

« *Pour la qualité de vie
des aînés du Québec* »



La qualité de vie des aînés en CHSLD. *Il y a urgence d'agir!*

Avis présenté à Monsieur Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de la démarche visant à améliorer l'organisation des soins et des services offerts en CHSLD

Le 11 janvier 2017

Réseau FADOQ
4545, avenue Pierre-De Coubertin
Montréal (Québec) H1V 0B2

Tél. : 514 252-3017
Sans frais : 1 800 544-9058
Télec. : 514 252-3154
Courriel : info@fadoq.ca

© Réseau FADOQ 2017

Responsables : Maurice Dupont, président et Danis Prud'homme, directeur général

Rédaction : Marco Guerrero – conseiller aux affaires publiques

Révision et correction : Sophie Gagnon

Table des matières

Présentation du Réseau FADOQ	4
Introduction	5
Considérations préliminaires	6
La qualité de vie en CHSLD	7
a) Les mécanismes de communication avec les patients et les familles	
b) Les caméras en CHSLD	
CHSLD et continuum de soins	10
Conclusions	20
Annexes	21
Bibliographie	23

Présentation du Réseau FADOQ

Le Réseau FADOQ est un regroupement de personnes de 50 ans et plus qui compte plus de 475 000 membres. Il y a 45 ans, l'objectif principal de la fondatrice, Marie-Ange Bouchard, était de briser l'isolement des aînés en leur offrant une panoplie d'activités de loisir, sportives et culturelles.

À ce jour, en plus d'offrir un riche éventail de loisirs à ses membres, notre organisme fait des représentations auprès de différentes instances dans le but d'améliorer la qualité de vie des aînés d'aujourd'hui et de demain. Ces deux volets de notre mission sont d'égale importance, le vieillissement actif étant un élément essentiel d'une qualité de vie adéquate.

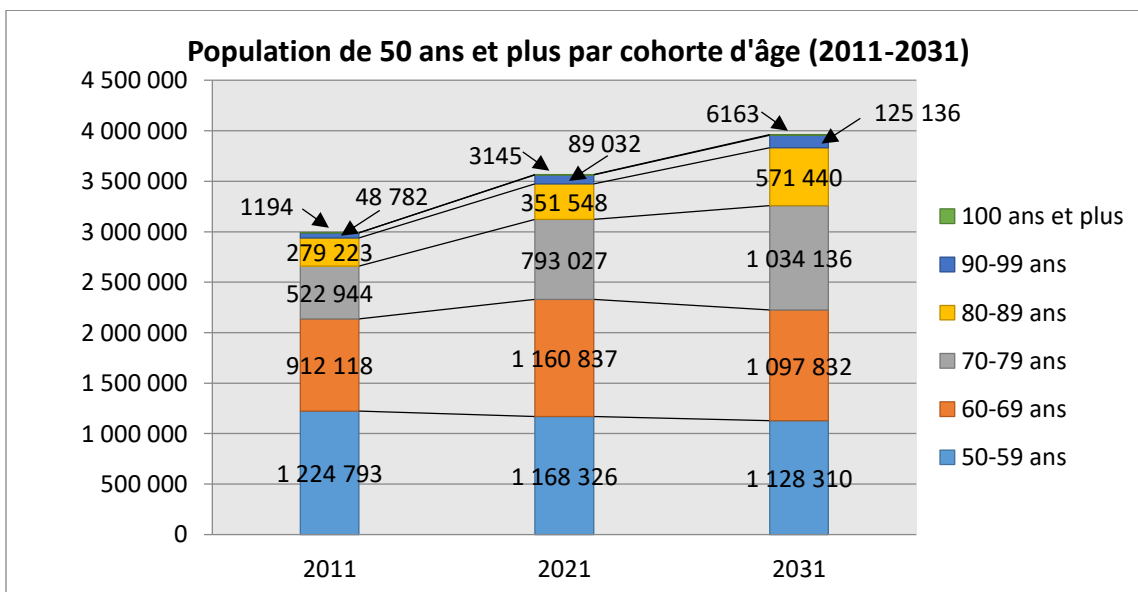
Ainsi, nous offrons notre collaboration et mettons notre expertise à profit afin d'encourager le gouvernement à faire des choix judicieux tenant compte du contexte démographique qui fait du Québec l'une des sociétés occidentales dont le vieillissement de la population est le plus marqué.

Le Réseau FADOQ milite par ailleurs pour la création d'une politique nationale du vieillissement afin de mieux composer avec ses impacts et de travailler à des solutions proactives et novatrices, permettant une évolution positive de notre société. Ainsi, le Réseau FADOQ profite de toutes les tribunes, dont celle-ci, pour susciter une prise de conscience afin de faire avancer le débat dans la bonne direction pour tous les aînés actuels et futurs du Québec.

Introduction

Le Réseau FADOQ participe depuis plusieurs décennies à la discussion sur les conditions de vie des aînés hébergés en CHSLD. Le bien-être de ces personnes présentant une forte vulnérabilité, compte tenu de leur état de santé extrêmement précaire et de leur âge avancé, est au cœur des préoccupations de notre organisation et de nos membres. Les conditions parfois déplorables dans lesquelles notre société laisse des hommes et des femmes qui ont contribué activement à l'édification du Québec moderne bafouent les principes les plus élémentaires de la dignité humaine et nous interpellent collectivement et individuellement quant au sort qui nous attend tous. Si nous sommes impuissants à prévenir la maladie physique, les pertes cognitives et tôt ou tard la mort, nous avons un devoir moral comme collectivité civilisée d'humaniser ces étapes de la vie afin que chacun d'entre nous puisse être accompagné avec respect et bienveillance jusqu'à la fin de ses jours.

Par ailleurs, si nous sommes consternés par la situation actuelle, qu'en sera-t-il en 2021, alors que la cohorte des personnes de 80 ans et plus aura augmenté de près de 75 % en 10 ans? Le mouvement n'arrête pas là puisque d'ici 2031, la population de 80 ans et plus augmentera de près de 375 000 personnes par rapport au niveau de 2011, un accroissement de plus de 110 %. Le vieillissement de la population du Québec a ceci de particulier qu'il est plus important pour les cohortes les plus vieilles. Ce sont donc les groupes d'âge où la prévalence des maladies chroniques graves et de la démence est la plus forte qui croissent le plus rapidement, tandis que la population de 50-69 ans déclinera en termes relatifs et absolus d'ici 2031.



Source : ISQ (2014)

Considérations préliminaires

Conformément à l'importance de cette problématique et au caractère parfois dramatique des situations que nous décrivent nos membres et que rapportent les médias, le Réseau FADOQ est intervenu régulièrement dans l'arène publique pour défendre les droits des aînés hébergés en CHSLD. À titre indicatif, au cours des 12 dernières années, notre organisation s'est prononcée pour dénoncer des situations inacceptables comme les frais supplémentaires pour le lavage des vêtements des usagers, le manque de personnel, la désuétude des installations, la piètre qualité de l'alimentation, les manquements pour les soins d'hygiène, les bains au noir, le manque d'imputabilité des directions et des employés, l'absence d'accompagnement en fin de vie, la hausse des tarifs, etc. Par ailleurs, nous tenons à souligner notre participation en 2014 à la commission sur les conditions de vie des adultes hébergés, dont le caractère non partisan mérite d'être souligné.

Nos interventions concernant les CHSLD s'insèrent dans un discours beaucoup plus large sur l'adaptation de notre société aux bouleversements que provoque le vieillissement de la population, à court, moyen et long terme. À titre d'exemple, nous sommes intervenus sur la problématique plus générale des aînés en légère perte d'autonomie ou semi-autonomes qui ne peuvent accéder à un logement adapté faute de ressources. Le manque de logements adaptés est accentué par le désengagement de l'État, précisément aux deux extrêmes du continuum de services pour la population aînée en perte d'autonomie, soit au niveau des services à domicile et de l'offre de places en hébergement.

Nos interventions se sont intensifiées au cours des trois dernières années. Plusieurs facteurs expliquent cette évolution. D'une part, nous remarquons une augmentation soutenue des appels qui nous proviennent des aînés et de leurs proches et, d'autre part, nous assistons à une médiatisation croissante de situations inacceptables dans un nombre important de CHSLD de la province. À notre sens, ces phénomènes témoignent de l'indignation grandissante de la population par rapport aux conditions de vie en établissement de soins de longue durée. C'est d'ailleurs ce qui explique la place croissante que prend le sujet dans le débat public. Ces phénomènes traduisent aussi une profonde impatience dont nous pouvons confirmer l'existence. Nos membres ont le sentiment profond que les situations problématiques en CHSLD sont connues et documentées et que le temps est venu d'agir.

Dans le cadre des consultations actuelles, nous tenons à bonifier les éléments présentés dans notre mémoire de 2014, dont les recommandations, relativement récentes, sont encore tout à fait valides. Nous porterons notre attention sur deux éléments clefs : a) l'amélioration des conditions de vie des personnes demeurant en CHSLD et b) l'adaptation de notre système de prise en charge de la perte d'autonomie et la place des CHSLD dans le continuum de soins aux personnes en perte d'autonomie.

La qualité de vie en CHSLD

Dans notre mémoire de 2014 (www.fadoq.ca/docs/documents/defensesdesdroits/memoiresetavis/2014/memoirechslld.pdf), nous avons abordé les thèmes et sous-thèmes suivants :

- i) Soins de santé adéquats : universalité, listes d'attente, efforts pour les soins palliatifs, accompagnement des préposés aux bénéficiaires;
- ii) Sécurité : appui au PL 399 pour la lutte contre la maltraitance, accès au mécanisme de plaintes, imputabilité des gestionnaires;
- iii) Bien-être des résidents : qualité de l'espace physique, alimentation, loisirs, évaluation indépendante de la qualité, sondage des résidents, coût de la contribution pour les conjoints, prise en compte de la volonté de la personne hébergée, maintien de l'autonomie;
- iv) Création d'un réel milieu de vie : recherche de nouveaux modèles qui ne soient pas exclusivement institutionnels.

Compte tenu du court laps de temps séparant les deux consultations, les constats et recommandations portant sur les conditions de vie à l'intérieur des CHSLD que nous avons émis demeurent encore tout à fait valides. Par conséquent, dans cette section de l'avis, nous nous contenterons de compléter nos positions par l'ajout de quelques éléments sur lesquels nous ne nous étions pas attardés en 2014, et qui nous ont été rapportés par le public, soit :

- Les mécanismes de communication avec les patients et les familles
- Les caméras en CHSLD

Nous tenons également à spécifier qu'à notre avis, les orientations ministérielles d'octobre 2003 prévoient déjà des pratiques qui, si elles étaient appliquées, permettraient d'humaniser grandement les conditions en CHSLD. En analysant ces dispositions, nous en retirons l'impression qu'il n'est pas nécessaire de réinventer la roue puisque les meilleures pratiques sont parfois l'évidence même.

a) Les mécanismes de communication avec les patients et les familles

Nous sommes régulièrement interpellés par des patients ou leurs proches qui sont incapables de faire entendre leur point de vue auprès du personnel et des gestionnaires des CHSLD. Ils nous contactent souvent en désespoir de cause, après de nombreuses tentatives infructueuses pour faire corriger des situations inacceptables notamment concernant l'alimentation, l'hygiène, la présence d'autres résidents avec des comportements perturbateurs, etc. Comme les canaux de communication sont inefficaces, il ne nous reste plus qu'à leur conseiller de s'adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Dans bien des cas, c'est seulement après l'intervention du commissaire ou même du Protecteur du citoyen que des situations graves pourront être corrigées. Cet état de fait contribue à pervertir le processus de plaintes puisqu'il inverse les rôles. Le fardeau de l'amélioration de la qualité des milieux

repose sur les patients alors qu'ils sont en CHSLD d'abord et avant tout pour recevoir des soins. Pour le Réseau FADOQ, il est évident que c'est aux gestionnaires des établissements de s'assurer de la qualité des services offerts et de corriger les situations problématiques, et ce, sans que les patients aient à recourir constamment au mécanisme de plaintes.

Dans bien des cas, il est malheureux de constater que malgré les plaintes, une situation inacceptable peut se poursuivre indéfiniment, tant et aussi longtemps que les journaux n'interviennent pas. La situation rapportée au CHSLD Harricana en août 2015 est un exemple flagrant de ce type de situation. Alors qu'une infirmière faisait régner un climat de terreur sur son étage depuis des années, la situation a miraculeusement et soudainement progressé lorsque le CHSLD a fait la une des journaux. Dans la même veine, la récente activité de relations publiques visant à présenter les nouveaux plats qui seront servis en CHSLD d'ici 2018 n'aurait jamais vu le jour sans les articles pratiquement hebdomadaires des médias dénonçant l'alimentation en CHSLD. L'État envoie un message pernicieux à la population, à savoir que la seule façon de faire entendre sa voix et de résoudre des situations jusqu'alors sans solution est d'avoir recours aux médias.

À notre sens, les difficultés entourant la communication entre les patients (et leurs proches) et les responsables en CHSLD ont de fâcheuses conséquences que le gouvernement aurait tort d'ignorer. Dans l'immédiat, il y a rupture du lien de confiance entre le patient (et ses proches) et le CHSLD. S'installe ainsi une attitude de méfiance où la seule façon de faire entendre son point de vue passe par les mécanismes de plaintes et de plus en plus, par les médias. C'est en grande partie ce qui explique le recours croissant aux caméras de surveillance en CHSLD. Une image vaut mille mots, et bien des usagers (et leurs proches) ont compris que pour être pris au sérieux dans le système actuel, il faut avoir des images corroborant leurs dires. Par ailleurs, dans une perspective sociétale, cette évolution est profondément néfaste puisqu'elle se répercute sur l'ensemble de la population qui ne fait plus confiance aux CHSLD. Il devient ainsi très difficile d'avoir un débat raisonné et constructif sur la question.

Pour conclure, nous croyons qu'il est fondamental que les patients et leurs proches puissent trouver une oreille attentive à leurs besoins et préoccupations lorsqu'ils s'adressent aux responsables en CHSLD. Sans ce nécessaire dialogue, les situations problématiques s'aggraveront et la confiance du public continuera à s'effriter. Le gouvernement pourra bonifier les mécanismes de reddition de compte, resserrer les normes encadrant l'accréditation, faire des campagnes de relations publiques vantant ses investissements en CHSLD ou encore, adopter des orientations contre la maltraitance, cela ne servira strictement à rien si, à la base, les usagers du système sont incapables de faire valoir leur point de vue auprès des gens qui sont responsables de leur bien-être et qu'ils se sentent ignorés.

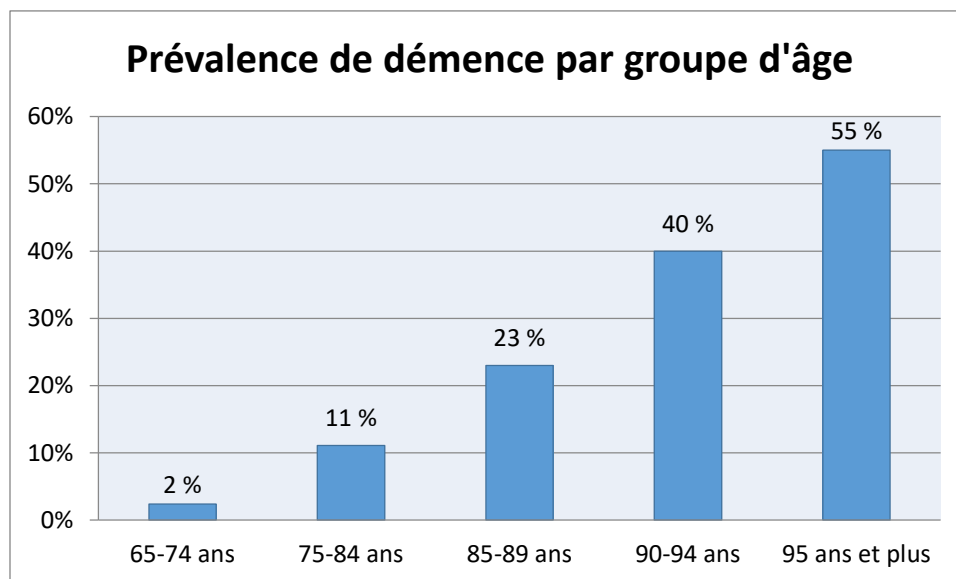
b) Les caméras en CHSLD

Le Réseau FADOQ s'oppose à toute mesure visant à restreindre l'utilisation de caméras en CHSLD. Il est malheureux de constater que compte tenu des problèmes de communication mentionnés précédemment, l'utilisation d'enregistrements constitue en

ce moment l'un des principaux moyens dont disposent les patients et leurs proches pour défendre leurs droits. Dans les faits, la vaste majorité des situations qui ont attiré l'attention du public au cours des dernières années sont le résultat d'images filmées. Restreindre ce droit reviendrait à rendre plus vulnérable une population qui a peu de moyens de se défendre. Nous enjoignons le gouvernement à concentrer ses efforts sur l'amélioration des communications en CHSLD et à laisser de côté des mesures coercitives qui briment les plus vulnérables de notre société et contribuent à attiser la méfiance de la population.

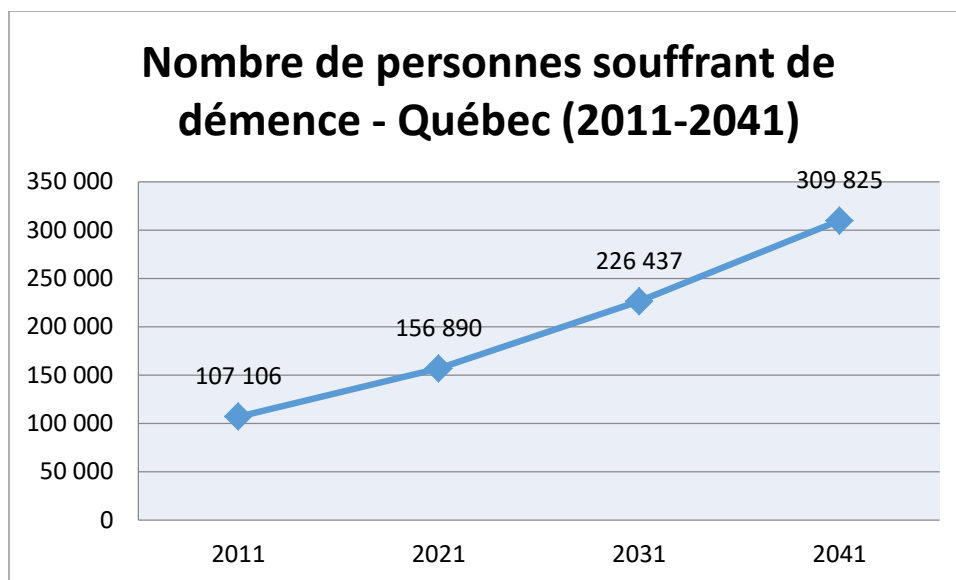
CHSLD et continuum de soins

Les discussions sur les conditions de vie en CHSLD laissent en plan un débat beaucoup plus large sur la prise en charge des aînés en perte d'autonomie dans le cadre du vieillissement accéléré de la population québécoise. Le Réseau FADOQ est l'un des rares acteurs à soulever cet enjeu, et ce, depuis plusieurs années. Nous croyons que le contexte actuel est propice à une réflexion sur cette question dont les répercussions sociales et économiques seront très importantes. Comme nous l'avons évoqué plus haut, le vieillissement est surtout le fait des cohortes les plus âgées. C'est dans ces groupes d'âge que se retrouvent le plus de personnes atteintes de maladies chroniques et/ou souffrant de pertes cognitives. Ainsi, alors que la démence n'atteint que 2,4 % des personnes de 65-75 ans, cette proportion augmente de façon draconienne dans les cohortes suivantes, pour atteindre 55 % des aînés âgés de plus de 95 ans.



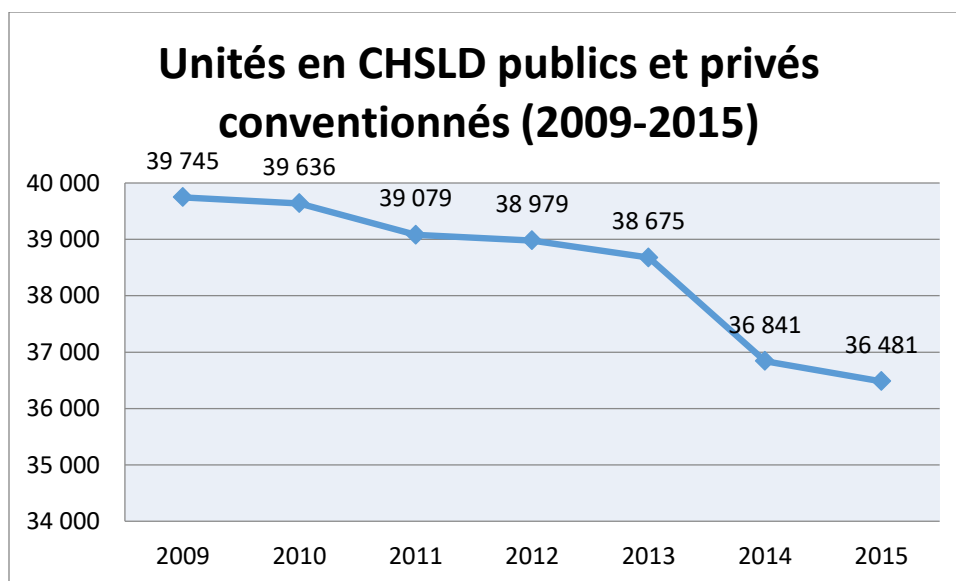
Source : MSSS (2005)

En termes absolus, la population atteinte de démence passera de près de 107 000 personnes en 2011, à un peu plus de 156 000 une décennie plus tard, une augmentation de plus de 45 %. Le phénomène s'accélère par la suite et en 2041, il y aura plus de 300 000 Québécois atteints de démence. Il s'agit d'une tendance lourde qu'il est peu probable d'arriver à contrer, et ce, malgré les possibles avancées de la médecine.



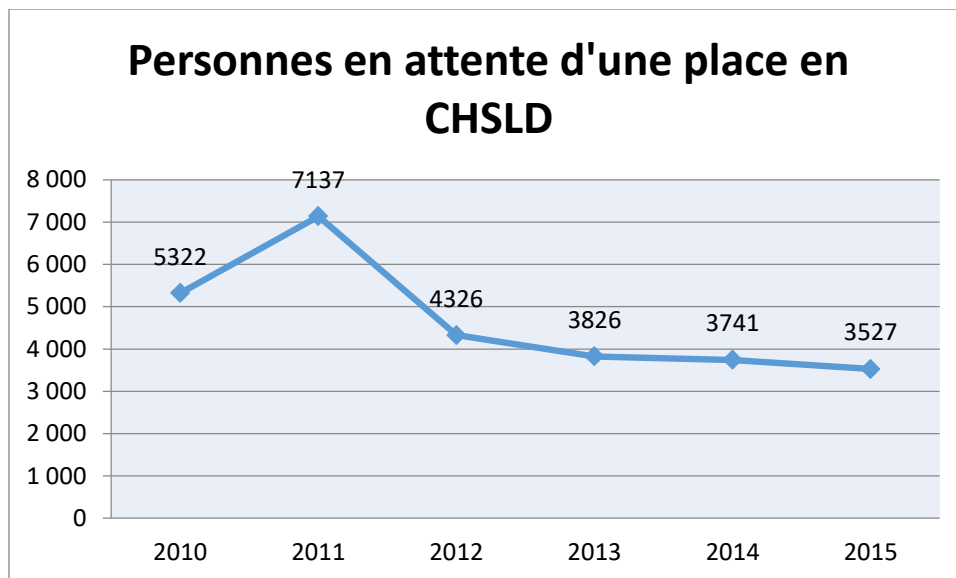
Sources : MSSS (2005) et données de l'ISQ (2014)

Cette donnée est particulièrement importante puisqu'elle suit l'évolution de la population accueillie en CHSLD. Or, le nombre de places en hébergement a chuté significativement. Depuis 2009, 3 264 places sont disparues du réseau public, dont 2 194 depuis 2013. Ainsi, alors que la population souffrant de démence augmente de 4,6 % annuellement entre 2011 et 2021, le nombre de places en CHSLD a régressé de 1,6 % par année depuis 2011. Autrement dit, plus les besoins en hébergement se font pressants, plus l'offre rétrécit. À titre de comparaison, c'est comme si le Québec avait choisi de fermer des écoles et des collèges en plein *baby-boom*.



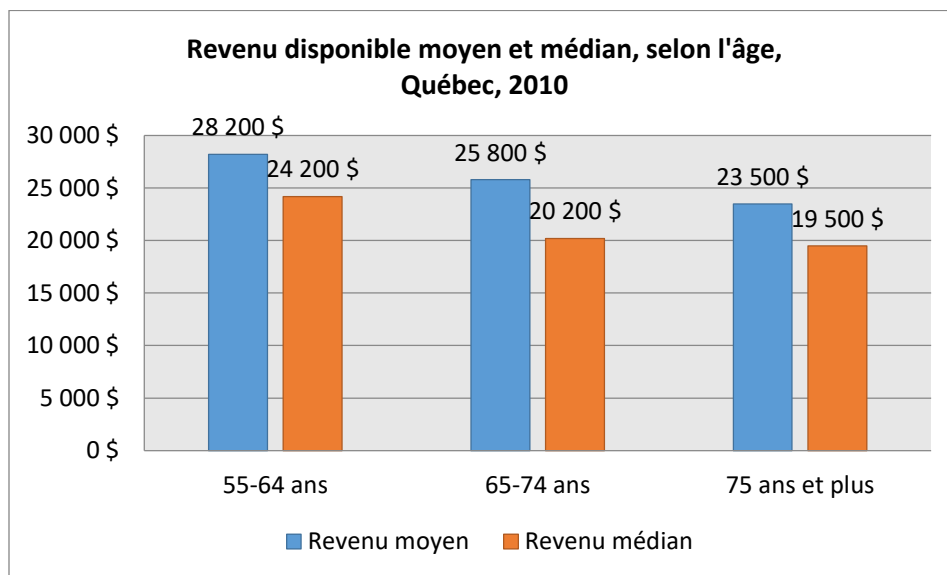
Source : MSSS (2010, 2011 et études des crédits)

C'est donc sans surprise que le nombre d'aînés en attente d'une place en CHSLD demeure élevé.



Source : MSSS (étude des crédits)

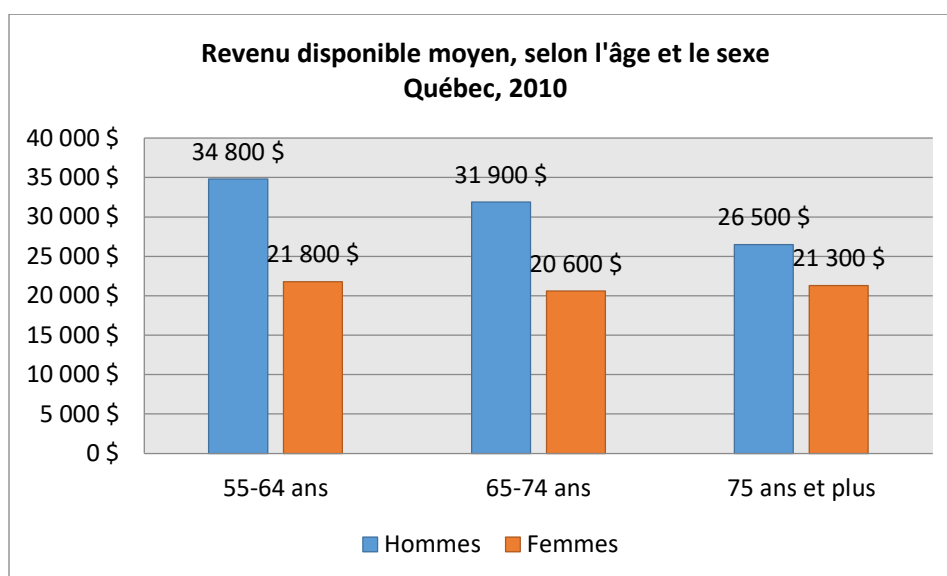
Cette situation est aggravée par les faibles moyens financiers dont disposent la majorité des aînés québécois pour acheter les services dont ils ont besoin au fur et à mesure que leur autonomie décroît. En effet, pour un nombre important d'aînés, le retrait du marché du travail, parfois involontaire, se caractérise par une décroissance significative des revenus, compte tenu de l'insuffisance des rentes publiques, de la couverture inégale des fonds de pension d'employeurs et de la faiblesse de leur épargne individuelle. Cette situation s'aggrave d'une cohorte d'aînés à l'autre puisque le revenu disponible médian des aînés de 75 ans et plus n'atteint que 19 500 \$, soit un peu plus de 1 625 \$ par mois.



Source : Crespo (2015)

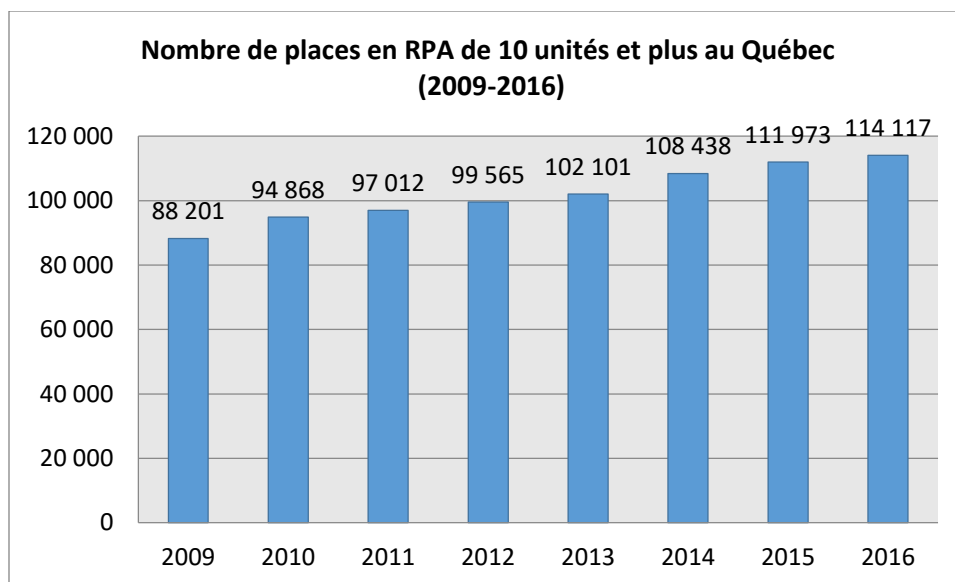
La faiblesse des revenus est particulièrement criante pour les femmes, incluant celles issues de la génération du *baby-boom* qui n'ont pas nécessairement connu un parcours professionnel leur permettant d'avoir des revenus de retraite suffisants pour maintenir un

niveau de vie décent au moment de leur retraite. Dans les faits, les revenus disponibles des femmes âgées, contrairement à ceux des hommes, demeurent stables et faibles pour toutes les cohortes de plus de 55 ans, oscillant autour de 21 500 \$.

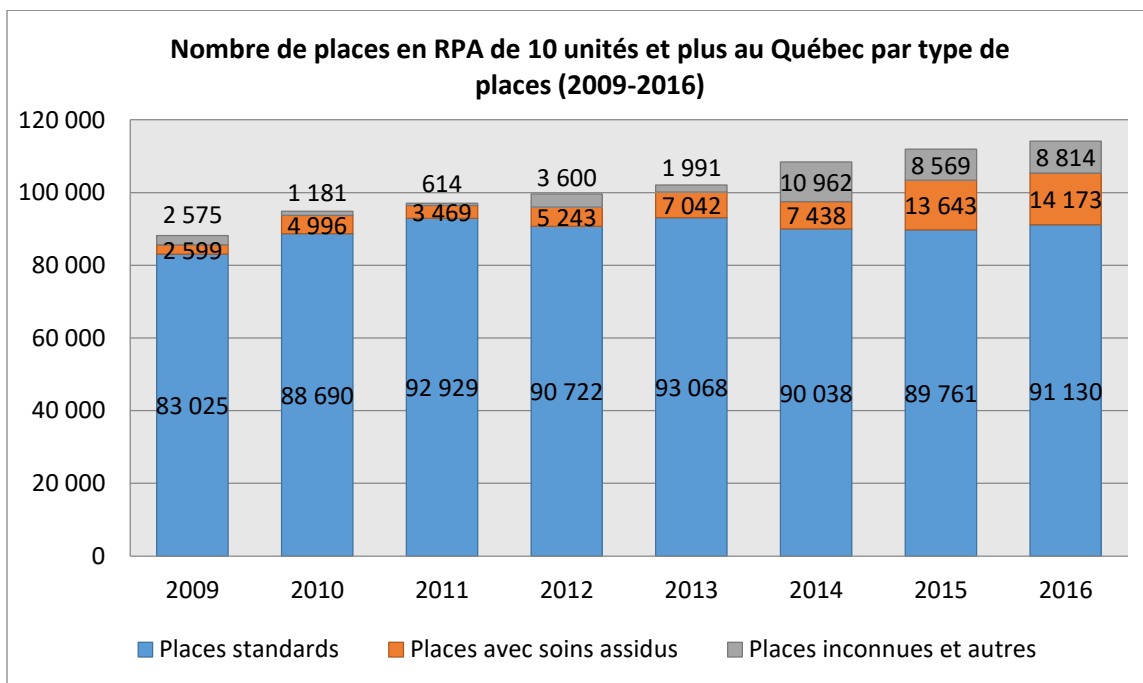


Source : Crespo (2015)

La faiblesse des revenus se combine aux coûts considérables des services qui sont offerts pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. De manière croissante, pour la clientèle souffrant de pertes cognitives importantes, l'inaccessibilité des CHSLD est compensée par l'admission en résidence privée pour aînés (RPA). Ces immeubles, conçus en principe pour accueillir des aînés autonomes ou semi-autonomes, se retrouvent ainsi progressivement à accueillir des aînés en perte d'autonomie plus grave. Depuis 2009, alors que le nombre total de places en RPA a augmenté de 29 %, passant de 88 201 à 114 117 unités, le nombre de places en soins assidus est passé de 2 599 à 14 173, un bond de 445 %. Cette augmentation coïncide avec la suppression de plus de 2 000 places en CHSLD depuis 2013. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de places en soins assidus en RPA pourrait contribuer à expliquer la diminution du nombre de personnes en attente en CHSLD à partir de 2012. Le nombre de places standards quant à lui est stable, voire légèrement décroissant depuis 2011.

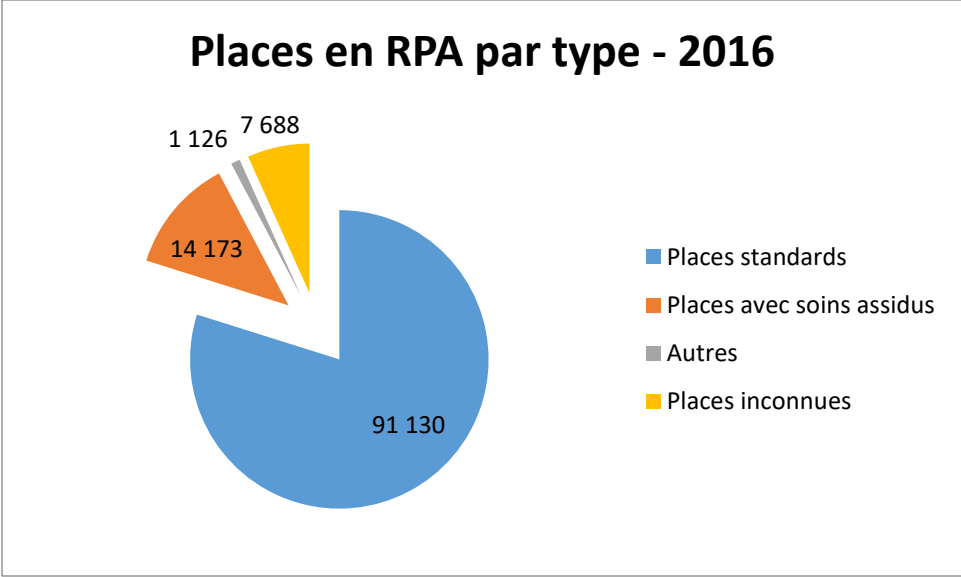


Source : SCHL (2009-2016)



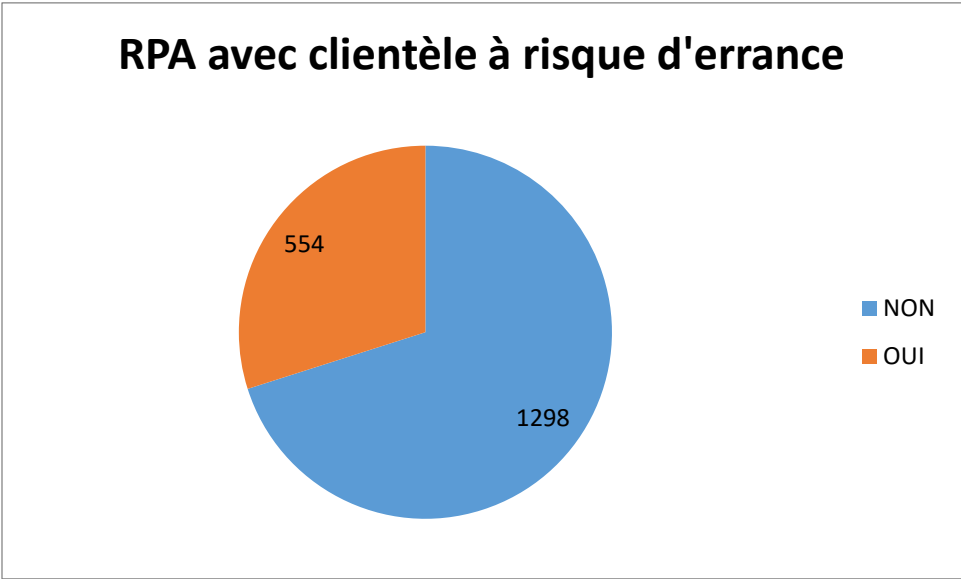
Source : SCHL (2009-2016)

Un regard plus attentif aux données de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) de 2016 permet de constater que la proportion de places en RPA dédiée à une clientèle requérant des soins plus soutenus oscille entre 12 et 20 %. En effet, l'imprécision des données disponibles ne permet pas d'arriver à des chiffres plus exacts.



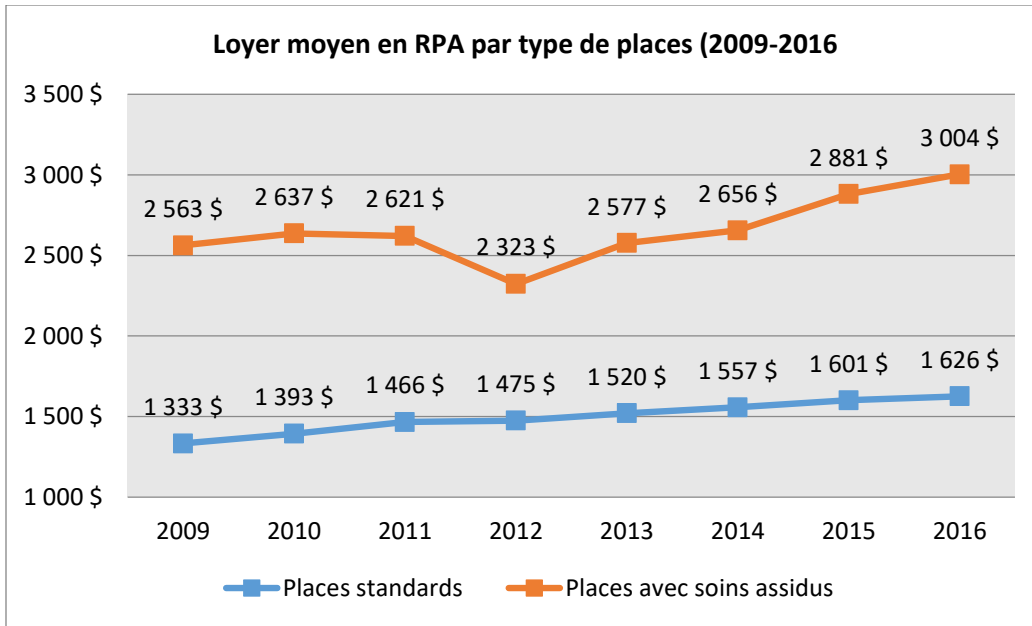
Source : SCHL (2016)

Les données du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) permettent de clarifier quelque peu le portrait. Au 30 juin 2016, 30 % des gestionnaires et propriétaires de RPA déclarent accueillir des personnes à risque d'errance, donc souffrant de pertes cognitives importantes. En jumelant ces données, nous arrivons à la conclusion que les RPA hébergent une part grandissante de personnes non autonomes.



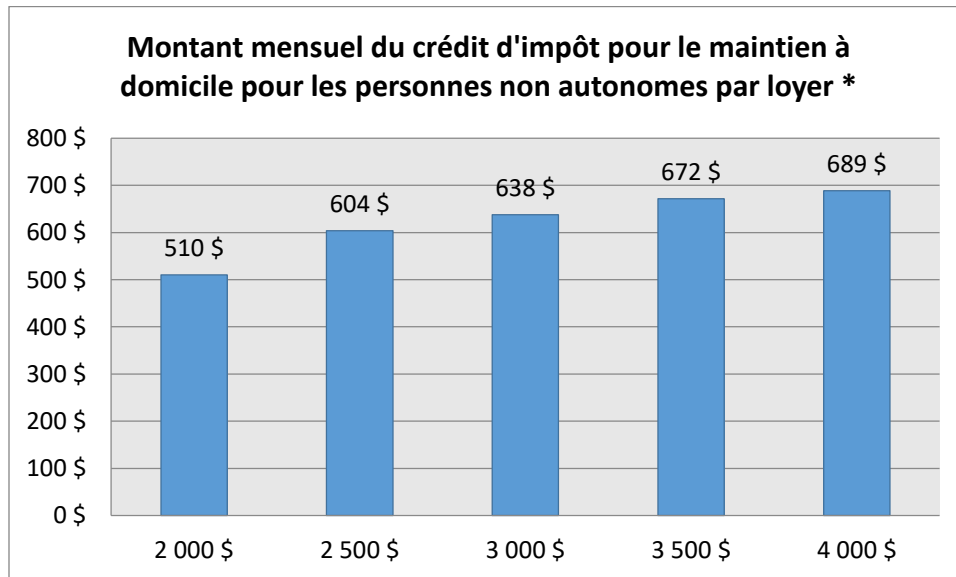
Source : MSSS (2016)

Outre la légitimité de la privatisation des soins aux aînés vulnérables, sujet sur lequel nous reviendrons plus loin, nous nous questionnons quant à l'accessibilité financière de ces établissements. Ainsi, depuis 2012, le prix d'une place avec soins assidus en RPA est passé de 2 323 \$ par mois à 3 004 \$. Une augmentation de 29 % en quatre ans.



Source : SCHL (2009-2016)

S'il est vrai que le crédit d'impôt pour le maintien à domicile est bonifié pour les personnes déclarées médicalement non autonomes, atteignant près de 700 \$ pour un loyer de 4 000 \$ mensuellement, il n'en demeure pas moins que ces places restent inaccessibles à la très grande majorité des aînés québécois.

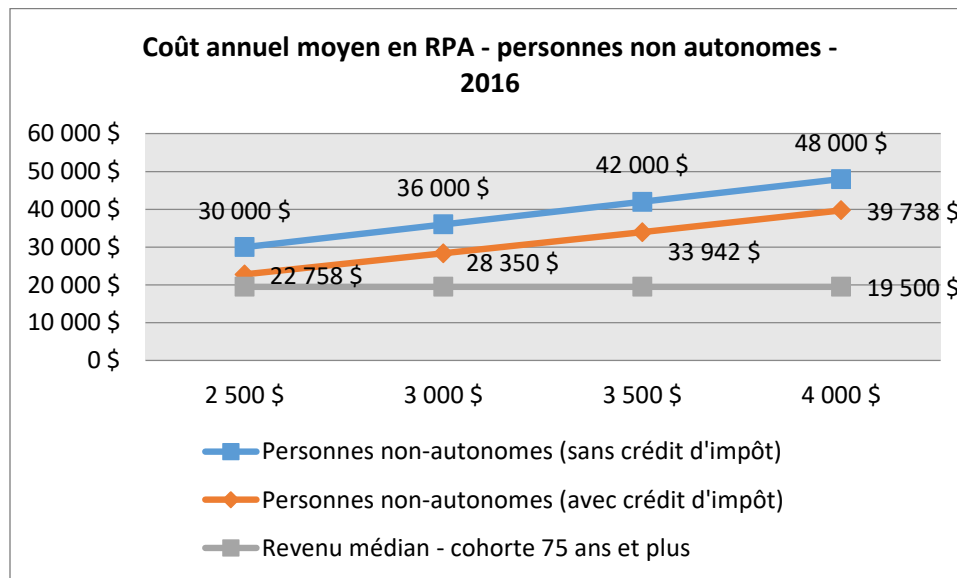


Source : Revenu Québec (2016)

*Montant du crédit d'impôt calculé pour une personne seule
Panier de services : 3 repas par jour, buanderie, entretien ménager, soins infirmiers et personnels

Ainsi, à 3 000 \$ par mois, le coût moyen d'une place pour une personne non autonome incluant le crédit d'impôt représente 145 % du revenu annuel médian des Québécois de

plus de 75 ans. À l'exception des aînés les plus fortunés, l'accès à ces services est difficile sans l'aide de la famille immédiate et sans la disponibilité d'une épargne substantielle qui provient le plus souvent de la vente du domicile familial. Pour les aînés qui ne disposent pas de telles ressources, l'accès à ces places est impossible. Par ailleurs, le coût significatif d'une place en résidence réduit sensiblement les transferts financiers intergénérationnels dans les familles de classe moyenne et nuit au bien-être économique des générations futures.



Source : Revenu Québec (2016)

L'importance grandissante des RPA dans le système de prise en charge des aînés en lourde perte d'autonomie préoccupe profondément le Réseau FADOQ pour plusieurs raisons :

- Premièrement, il y a privatisation des soins de santé offerts à cette clientèle sans qu'un nécessaire débat social sur la question ait eu lieu. La réduction du nombre de places en CHSLD et l'augmentation du nombre de personnes avec des pertes d'autonomie graves en RPA s'opèrent *de facto*, sans consultation.
- Deuxièmement, la réglementation encadrant les RPA prévoit que ces établissements accueillent une clientèle autonome et semi-autonome. Les normes de sécurité, les quotas de personnel, les règles encadrant les services offerts, la formation du personnel, les normes de sécurité incendie et tous les autres thèmes prévus par la certification sont pensés en fonction d'une clientèle qui dispose encore des capacités nécessaires pour demeurer en RPA. Si une partie importante de la clientèle des RPA ne correspond plus à ce qui est prévu dans la réglementation, c'est toute la pertinence de la réglementation qui est compromise.
- Troisièmement, les recherches récentes indiquent que les établissements de type RPA offrent une qualité de soins moindre pour les aînés en lourde perte

d'autonomie que les établissements publics spécialisés pour accueillir cette clientèle. À titre d'exemple, une récente étude albertaine rapporte que les établissements publics investissent une part plus grande de leurs ressources dans le personnel soignant que les établissements privés (Campanella, 2016). Ces conclusions sont cohérentes avec les conclusions d'études antérieures (McGregor et Ronald, 2011).

- Quatrièmement, en permettant *de facto* aux RPA d'accueillir une clientèle en lourde perte d'autonomie, l'État québécois contrevient à l'esprit et possiblement à la lettre de l'article 437 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). En effet, bien que les RPA se gardent bien d'offrir les services de réadaptation et d'accompagnement psychosocial prévus en CHSLD, elles accueillent néanmoins une clientèle en lourde perte d'autonomie qui aurait besoin de ces services. Par conséquent, pour cette clientèle, les RPA constituent l'option à rabais pour l'État québécois puisqu'il transfère aux aînés et à leurs proches le coût de l'hébergement sans leur offrir le choix de bénéficier des services que leur état requière.
- Cinquièmement, à un niveau plus global, il y a une rupture du contrat social entre l'État québécois et la population, alors qu'il y a un écart grandissant entre le discours sur l'universalité des soins de santé et la réalité de l'accessibilité aux soins de longue durée dans le réseau public.
- Finalement, la privatisation de la prise en charge des aînés en lourde perte d'autonomie ne pourra jamais constituer une solution pour la vaste majorité des aînés québécois puisqu'ils ne disposent tout simplement pas des revenus nécessaires pour payer les coûts exigés par ces établissements.

Bien que les résidences privées à but lucratif constituent une solution de logement tout à fait légitime pour les individus qui choisissent librement d'y demeurer, il est inacceptable que l'État québécois restreigne l'accès aux CHSLD pour les personnes dont l'état de santé requiert des soins que les RPA ne sont pas équipées pour combler. Pour clarifier cette situation, il est de première importance d'établir une distinction claire entre les CHSLD, qui sont des établissements de soins s'occupant de personnes en lourde perte d'autonomie et les RPA, qui sont des logements avec services pour personnes autonomes ou semi-autonomes. De cette façon, les aînés pourront se diriger vers la ressource appropriée à leur état de santé.

Il y a urgence de réfléchir à cette question et de mettre sur pied un modèle de prise en charge de la lourde perte d'autonomie qui permettra au Québec d'affronter le vieillissement accéléré de sa population dans le respect des besoins des aînés. Il s'agit d'une problématique que le Réseau FADOQ avait déjà signalée publiquement en novembre 2015 lors de la présentation du nouveau règlement de certification des RPA. Nous sommes conscients qu'il serait difficile, à très court terme, de construire un grand nombre d'unités en CHSLD. Toutefois, le modèle des CHSLD privés conventionnés, déjà existant, pourrait représenter une piste de solution. Ainsi, il serait à notre sens fortement recommandé que les RPA qui accueillent déjà et qui dans plusieurs cas

ciblent ouvertement une clientèle non autonome soient dans l'obligation d'obtenir un permis de CHSLD pour les unités dédiées à une clientèle non autonome. Ces unités seraient ainsi régies par les normes qui encadrent les CHSLD en tant que milieux de soins. Par ailleurs, les RPA pourraient continuer à offrir du logement et des services à leur clientèle autonome et semi-autonome. Cette solution présente plusieurs avantages :

- Premièrement, elle clarifie la distinction entre les CHSLD et les RPA pour le public;
- Deuxièmement, elle prévoit le même encadrement pour tous les milieux accueillant une clientèle non autonome;
- Troisièmement, elle permet d'augmenter rapidement le nombre de places disponibles dans le réseau public et privé conventionné. Ainsi, le gouvernement peut répondre rapidement aux besoins de la population. Une telle évolution réduirait les délais et permettrait d'offrir aux aînés un milieu de vie correspondant à leur état de santé;
- Quatrièmement, tous les aînés non autonomes jouiraient de la même grille tarifaire, peu importe leur lieu de résidence;
- Cinquièmement, en augmentant le nombre de places disponibles, l'hébergement d'aînés dans des établissements éloignés de leur milieu familial serait fortement réduit.

Conclusion

Avec le projet de loi 10, le ministre de la Santé et des Services sociaux nous avait promis plus d'efficacité, d'imputabilité et de leadership, ainsi qu'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins pour tous. Conjointement avec la quasi-totalité des acteurs de la société civile, nous nous étions prononcés contre cette énième réorganisation administrative et avons plaidé au contraire pour un réinvestissement dans le réseau public. Sourd à nos arguments, le gouvernement a poursuivi sa route, et au cours des deux dernières années, nous avons noté une recrudescence des appels du public nous faisant part de graves lacunes dans la prestation de soins, surtout en CHSLD. Ceci étant dit, nous avons participé avec un esprit ouvert à la rencontre de consultation du 1^{er} novembre et au Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD des 17 et 18 novembre dernier.

Alors que les gestionnaires de tous les CISSS et CIUSSS se sont engagés par écrit à améliorer les conditions dans les CHSLD en prenant exemple sur les bonnes pratiques qui leur avaient été présentées, le ministre dispose désormais d'une réelle opportunité de démontrer l'efficacité de sa réforme. L'amélioration des conditions de vie dans les CHSLD constitue ainsi le moment de vérité de la réforme enclenchée par le projet de loi 10. Dans cette démarche, le Ministère peut compter sur la collaboration et la contribution du Réseau FADOQ. L'engagement des directions d'établissement et l'arrivée de nouvelles directives ministérielles au printemps 2017 constituent des pas dans la bonne direction. Toutefois, nous réitérons notre conviction que les nouvelles orientations ministérielles devront s'accompagner de ressources suffisantes et surtout susciter la mobilisation des équipes soignantes, dont le travail sur le terrain signera ultimement le succès de la démarche. Par ailleurs, dans une perspective plus large, nous demandons au Ministère de créer un groupe de travail portant spécifiquement sur la mise en place d'un système cohérent de prise en charge des aînés en perte d'autonomie.

Annexes

437. Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation, ni exploiter un centre médical spécialisé s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre.

Permis d'exercice.

Nul ne peut laisser croire, de quelque façon que ce soit, qu'il est autorisé à exercer les activités propres à la mission d'un centre mentionné au premier alinéa ou à exploiter un centre médical spécialisé s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre.

1991, c. 42, a. 437; 2006, c. 43, a. 18.

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

83. La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Évaluation des besoins.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

Centre de jour ou hôpital.

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

1991, c. 42, a. 83.

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

Bibliographie

Campanella, David. *Losing Ground. Alberta's Residential Elder Care Crisis*. Parkland Institute, Edmonton, 2016. 28 pages.
<https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/parklandinstitute/pages/428/attachments/original/1476995949/losingground.pdf?1476995949>

Crespo, Stéphane. « Le revenu des ménages propriétaires et locataires ». *Institut de la statistique du Québec (ISQ). Données sociodémographiques en bref*. Québec. Volume 20, no 2, février 2016. Pages 18-22.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol20-no2.pdf>

Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Perspectives démographiques du Québec et des régions. 2011-2061. Édition 2014*. ISQ, Québec, 2014. 121 pages.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf>

Margaret J. McGregor et Lisa A. Ronald. *Residential Long-Term Care for Canadian Seniors. Nonprofit, For-Profit or Does It Matter? No 14*. IRPP, Montréal, février 2011. 48 pages. <http://irpp.org/wp-content/uploads/2011/01/study-no14.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Données du registre des résidences privées pour aînés du Québec. Chiffrier Excel en date du 30 juin 2016.

----- Étude des crédits du MSSS : 2016-2017; 2015-2016; 2014-2015; 2013-2014; 2012-2013; 2011-2012 et 2010-2011.
http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/seance-publique.php

----- Info-hébergement. Septembre 2011. MSSS, Québec, 2011. 58 pages.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2066782>

----- Info-hébergement. Février 2010. MSSS, Québec, 2011. 22 pages.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1964232>

----- Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010. MSSS, Québec, 2005. 51 pages.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-830-01.pdf>

Revenu Québec. Outil de calcul des versements du crédit d'impôt pour le maintien à domicile. Consulté le 1^{er} octobre 2016.
https://www5.services.mrq.gouv.qc.ca/mrqanonyme/S2/S203/S203F04_01A_PIU_Estimer_VACMD_PC/P_Accueil.aspx?CInq=F&WT.co_f=2f3ef2e127ec63433bf1475588684943&TV=E

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2016. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2016_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2015. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2015_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2014. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2014_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2013. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2013_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2012. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2012_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2011. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2011_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2010. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2010_A01.pdf?fr=1475532691842

-----). Rapport sur les résidences pour personnes âgées - Québec. SCHL, Ottawa, 2009.