

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

Le 25 avril 2022

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

Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé et des Services sociaux

TITRE : Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 – Pour le mieux-être des personnes hébergées

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

La Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent (Politique d'hébergement), publiée le 15 avril 2021, énonce une vision, des principes directeurs et des orientations qui placent la personne hébergée au cœur de ses préoccupations. Le Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 – Pour le mieux-être des personnes hébergées (Plan d'action), qui découle de la Politique d'hébergement, énonce quant à lui des mesures à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'actualiser la vision, les principes directeurs et les orientations de la Politique d'hébergement dans l'ensemble des milieux d'hébergement de longue durée, c'est-à-dire les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) ainsi que les maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA).

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.

1.1- Cadre réglementaire et législatif

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

La Politique d'hébergement et le Plan d'action s'inscrivent dans le cadre de la LSSSS. L'article 83 précise la mission des CHSLD; 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, et l'article 438 inclut maintenant les appellations « maison des aînés » et « maison alternative ».

Les mesures du Plan d'action permettront d'actualiser les principes directeurs de la Politique d'hébergement, qui s'inscrivent en lien direct avec les 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 (LRR)

Le Plan d'action est également en conformité avec la LRR (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 (LPPA)

Le Plan d'action contient une mesure qui concerne spécifiquement les proches, incluant les personnes proches aidantes. Par la LPPA, 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.

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 de longue durée, ceci vient insister sur l'importance que le milieu de vie et de soins 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); Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile; 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 du Plan d'action devra également prendre en compte certaines dispositions de ces lois. Dans la Politique d'hébergement, il est précisé qu'une attention particulière doit être portée aux majeurs inaptes et 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 (LCSFV)

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 LCSFV (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

Le champ d'application de la Politique d'hébergement et du Plan d'action couvre un large spectre de personnes et de milieux de vie et de soins. C'est pourquoi plusieurs travaux ministériels en cours ont été pris en compte. Bien qu'il ne s'agisse pas de stratégies, de politiques ou de plans d'action, plusieurs directives qui ont été diffusées dans le cadre de la pandémie de COVID-19 pour l'hébergement de longue durée ont influencé les pratiques et le contenu du Plan d'action. Les rapports du Protecteur du citoyen, du Commissaire à la santé et au bien-être et les diverses enquêtes en cours ont également été considérées pour bonifier le Plan d'action.

En plus de la Politique d'hébergement, plusieurs cadres de référence, politiques et plans d'action ont également été consultés dans l'élaboration du Plan d'action, 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 Politique d'hébergement et le Plan d'action concernent 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 (SAD);
- améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (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 ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mettait de l'avant le concept de milieu de vie. Avec la Politique d'hébergement et le Plan d'action, 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 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 – 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 s'inscrivent en cohérence avec les orientations de la Politique d'hébergement, notamment les objectifs de l'axe 1 qui concernent les milieux de vie et de l'axe 3 qui s'attardent 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 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 d'hébergement et du Plan d'action, il est souhaité d'offrir à la population du Québec un continuum résidentiel avec des milieux de vie de qualité, sécuritaires, bienveillants 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 Politique d'hébergement et le Plan d'action, les travaux doivent donc soutenir le développement et l'implantation d'un modèle novateur d'hébergement de longue durée.

Au 31 mars 2021, le Québec comptait 36 350 personnes hébergées en CHSLD; 92 % des personnes hébergées ont plus de 65 ans, dont 48 % de 85 ans et plus. À cette même date, le taux de roulement en CHSLD était de 56 % (plus de la moitié des personnes quittent le CHSLD ou décèdent au cours de la première année de l'hébergement). La durée moyenne de séjour en CHSLD est 25 mois¹.

Au 31 mars 2021, le Québec comptait 18 742 adultes hébergés en RI et 7 816 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 mentaux².

Aux places destinées aux adultes s'ajouteront un total de 3 480 places dans les MDA MA afin de diversifier le parc d'hébergement, dont 2 640 places seront disponibles progressivement à partir de l'automne 2022.

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 et de soins, de celles qui y auront recours et de l'accompagnement que nous souhaitons leur offrir.

Avec le Plan d'action, il est souhaité d'amorcer un virage pour actualiser la vision de la Politique d'hébergement dans les milieux de vie et de soins. Des constats importants ont été faits pendant la pandémie de COVID-19, notamment l'importance de concilier le milieu de vie et le milieu de soins, de prévenir et contrôler les infections, de prévenir et de traiter le déconditionnement.

Les milieux d'hébergement de longue durée sont malheureusement connus souvent pour de mauvaises raisons, mais ils sont un maillon essentiel d'une offre de soins et de services nécessaire pour bon nombre de personnes et leurs proches. Il est maintenant opportun de mettre en œuvre des actions concrètes pour amorcer les changements à cette offre de services pour qu'elle s'adapte mieux aux besoins des personnes visées.

Plusieurs facteurs précisent la raison d'être du Plan d'action, dont les suivants :

- **Le SAD et le recours à l'hébergement.** Comme le stipule la Politique de soutien à domicile de 2003³, 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

¹ Source : 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

² 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)

³ MSSS 2003, Chez soi le premier choix Politique de soutien à domicile

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'utilisateur 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'utilisateur doivent être évitées. L'hébergement doit être partie intégrante du parcours de soins et de services de l'utilisateur⁴. Il doit être accessible à tous les acteurs d'un réseau territorial de services dans 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 »⁵.

- **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 publique du Québec⁶, le Québec a vu l'espérance de vie de ses citoyens s'allonger fortement au cours des 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

⁴ Parcours de l'utilisateur : Expérience individualisée de l'utilisateur 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'utilisateur fait 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)

⁵ 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

⁶ <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/syntheses/esperance-de-vie-a-la-naissance>

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. »⁷

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 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 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 devraient pas se faire au détriment du maintien des relations avec les proches ou les autres résidents.

Le rapport de juin 2020 de la Société royale du Canada⁸ 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 l'essentiel travail accompli par un personnel grandement dévoué, mais trop peu nombreux pour soutenir des personnes ayant des besoins grandissants.

Encore une fois, les deux dernières années nous amènent à conclure que le statu quo n'est plus une option. L'offre de soins et de services dans les milieux d'hébergement de longue durée doit être revisitée à plusieurs égards avec l'objectif premier de répondre avec pertinence, humanité et sécurité aux besoins des personnes hébergées et de leurs proches.

⁷ <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf>
<https://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communique/communique-presse-2019/juillet/juillet1911.html>

⁸ https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB_FR_0.pdf

3- Objectifs poursuivis

Le 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, MDA MA).

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.

Plus précisément, le Plan d'action compte 25 mesures, donc cinq qui visent le déploiement de la Politique d'hébergement et vingt autres réparties entre ses cinq axes d'intervention.

Axes d'intervention	Mesures	Visées
Déploiement de la Politique d'hébergement	1. Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Les proches se sentent accueillis et bienvenus dans le milieu de vie et de soins. • Les proches sont de réels partenaires. • Les proches sont soutenus et accompagnés tout au long de l'hébergement et lors des transitions.

Axes d'intervention	Mesures	Visées
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.	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en œuvre concrète de la vision, des principes directeurs et des orientations de la Politique d'hébergement dans les milieux d'hébergement.
	12. Renforcer le rôle des préposés aux bénéficiaires en CHSLD.	<ul style="list-style-type: none"> • Une prestation de soins et services de qualité.
	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	14. Bonifier l'encadrement de la qualité des milieux de vie.	<ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure optimisation des rôles et responsabilités des prestataires de services, ce qui entraînera une meilleure attraction et rétention de la main-d'œuvre.
Axe 4 - Le milieu de vie et de soins	15. Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins.	<ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure conciliation entre le milieu de vie et le milieu de soins.
	16. Consolider l'offre de soins médicaux en CHSLD.	<ul style="list-style-type: none"> • Des milieux de vie et de soins personnalisés pour que les personnes hébergées se sentent chez elles.
	17. Respecter et soutenir la diversité sexuelle et de genre ainsi que les besoins d'intimité et de sexualité des personnes hébergées.	<ul style="list-style-type: none"> • Des milieux de vie et de soins adaptés et accessibles aux personnes ayant des limitations physiques.
	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Des milieux de vie et de soins inclusifs qui respectent et soutiennent les besoins d'intimité des personnes hébergées.
	19. Améliorer l'expérience repas des personnes hébergées par la mise en œuvre du Plan d'amélioration de l'offre alimentaire en CHSLD.	<ul style="list-style-type: none"> • Des milieux de vie et de soins qui permettent la participation active des personnes hébergées à la collectivité de leur milieu.
	20. Offrir des milieux de vie 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	24. Soutenir et baliser le développement de modèles d'hébergement et d'habitation alternatifs.	<ul style="list-style-type: none"> • Un meilleur soutien des initiatives issues de la communauté pour développer des 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Une plus grande implication de la communauté au sein des milieux d'hébergement.

4- Proposition

Il est souhaité que le gouvernement adopte le Plan d'action afin de soutenir l'actualisation de la vision, des principes directeurs et des orientations de la Politique d'hébergement par la mise en place de l'approche qu'elle propose (voir le tableau de la section 3). Celle-ci vise à adapter les soins et services offerts dans les milieux d'hébergement de longue durée aux besoins, rythmes et préférences des personnes hébergées.

5- Autres options

Considérant les enjeux soulevés relativement à l'hébergement de longue durée, et ce, bien avant la pandémie de COVID-19, 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. Comme l'ampleur des changements souhaités en hébergement de longue durée est considérable, un premier Plan d'action ministériel nous semble être la solution appropriée pour amorcer les changements structuraux (dont la structure de gouverne) qui permettront d'actualiser la vision, les principes directeurs et les orientations de la Politique d'hébergement.

6- Évaluation intégrée des incidences

La personne hébergée est au cœur des préoccupations ayant mené à l'élaboration de la Politique d'hébergement et du Plan d'action. Les impacts de leur déploiement et 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 Inuit (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 ainsi que la possibilité de réaliser ses rôles sociaux pour la personne hébergée sont traduits dans plusieurs mesures du Plan d'action, notamment les mesures 7, 13, 18 et 25 (tableau de la section 3). 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.

Le déploiement du Plan d'action aura 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, ce Plan d'action 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, notamment par la mise en œuvre des mesures 13 et 23 (tableau de la section 3). 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 d'hébergement et du Plan d'action, 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 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, d'intervenants et d'un usager afin de participer activement aux réflexions menant à l'élaboration de la Politique d'hébergement 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 de contribuer à sa planification et à sa réalisation ainsi que de valider le contenu de la Politique d'hébergement et du Plan d'action.

Consultations Phase 1 : Janvier 2020

- Objectif : valider la pertinence des grands principes de la Politique d'hébergement 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 %. Au total, 256 sondages ont été remplis et plus de 1 600 commentaires et recommandations ont été analysés.
- Résultats : les résultats du sondage ont démontré 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 %.

Consultations Phase 2 : 17 au 28 février 2020 (tous les partenaires concernés) et 26 au 28 août 2020 (spécifique aux PNI)

- Objectif : permettre aux groupes consultés d'exprimer leur vision de l'hébergement et des soins et services de longue durée au Québec et d'identifier les aspects jugés prioritaires à mettre en œuvre dans la Politique d'hébergement et son 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, qualifiée très positive, a permis à de plusieurs groupes de s'exprimer sur les changements attendus par le déploiement de la Politique d'hébergement et la mise en œuvre du Plan d'action, et de documenter les actions à élaborer dans le Plan d'action. Plusieurs suggestions ont été intégrées à la rédaction du Plan d'action, d'autant plus que les suggestions étaient récurrentes et similaires d'un groupe à l'autre. À noter qu'un groupe d'usagers et de proches ont eu l'occasion de s'exprimer sur leurs attentes et besoins.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

La mise en œuvre des différentes mesures s'échelonne de 2021 à 2026 (voir le tableau ci-dessous). Chaque mesure du Plan d'action sera accompagnée d'indicateurs permettant une appréciation tant de sa mise en œuvre que de ses effets sur les personnes hébergées,

de son efficience, de son efficacité, ou encore de l'utilisation judicieuse des ressources financières octroyées. Un processus de suivi rigoureux sera mis en place avec l'aide d'un comité de suivi et de coordination 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.

Mesures		Années de réalisation					
		2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026 et plus
Déploiement	1. Mettre en place une structure de gouvernance responsable d'accompagner le changement.		→				
	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	6. Accueillir, accompagner et soutenir les personnes tout au long de leur hébergement.		→				
	7. Personnaliser les soins et les services avec les acteurs concernés 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	10. Accueillir, accompagner et soutenir les proches et les personnes proches aidantes de la personne hébergée.		→				
Axe 3	11. Soutenir les prestataires de services dans l'actualisation de la Politique d'hébergement par le déploiement de chargés de projet en soutien clinique.		→				
	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.		→				
Axe 4	15. Adapter et personnaliser l'environnement physique des milieux de vie et de soins.		→				
	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 sécuritaire 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	23. Faire connaître les milieux d'hébergement et leurs bonnes pratiques auprès de la population.		→				
	24. Soutenir le développement de modèles d'hébergement alternatif.		→				
	25. Impliquer la communauté dans les milieux de vie et de soins pour soutenir la participation sociale des personnes hébergées.		→				

9- Implications financières

Le plan d'action comporte 25 mesures disposant de différentes sources de financement, pour un total de 2,9 G\$ sur cinq ans (2021 à 2026). Un financement propre au Plan d'action a été accordé par le Secrétariat du Conseil du trésor, soit 10 M\$ au budget 2021 et 2,4 M\$

supplémentaire au budget 2022 (12,4 M\$ par année), pour un total de 62 M\$ sur cinq ans. Ce financement concerne les mesures 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 23 et 25 (voir tableau ci-dessous).

Les mesures 2, 10, 12, 19 et 21 constituent des chantiers déjà en cours; leur financement avait été accordé préalablement à l'élaboration du Plan d'action. La mesure 15 est aussi en cours et son financement est prévu au Plan québécois des infrastructures.

Plusieurs mesures impliquent l'ajout d'effectifs :

- Mesure 2 : plus de 370 gestionnaires responsables dans les CHSLD publics et privés conventionnés;
- Mesure 11 : 67 chargés de projet en soutien clinique;
- Mesure 12 : 10 000 préposés aux bénéficiaires;
- Mesure 19 : 50 % des sommes prévues pour cette mesure sont dédiées à l'ajout de ressources humaines;
- Mesure 21 : à terme, un dentiste par établissement devrait être recruté. Actuellement, 20 dentistes sont sous contrat (défi de recrutement) et 42 hygiénistes dentaires en équivalent temps complet.

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 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 \$

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 SAD 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 sur le vieillissement et la santé¹⁰ de l'OMS, 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

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 : INESSS; 2018. 110 p.

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

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