérant que la personne hébergée est au cœur des préoccupations ayant mené à l'élaboration de cette politique, les impacts de sa mise en œuvre doivent être perçus d'abord par la personne hébergée elle-même et ses proches. Cette considération doit se faire pour tous les citoyens concernés : les aînés; les Premières Nations et les Inuits (PNI), les personnes handicapées, les personnes ayant un trouble mental ou une dépendance, les personnes immigrantes et les Québécois d'expression anglaise.

Sur le plan social, la participation sociale et le maintien des relations avec sa communauté et la possibilité de réaliser ses rôles sociaux pour la personne hébergée sont également

traduits dans la vision. Le fait d'héberger une personne devrait dans la mesure du possible lui permettre de poursuivre ses relations avec ses proches et son rôle de citoyen au sein d'une communauté.

La présente politique devrait avoir des incidences sur le plan économique puisque la mise en œuvre des actions en élaboration prévoit l'ajout de ressources humaines afin de créer une réelle différence dans les milieux de vie. L'ajout de ressources humaines en est un des éléments clés.

La publication de la présente politique aura également des effets sur l'acceptabilité sociale puisque le jugement collectif au regard de l'hébergement de longue durée est grandement teinté par les expériences négatives largement médiatisées. Or, cette politique vise également à mieux faire connaître l'immense travail, généralement de grande qualité, fait dans les milieux de vie et à contribuer à la valorisation des prestataires de services tout en faisant mieux connaître l'offre de services de ces milieux. La présence d'une RI dans une communauté doit être mieux connue pour que les personnes hébergées puissent également y être mieux accueillies et qu'elles puissent y poursuivre leur participation sociale. Évidemment, les impacts de la pandémie et le nombre de décès dans les CHSLD en particulier ont un impact important sur le regard critique de la population québécoise sur l'hébergement de longue durée.

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

Pour soutenir l'élaboration de la politique, deux comités ont été mis en place ainsi qu'un processus de consultation de l'ensemble des acteurs québécois concernés par l'hébergement et les soins et les services de longue durée.

Un comité d'experts de 16 personnes, composé de chercheurs, de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), d'intervenants et d'un usager afin de participer activement aux réflexions menant à l'élaboration de la politique et du plan d'action;

Un comité consultatif, composé de directeurs et de professionnels du MSSS afin de participer activement au processus de consultation et contribuer à sa planification et à sa réalisation ainsi que valider le contenu de la politique et du plan d'action qui est actuellement en élaboration.

Consultations Phase 1 : réalisée en janvier 2020

- Objectif : valider la pertinence des grands principes de la politique et dégager des pistes d'action pour le plan d'action ministériel.
- Moyen : sondage en ligne transmis à près de 400 partenaires gouvernementaux, milieux associatifs, milieux communautaires et chercheurs; le taux de participation au sondage est de 64 %, soit 256 sondages complétés. Au total, 256 sondages (85 %) ont été remplis et plus de 1 600 commentaires et recommandations ont été analysés.
- Résultats : Les résultats du sondage nous ont indiqué que les travaux correspondent aux préoccupations des répondants. Les premières propositions soumises (vision,

principes directeurs et orientations) sont jugées essentielles en majorité à plus de 80 %.

Consultation Phase 2 : réalisée du 17 au 28 février 2020 (tous les partenaires concernés) et du 26 au 28 août 2020 (spécifique aux Premières Nations et Inuits)

- Objectif : permettre aux groupes consultés d'exprimer leur vision de l'hébergement et des soins et des services de longue durée au Québec et d'identifier les aspects jugés prioritaires à mettre en œuvre dans la politique et dans le plan d'action.
- Moyen : consultations en présence et par visioconférence par groupes cibles afin d'aborder des problématiques spécifiques et enjeux propres à ces groupes.
- Résultats : cette seconde démarche de consultation a été qualifiée de très positive, permettant à nombreux groupes de s'exprimer sur les changements attendus avec la mise en œuvre de la politique et de documenter les actions à élaborer dans le plan d'action. Plusieurs suggestions ont été considérées et intégrées à la rédaction de la politique, d'autant plus que les suggestions étaient récurrentes et similaires d'un groupe à l'autre. À noter qu'un groupe d'utilisateurs et de proches ont eu l'occasion de s'exprimer sur leurs attentes et besoins.

Au cours de l'été 2020, le comité d'experts et le comité consultatif ont émis des commentaires exhaustifs sur le contenu de la politique afin de valider la version préliminaire.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

Avec la diffusion de la politique, en avril 2021, les travaux se poursuivront pour élaborer un plan d'action et mettre en place les mesures requises afin d'évaluer rigoureusement les actions à mettre en œuvre à l'instar de cette politique et d'apporter les correctifs en cours d'évaluation, le cas échéant. Une attention particulière devra être portée à la satisfaction des personnes hébergées et de leurs proches, à la mobilisation des prestataires de services, à l'efficacité dans l'organisation des services et à la réactivité du milieu de vie à corriger des situations problématiques.

Un plan d'action ministériel (2021-2025) présentement en élaboration sera déployé à l'issue de cette politique dans les 3 mois suivant la diffusion de la politique.

Ce plan d'action visera une appropriation de la politique et précisera les actions requises par l'ensemble des acteurs concernés, les modalités de réalisation, les indicateurs de résultats attendus et les renditions de comptes permettant d'évaluer périodiquement l'impact de la mise en œuvre concrète des orientations de la politique.

Le premier plan d'action déterminera des actions structurantes à mettre en œuvre par le MSSS et les établissements du RSSS au cours des quatre années suivant la diffusion de la présente politique. Ces actions viseront à orienter les décisions et les actions des gestionnaires, mais également à permettre aux prestataires de services, aux personnes hébergées et à leurs proches de donner vie à la vision de cette politique. La mise en œuvre du plan d'action sera tributaire du financement qui sera accordé.

La priorisation de ces actions sera guidée par les données probantes, les consultations menées lors de l'élaboration de cette politique, les différents experts consultés, les résultats des réflexions des comités ainsi que des priorités ministérielles.

9- Implications financières

Le lancement et la diffusion de la politique représentent des coûts minimes qui seront pris à même les budgets du MSSS. Aucun investissement n'est prévu au Plan québécois des infrastructures.

Certaines actions sont en cours et des budgets sont disponibles. Elles sont en cohérence avec la vision de la politique et des orientations proposées. En voici quelques-unes :

- l'ajout de préposés aux bénéficiaires en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) avec un programme de bourse et une hausse des salaires (2 juin 2020);
- l'ajout de gestionnaires responsables dans chacun des CHSLD (18 août 2020);
- le projet CHSLD et maisons des aînés – un projet de transformation majeure des milieux d'hébergement pour aînés et adultes ayant des besoins spécifiques pour un investissement de plus de 2,6 milliards de dollars (26 novembre 2019);
- l'aide financière d'urgence de plus de 133 M\$ aux ressources en hébergement pour les personnes âgées et les personnes vulnérables (30 mars 2020);
- un montant de 5 M\$ pour améliorer l'environnement physique des CHSLD (23 février 2020);
- une recherche sur la maladie d'Alzheimer et autres TNCM –financement de 5 M\$ attribué au Fonds de recherche du Québec – Santé (10 juin 2019);
- un financement de 10 M\$ par année pour le déploiement du nouveau Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans les CHSLD du Québec (26 février 2019);
- une somme de 15 M\$ pour déployer des actions ciblées favorisant la sécurisation culturelle à l'égard des membres des Premières Nations et Inuits dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (6 novembre 2020);
- un montant de 10 M\$ pour bonifier les services de proximité offerts aux personnes proches aidantes (7 février 2020);
- l'encadrement de la qualité des services en ressources intermédiaires et de type familial;
- la baisse du prix des stationnements dès le 20 juin 2020 dans toutes les installations publiques du RSSS du Québec (15 juin 2020).

Pour le plan d'action en élaboration, des demandes budgétaires seront faites pour la réalisation de certaines mesures pour une somme totalisant 50 M\$ par année pendant quatre années (2021-2025).

10- Analyse comparative

Selon un état des connaissances de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2018) concernant la qualité des milieux de vie⁹ « les organismes internationaux sont unanimes : la demande de soins et de services de longue durée, tant sur le plan du soutien à domicile que de l'hébergement, est appelée à croître dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (Beerens et al., 2013; OCDE/European Commission, 2013; al., 2013). Déjà en 2009-2010, assurer et améliorer la qualité des soins de longue durée était la deuxième priorité politique, après la viabilité financière, de 28 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (Colombo et al., 2011) ».

Le vieillissement et la qualité de la vie sont également au cœur des travaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le Rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé¹⁰, publié le 1^{er} octobre 2015, définissait le terme « vieillir en bonne santé » comme étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être. Ce rapport cible d'ailleurs parmi ses objectifs stratégiques, le développement des systèmes de soins de longue durée et la création d'un environnement favorable aux personnes âgées.

La ministre responsable des Aînés
et des Proches aidants,

MARGUERITE BLAIS

Le ministre délégué à la Santé
et aux Services sociaux,

LIONEL CARMANT

Le ministre de la Santé
et des Services sociaux,

CHRISTIAN DUBÉ

⁹ Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport rédigé par Isabelle David. Québec, Qc : INESSS; 2018. 110 p.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé (2015). Rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé.