



Regroupement
provincial des comités
des usagers



L'hébergement pour les personnes
en perte d'autonomie au Québec

Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées

Rédaction : Maryse Soulières, ts, et Geneviève Ouellette, ts
4 décembre 2012

www.rpcu.qc.ca

Table des matières

Avant-propos	3
Les membres du comité	5
Mise en contexte	7
Résumé	9
Première partie – Discours âgistes sur le vieillissement et préjugés négatifs envers les milieux d'hébergement	
1.1. Une société qui a peur du vieillissement, de la maladie et de la perte d'autonomie	11
1.2. La méfiance envers les milieux d'hébergement : ses impacts	12
1.3. La nécessité d'une réflexion sur notre responsabilité collective envers les personnes en perte d'autonomie	13
Deuxième partie – Regard sur le système d'hébergement québécois pour les personnes en perte d'autonomie	
2.1. Le réseau public, à bout de souffle?	15
2.2. La privatisation des ressources d'hébergement : ses enjeux	17
2.3. Les « voyageurs » du système : quand perdre de l'autonomie se traduit par des « dé-placements » successifs	19
Troisième partie – Qualité de vie et qualité des soins : qui devrait évaluer quoi, et de quelle manière?	
3.1. L'évaluation : un objectif de contrôle ou de soutien des milieux?	21
3.2. Le nombre d'employés et le soutien du personnel : la pierre angulaire de la qualité	22
3.3. Des mécanismes à penser et à développer	24
Quatrième partie – Quotidien des milieux d'hébergement : quelle place attribuer aux liens sociaux?	
4.1. L'approche « milieu de vie » : au-delà des soins et des services, des citoyens à part entière	27
4.2. Le personnel des milieux d'hébergement : une richesse à valoriser	28
4.3. Les proches : une contribution à reconnaître	30
4.4. Les résidents : quels espaces de parole, d'implication et de décision leur réserver?	31
Synthèse et recommandations	33
Bibliographie	36

Avant-propos

Il y a quelques années, le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) amorçait une réflexion sur les personnes en perte d'autonomie au Québec. Cette préoccupation a fait l'objet de nombreuses interventions au sein du conseil d'administration du RPCU. M. Marc Rochefort, président du comité des usagers du CSSS Jeanne-Mance et membre du conseil d'administration du RPCU, a proposé que les résultats de cette réflexion soient rapportés dans un état de situation, lequel serait rédigé par un comité de réflexion sur la question, et ce, sous l'égide du RPCU.

Depuis plusieurs années, tous les ministres de la santé du gouvernement du Québec ont réitéré que les soins de première ligne et, surtout, les services à domicile constituaient la solution à l'accès aux services de santé et aux services sociaux. Malheureusement, pour les personnes en perte d'autonomie, les soins à domicile ne sont pas encore au rendez-vous aujourd'hui. De surcroît, on a réduit le nombre de places disponibles en soins de longue durée. On a pallié à ces lacunes par le recours aux ressources intermédiaires (RI) tout en favorisant le recours aux résidences privées.

Le Regroupement provincial des comités des usagers a donc voulu contribuer à la réflexion sur cet enjeu important qu'est celui de la situation des personnes en perte d'autonomie au Québec. Il a demandé à M^{me} Michèle Charpentier de proposer une démarche afin de centrer l'utilisateur au cœur même de ces réflexions. Le présent état de situation constitue le résultat de cette démarche, et le RPCU est heureux et fier de vous le présenter.

Les comités des usagers et les comités de résidents ont contribué à cette réflexion en nous faisant part de leurs préoccupations. Cet état de situation est donc le reflet de ce qui se vit à l'échelle du Québec, toutes régions incluses. Dans certains cas, les situations décrites pourraient même être plus problématiques en raison du manque de ressources en régions.

Suite...

Le Regroupement provincial des comités des usagers remercie les membres du comité de réflexion sur les personnes en perte d'autonomie au Québec qui a produit cet état de situation. Il remercie plus particulièrement M^{me} Michèle Charpentier, M^{me} Maryse Soulières et M^{me} Geneviève Ouellette qui ont rédigé et revu les textes. Le RPCU est convaincu que ce travail exceptionnel permettra de faire avancer les choses et d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

En terminant, le Regroupement provincial des comités des usagers remercie les comités des usagers et les comités de résidents qui ont contribué au succès de ce projet.

Le directeur général,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Blain'.

Pierre Blain

Les membres du comité de réflexion sur l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec

Pierre Blain

Directeur général du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

Après des études à l'Université de Montréal, Pierre Blain a fait carrière à titre de gestionnaire dans la fonction publique fédérale principalement dans le domaine de la défense des droits linguistiques et des communications. Il a siégé en tant que représentant d'une fondation au conseil d'administration d'un établissement de santé pendant dix ans. Depuis sa retraite en 2003, il a mis son expérience de gestion au service d'organismes communautaires dans le domaine de la défense des droits. Monsieur Blain occupe depuis janvier 2010 le poste de directeur général du Regroupement provincial des comités des usagers qui regroupe les 600 comités des usagers et de résidents du Québec qui ont pour mandat de défendre les droits des usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux et de contribuer à l'amélioration de la qualité et des services offerts.

Marc Rochefort

Président du comité des usagers du CSSS Jeanne-Mance et membre du conseil d'administration du RPCU

Détenteur d'un baccalauréat ès sciences de l'Université de Montréal, Marc Rochefort a commencé sa carrière comme éducateur spécialisé. Il œuvre à titre de gestionnaire et de professionnel dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux depuis 35 ans. Tout au long de ces années, il a également siégé au sein de nombreux conseils d'administration d'établissements de santé et de services sociaux de la région montréalaise en plus de contribuer à des commissions thématiques. Aidant naturel reconnu, il préside le comité des usagers du CSSS Jeanne-Mance depuis 2008. Il est aussi membre du conseil d'administration et du comité exécutif du RPCU.

Johanne Charette

Adjointe à la direction de l'hébergement et conseillère en milieu de vie du CSSS Cavendish

Membre du Regroupement des conseillères et conseillers en milieu de vie du Québec

Johanne Charette est détentriche d'une maîtrise en gérontologie et d'une maîtrise en administration des affaires de l'Université de Sherbrooke. Ayant commencé sa carrière comme animatrice, toutes ses expériences de travail l'ont amenée à améliorer la qualité de vie en hébergement de longue durée pour personnes âgées. De même, elle a occupé des fonctions de *coach* auprès des gestionnaires de tous les CHSLD de la région de la Montérégie pendant plusieurs années, afin de favoriser la compréhension et l'adhésion au concept milieu de vie. En partenariat avec le ministère de la Santé, l'AQESSS et l'AEPC, elle a participé à la conception d'une formation sur le milieu de vie et elle a transmis cette formation à des gestionnaires et à des intervenants dans plusieurs régions du Québec. Ses expériences l'ont amenée à faire l'adaptation de cette formation pour les équipes de visite d'appréciation du milieu de vie du ministère de la Santé. Auparavant, elle a aussi occupé des fonctions de directrice générale dans des résidences privées.

Michel Lemelin

Président de la Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec (FPBQ)

Diplômé infirmier auxiliaire, Michel Lemelin contribua comme préposé aux bénéficiaires (PAB) pendant 15 ans en *Soins de Longue Durée*. Grâce à son expérience dans différentes sphères du monde du travail, il fut l'un des instigateurs, avec des collègues PAB du réseau public et privé à la mise en place et à l'implantation d'une association professionnelle, afin de répondre à un besoin spécifique qui était inexistant pour les préposé(e)s aux bénéficiaires reliant soins infirmiers et services au public. La ligne directrice de la FPBQ soutient entre autres, la compétence, l'expertise, l'habileté, la pratique et la formation continue des préposé(e)s aux bénéficiaires. En d'autres termes de meilleures pratiques contribuent à des soins de qualité supérieurs.

Francine Dufresne

Citoyenne résidente

Francine Dufresne a été professeure au cégep du Vieux Montréal et chargée de cours à l'UQAM au département des arts. Formée à Grenoble (France) à l'art des marionnettes, elle a monté un spectacle de marionnettes avec des adolescents présentant une déficience intellectuelle. Elle a profité de sa retraite pour s'impliquer pendant plus de 15 ans au Forum des citoyens aînés de Montréal, dont elle a assumé la présidence durant quelques années. Partenaire du CREGES depuis près de 20 ans, elle a participé à de nombreux projets de recherche portant sur la réalité des aînés, et elle continue de le faire encore aujourd'hui afin de faire entendre la voix des personnes âgées. Elle réside actuellement dans une résidence privée pour personnes âgées de Montréal où elle s'implique activement dans le comité des loisirs.

Michèle Charpentier LL.M, Ph.D

Professeure titulaire de l'UQAM

Michèle Charpentier, Ph.D en service social et LL.M en droit de la santé, est professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Elle a été directrice scientifique du Centre de recherche en gérontologie sociale du CSSS Cavendish-CAU. Ses travaux de recherche portent sur la place et le respect des droits des aînés, surtout des femmes et des personnes du grand âge, et le développement de pratiques qui favorisent leur *empowerment*. Elle a publié de nombreux ouvrages dont *Vieillir en milieu d'hébergement – Le regard des résidents* aux Presses de l'Université du Québec en 2010 en collaboration avec Maryse Soulières.

Maryse Soulières, ts

Agente de recherche du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES)

Maryse Soulières, travailleuse sociale, est agente de recherche et formatrice pour la Ligne Aide Abus Aînés. Elle a assumé la responsabilité du développement des aspects cliniques de cette ligne dès son implantation. Elle a auparavant travaillé dans des CHSLD en tant que travailleuse sociale, conseillère en milieu de vie et commissaire aux plaintes. Son mémoire de maîtrise portait sur les droits des femmes âgées hébergées et les stratégies d'empowerment qu'elles adoptaient pour les faire respecter.

Geneviève Ouellette, ts

Agente de recherche du CREGES

Geneviève Ouellette détient un baccalauréat en travail social et un diplôme de 2^e cycle d'intégration à la recherche éducative de l'UQAM. Elle travaille dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis plus de 25 ans, auprès des clientèles âgées à domicile et en hébergement. Pendant plusieurs années, elle a été chargée de cours de niveau collégial en gérontologie et a été formatrice dans le programme *Formation aux entreprises* du cégep Bois-de-Boulogne pour les établissements du réseau.

Mise en contexte

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) a pour mission de travailler à améliorer la qualité des soins et services offerts aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux, est l'instigateur de ce projet. Dans le but de bien cibler ses actions et de se doter d'une plate-forme de revendications solides, le RPCU a approché des experts pour faire un portrait actuel de la situation de l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec. Ce fut le départ d'une démarche de travail et de réflexion dont le présent document est l'aboutissement, et dont l'originalité repose sur deux grands principes :

- 1) l'implication et l'apport de divers acteurs sociaux dans le processus – représentant à la fois les personnes en perte d'autonomie, leurs proches, les employés, les gestionnaires et les chercheurs – afin de mettre leurs idées en commun et de dégager des recommandations unanimes;
- 2) l'effort conscient, tout au long du processus, pour maintenir au cœur des réflexions les principaux concernés, soit les personnes en perte d'autonomie qui résident en milieu d'hébergement. L'intérêt premier des résidents dans leur vie quotidienne en hébergement devait avoir préséance.

Dès l'amorce des travaux, nous, membres du comité, avons pu constater qu'une conviction commune nous animait : si nous reconnaissons les défis importants auxquels doivent faire face les milieux d'hébergement pour assurer la qualité des soins et services ainsi que la qualité de vie des résidents, nous étions convaincus que ces milieux apportent une contribution essentielle dans le continuum des services aux personnes en perte d'autonomie. Pour nous, l'importance du développement des services de soutien à domicile pour les personnes âgées et l'ensemble des personnes nécessitant de telles interventions ne fait aucun doute. De même, nous croyons qu'il est tout aussi fondamental d'assurer le développement adéquat des ressources d'hébergement, qui viennent prendre le relais lorsque la perte d'autonomie s'alourdit et que le maintien à domicile n'est plus possible ou n'est plus souhaité. Dans le contexte de cette réflexion, nous entendons par « ressources d'hébergement » ou « milieux d'hébergement » tous les milieux collectifs d'habitation accueillant des personnes en perte d'autonomie à qui sont offerts des soins de santé et des services visant à répondre à leurs besoins quotidiens (résidences d'hébergement privées, ressources intermédiaires, CHSLD privés et publics).

Ce projet se veut donc une prise de position dans un contexte où les milieux d'hébergement sont de plus en plus mis au banc des accusés dans l'opinion publique, dans les médias et même dans les discours gouvernementaux. D'ailleurs, la campagne électorale ayant mené aux élections provinciales du 4 septembre 2012, quelques semaines seulement avant le dépôt de ce document, a démontré encore une fois à quel point les milieux d'hébergement sont devenus le « mouton noir » des services aux personnes en perte d'autonomie; les différents partis politiques misant uniquement sur des annonces qui concernent les centres hospitaliers et les services de maintien à domicile.

Nous souhaitons ainsi remettre la question de l'hébergement à l'ordre du jour social et politique en tentant de maintenir une analyse nuancée et rigoureuse. Est-il possible de parler d'hébergement en reconnaissant, d'une part, les problèmes importants rencontrés pour assurer la qualité de vie des résidents et, d'autre part, les forces et le potentiel de ces milieux et des gens qui y travaillent?

Voilà le défi que s'est donné notre groupe de travail.

Bonne lecture!

Le comité de rédaction

Résumé

À l'initiative du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), la présente démarche de travail et de réflexion a regroupé divers acteurs sociaux représentant à la fois les personnes en perte d'autonomie, leurs proches, les employés, les gestionnaires et les chercheurs afin de dégager une prise de position commune par rapport à l'état actuel du système d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec. Tout au long de ce processus, le comité a fait l'effort conscient et constant de maintenir au cœur des réflexions les personnes en perte d'autonomie qui résident en milieu d'hébergement privé ou public dans le but de défendre leurs intérêts et de veiller à leur qualité de vie.

Dès l'amorce des travaux, nous, membres du comité, avons pu constater qu'une conviction commune nous animait : si nous reconnaissons les défis importants auxquels doivent faire face les milieux d'hébergement pour assurer la qualité de vie des résidents, nous étions convaincus que ces milieux apportaient une contribution essentielle dans le continuum des services aux personnes en perte d'autonomie. Pour nous, l'importance du développement des services de soutien à domicile pour les personnes âgées et l'ensemble des personnes nécessitant de telles interventions ne fait aucun doute. De même, nous croyons qu'il est tout aussi fondamental d'assurer le développement adéquat des ressources d'hébergement, qui viennent prendre le relais lorsque la perte d'autonomie s'alourdit, que le maintien à domicile n'est plus possible ou n'est plus souhaité. Ce projet se veut donc une prise de position dans un contexte où les milieux d'hébergement sont de plus en plus mis au banc des accusés dans l'opinion publique, dans les médias et même dans les discours gouvernementaux.

Est-il possible de parler d'hébergement en reconnaissant de façon constructive les défis importants pour y assurer tant la qualité de vie que la qualité des soins et services des résidents tout en misant sur les forces et le potentiel de ces milieux et des gens qui y travaillent? Voilà le défi que s'est donné notre groupe de travail. Nous présentons ici une synthèse des positions développées ainsi que des recommandations qui rallient tous les membres du comité.

1. Nous croyons qu'il est possible de mieux vieillir malgré la maladie ou la perte d'autonomie. De même, **il est possible de mieux vivre et de mieux vieillir en milieu d'hébergement** lorsque celui-ci devient le milieu le plus approprié pour répondre à nos besoins quotidiens. La méfiance généralisée envers les milieux d'hébergement, qui sont vus non pas comme un service essentiel mais comme une dernière option à éviter à tout prix, ne peut qu'avoir des impacts négatifs sur tous les acteurs concernés (résidents, proches, personnel, gestionnaires).

2. Le désengagement de l'État des soins et services de longue durée et la privatisation massive des ressources d'hébergement entraîne **l'effritement de notre droit fondamental de choisir notre milieu de vie**. Il importe de baliser et de soutenir la collaboration entre le privé et le public de façon à assurer la qualité des soins et des services, à limiter les transferts liés aux problèmes de continuum et à humaniser les déménagements.
3. La qualité de vie et la qualité des soins et services offerts aux résidents ne sont pas assurées malgré la multiplication actuelle des organismes de surveillance. Il est temps de repenser l'approche d'évaluation des milieux pour leur **offrir un soutien concret** dans leur démarche d'amélioration continue comprenant l'assurance d'une proportion suffisante de personnel bien formé.
4. Il importe de reconnaître, de **soutenir et de valoriser le travail de l'ensemble des membres du personnel** des milieux d'hébergement, et ce, indépendamment de leur rôle : la qualité des liens qu'ils tissent avec les résidents et leurs proches fait la différence au quotidien. De même, le mythe de l'abandon des résidents par leurs proches doit être déconstruit : **l'implication des proches auprès des résidents doit être accueillie, favorisée et soutenue**.
5. **L'approche milieu de vie**, qui place le résident au cœur des préoccupations, conserve toute sa pertinence dans le contexte actuel, et les milieux doivent être soutenus face aux défis rencontrés dans son application.

En conclusion, à tous les niveaux et aux diverses étapes des parcours, de nombreux facteurs (individuels, organisationnels, administratifs et économiques) entravent la prise de parole, l'engagement et la revendication de leurs droits des personnes devant composer au quotidien avec une perte d'autonomie. Tous les milieux d'hébergement ont la responsabilité de multiplier et de diversifier les moyens pour favoriser la prise de parole des résidents et de leurs représentants. À cet effet, les comités des usagers et de résidents jouent un rôle déterminant, pour lequel ils sont explicitement mandatés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Première partie

Discours âgistes sur le vieillissement et préjugés négatifs envers les milieux d'hébergement

1.1. Une société qui a peur du vieillissement, de la maladie et de la perte d'autonomie

Notre société est fortement influencée par le mythe de l'éternelle jeunesse, à laquelle nous associons la beauté, la santé, la vitalité, l'autonomie... Notre rapport au vieillissement s'en trouve inévitablement biaisé, nous laissant face à deux pôles opposés. D'abord, un vieillissement dit réussi : celui sans incapacité importante et sans perte d'autonomie, le vieillissement actif dans lequel l'aîné demeure « productif et donc utile » (par l'implication dans le travail, la famille ou le bénévolat). On vante les mérites de ceux et celles qui ont su rester en santé, qui font de l'exercice et s'alimentent bien, qui font « travailler leurs méninges ». Ce sont les « bons vieux », ceux qui sont restés jeunes et utiles à la société (Institut de la statistique du Québec, 2012; Aquino, 2007).

Puis, au pôle opposé, il y a l'autre vieillissement : celui qui vient avec la maladie, la perte d'autonomie cognitive ou fonctionnelle, la dépendance... Dans la vision dichotomique que la société nous propose, ce vieillissement-ci est perçu comme un échec (Charpentier, 2010-2004; Hummel, 1998). D'abord, l'échec de l'aîné à se maintenir en santé : en devenant « dépendant », son identité se réduit graduellement à cette dépendance jusqu'à ce qu'on ne voit plus en lui que ses diagnostics et ses besoins quotidiens (Beaulieu et Caron, 2000b). Ce « vieillissement dépendant » reflète ensuite l'échec de la famille à le prendre en charge, et celui des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de la communauté à le supporter. C'est aussi, éventuellement, l'échec du monde médical à guérir. En somme, l'idée de vieillir fait peur parce qu'elle annonce une autre étape qui est tout aussi troublante, soit la fin de la vie. Cette confrontation à la mort vient s'ajouter aux peurs soulevées par la maladie et la perte d'autonomie. Tout porte à croire, tant dans les écrits scientifiques que médiatiques, que le vieillissement est une réalité que notre société ne veut pas voir (Robert, 2012; Bickerstaff, 2006). Le risque d'exclusion sociale pour les aînés est élevé (MSSS, 2012).

Tout comme de nombreux auteurs, nous nous questionnons sur ces représentations dichotomiques du vieillissement (Aquino, 2007). Il en découle, pour les aînés, une pression sociale énorme pour que leur vieillissement se rapproche le plus possible de l'idéal du bien vieillir, tout en taisant les facteurs individuels, génétiques, environnementaux et sociaux hors de leur contrôle. Le vécu dans le vieillissement est pluriel, l'expérience humaine étant toujours unique et complexe. Nous savons, par nos expériences d'intervention et nos travaux de recherche, qu'il est possible de « bien vieillir » malgré la perte d'autonomie, malgré la perte d'êtres chers, malgré la maladie (Charpentier, 2010; Aquino, 2007). Cette affirmation nous apparaît d'autant plus cruciale que les représentations négatives du vieillissement viennent influencer notre vision des services à offrir aux personnes en perte d'autonomie, notamment des milieux d'hébergement : « Pour l'État, la vieillesse représente un coût, une charge pour la collectivité. [... Les personnes aînées] continuent, dans le discours, de coûter cher et d'être victimes du système » (Beaulieu et Caron, 2000a : 72).

- **Nous reconnaissons que le vieillissement est pluriel et qu'il est possible de vieillir heureux malgré la maladie ou la perte d'autonomie.**
- **Or, le vieillissement tend à être perçu sous deux visions opposées : le vieillissement réussi (autonomie et productivité) versus l'échec du vieillissement (maladie et dépendance).**
- **Ainsi, la société exerce une très grande pression sur l'individu vieillissant pour qu'il corresponde à un idéal : la pression de bien vieillir et de bien mourir s'accompagne de craintes tout aussi grandes de la maladie, de l'hébergement et de la mort.**

1.2. La méfiance envers les milieux d'hébergement : ses impacts

Face à ces peurs du vieillissement et de la maladie, les politiques sociales et les discours gouvernementaux se veulent rassurants : l'État maintient les citoyens chez eux malgré les pertes d'autonomie éventuelles, suivant ainsi le souhait de la majorité (MSSS, 2012; MSSS, 2003b). Ce faisant, le domicile est devenu, pour plusieurs, synonyme du maintien d'indépendance et du contrôle sur sa vie, associés au fait de bien vieillir. Ces louanges, voire cette idéalisation trompeuse de la vie à domicile, souvent en solo, ne sont pas sans conséquences. Que reste-t-il comme option lorsque le maintien à domicile est compromis? Lorsqu'il n'est plus possible d'assurer les soins, la sécurité et la qualité de vie des gens, malgré les services publics (et souvent privés) et l'engagement des proches? Pour la majorité des gens, tant les résidents que leurs proches, l'hébergement n'est pas un choix, mais bien une solution de dernier recours, l'issue inévitable qu'on désirait repousser le plus possible, au-delà même de nos forces (Bolduc et Maltais, 2011; Charpentier, 2010). « Peu étonnant, alors, que le « placement » soit vécu comme un terrible échec, un renoncement, une résignation » (Bickerstaff, 2003 : 238). La vision dichotomique se poursuit donc face à l'hébergement, mis en opposition avec le maintien à domicile idéalisé.

Il faut dire qu'à ce sentiment d'échec s'ajoute une méfiance importante, partagée non seulement par la population, mais aussi par divers acteurs sociaux. Aux scandales périodiquement publicisés par les médias (Lacoursière, 2012, Nadeau, 2012a et 2012b; Duplessis, 2011; Rioux-Soucy, 2011) viennent se superposer certaines études et rapports publics et parapublics, les revendications des groupes de pression de résidents, de familles ainsi que de quelques regroupements ou syndicats d'employés. Des lacunes sont nommées, et ce, depuis de nombreuses années, que ce soit au niveau des soins, de l'approche auprès de la clientèle, du respect des droits des résidents, du manque de ressources et d'effectifs, du besoin de formation du personnel... (Protecteur du citoyen, 2011 -2010; Boulerice, 2011; Syndicat canadien de la fonction publique, 2009; Alary, 2006; Vérificateur Général du Québec, 2002 dans Charpentier, 2004b; Conseil des aînés, 2000).

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les personnes en perte d'autonomie ainsi que leurs proches soient anxieux et se sentent coupables face à une admission dans un établissement d'hébergement (public ou privé) offrant des soins et des services adaptés. Les proches ont intégré cette vision de crainte, de suspicion. L'étude de Bolduc et Maltais (2011) précise que les aidants retardent le plus possible l'admission en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de leur proche et s'y refusent pour diverses raisons : peur de négligence et de mauvais traitements, peur de ne pas recevoir les soins requis, de la piètre qualité de la nourriture, du roulement de personnel...

Les auteurs (Stone et Clements, 2009; Bickerstaff, 2003) s'entendent sur les impacts négatifs potentiels de cette vision pessimiste des milieux d'hébergement. « Malheureusement, dans la mesure où de lourdes représentations sociales négatives persistent, qu'elles soient fondées ou non, le recours à ce type d'hébergement sera toujours excessivement souffrant tant pour les personnes âgées que pour leurs proches. Est-ce réellement dans l'intérêt des personnes âgées et de leurs proches? » (Bickerstaff, 2003 : 239). Et que dire du sentiment des clientèles plus jeunes qui se retrouvent dans ce type d'hébergement faute de ressources mieux adaptées? Nous joignons ici notre voix à celle d'autres acteurs, dont l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2012), pour revendiquer une vision plus réaliste des milieux d'hébergement qui sache nommer à la fois les améliorations à mettre en place ou même, parfois, l'inacceptable, mais qui reconnaisse aussi leurs réussites, leurs efforts et leurs bons coups.

- **L'hébergement est vu comme l'échec du maintien à domicile et non comme un service parfois essentiel et même un droit.**
- **La méfiance s'installe avant même l'admission, souvent incertaine et imposée, de la personne hébergée, avec des impacts négatifs importants pour les résidents, leurs proches et les milieux : anxiété, inquiétudes, sentiment de culpabilité, doutes constants, surveillance exagérée, etc.**

1.3. La nécessité d'une réflexion sur notre responsabilité collective envers les personnes en perte d'autonomie

Il ne fait donc aucun doute que la société s'inquiète de la qualité de vie des aînés en milieu d'hébergement. Si l'état de vigilance est justifié et même nécessaire, il nous apparaît cependant que la réflexion gagne à être replacée dans un contexte plus large. Comment notre société se positionnera-t-elle face au vieillissement de la population, mais surtout face aux besoins des citoyens âgés plus vulnérables? Plusieurs soutiennent que le réseau public de la santé et des services sociaux n'aura pas la capacité financière de faire face aux demandes de cette clientèle (AQESSS, 2011a; Gagnon, 2011; AQDR, 2011; AQESSS, 2010; Lavoie, 2009; Gervais et al., 2004) et ce, malgré que le taux d'hébergement des personnes âgées de 65 ans et plus dans les institutions publiques a diminué significativement durant les dernières années. Des décisions importantes devront être prises au cours des prochaines années et décennies, et nous croyons fondamental que ces réflexions reposent sur les principes d'équité, de justice sociale et de solidarité qui sont à la base de notre système de santé. Cependant, considérant les discours véhiculés actuellement à propos du vieillissement, nous ne pouvons que nous inquiéter du tournant que pourraient prendre ces questions sociales. En ira-t-il de la responsabilité individuelle de l'aîné d'assumer sa maladie et son déficit d'autonomie, risquant de devenir un fardeau pour son entourage? Ou alors, reconnaitrons-nous notre responsabilité sociale collective face aux personnes en perte d'autonomie, qui demeurent des citoyens à part entière et qui devraient jouir des mêmes droits fondamentaux que nous tous, incluant le droit aux services de santé requis?

Ces débats sociaux devraient interpeller tant le gouvernement que les principaux acteurs sociaux se préoccupant de la qualité de vie des citoyens vulnérables qui, souvent, ont peu ou n'ont pas de moyens de se faire entendre et de défendre leurs droits : le Curateur public, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, le Protecteur du citoyen ainsi que divers regroupements et associations de personnes âgées ou handicapées et de leurs proches. Mais ces enjeux devraient aussi nous interpeller individuellement, en tant que citoyens qui désirent une société juste pour les générations actuelles et futures. Une dame de 96 ans, résidente en CHSLD, s'exprimait ainsi : « On dirait qu'on n'a pas de place, nous, les vieux. Tu sais, moi, j'ai déjà été jeune, mais eux n'ont jamais été vieux. Alors, comment voulez-vous qu'ils nous comprennent? » (Charpentier, 2010 : 147).

- **Les réflexions sociales entourant les divers types de milieux d'hébergement doivent être incluses dans un débat plus large concernant les droits fondamentaux des personnes en perte d'autonomie.**
- **Nous avons une responsabilité collective à l'égard du respect des droits des citoyens en perte d'autonomie, incluant celui de recevoir des services de santé adéquats (droits assurés tant par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* que par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec).**

Deuxième partie

Regard sur le système d'hébergement québécois pour les personnes en perte d'autonomie

2.1. Le réseau public, à bout de souffle?

Le vieillissement accéléré de la population et les incapacités qui peuvent l'accompagner, surtout chez les personnes de 75 ans et plus, jumelés aux restrictions financières imposées au réseau de la santé et des services sociaux, représentent un défi de taille pour les établissements, qu'il s'agisse des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres hospitaliers ou des milieux d'hébergement, dont les CHSLD, les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). La tendance est forte, particulièrement depuis le virage ambulatoire amorcé en 1997, pour relayer au secteur privé et aux proches le surplus des demandes non absorbées par les CSSS (Lavoie et Guberman, 2010; AQESSS, 2010; Conseil des aînés, 2007; Charpentier, 2000). Le réseau des CLSC est sous-financé : les investissements en matière de services à domicile ne représentent que 2 % des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (AQESSS, 2011a; Conseil des aînés, 2007). Ce faible pourcentage place le Québec aux derniers rangs des provinces canadiennes, alors que le Canada est lui-même l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui consacre le moins d'argent aux services à domicile (Lavoie et Guberman, 2010 : 426). Les impacts majeurs du rôle d'aidant dans ce contexte de sous-financement des services aux personnes âgées ont d'ailleurs été largement documentés, au Québec comme à l'international (MSSS, 2012; Stone et Clements, 2009; Lavoie et Guberman, 2007; Mittelman et al., 2007; Lecoœur, 2006).

Le maintien à domicile a donc ses limites, principalement pour les clientèles présentant des incapacités sévères et persistantes. Ces personnes, confrontées au manque de services publics à domicile, aux coûts des services privés et, bien souvent, à l'épuisement de leurs proches, se tournent vers les ressources d'hébergement. « Faute de moyens, les instances locales ont dû développer des pratiques qui privent les usagers des services nécessaires pour répondre à leurs besoins, reportant ainsi totalement ou partiellement le fardeau sur les aidants naturels et contribuant à une utilisation inappropriée des places en milieu hospitalier, en réadaptation ou en milieu d'hébergement » (Protecteur du citoyen, 2012 : 22; AQESSS, 2011a).

Parallèlement à ce sous-financement des ressources de soutien à domicile, les critères d'admissibilité dans les établissements d'hébergement publics se resserrent de plus en plus (Dubuc et al., 2009; Alderson, 2006). En 2006, le réseau québécois des CHSLD (publics et privés conventionnés) comptait au total 41 051 places. Ce nombre était passé à 39 443 en 2010, ce qui représente une diminution de près de 4 %. En réalité, cependant, lorsqu'on tient compte du ratio des places par rapport au nombre de personnes âgées, il s'agit d'une diminution de 15 % (MSSS, 2011 : 14). De plus, ce que ces chiffres ne montrent pas, c'est qu'environ 6 000 personnes étaient en attente d'une place en CHSLD en 2010 (AQRSP, 2010 dans AQDR, 2011 : 17). De son côté, l'AQESSS (2011a) estime que le manque de places en soins de longue durée dépassera les 7 000 d'ici 2017.

Face à ce constat, le gouvernement a proposé une solution qui se veut novatrice : un développement important de ressources intermédiaires (RI), des milieux généralement plus petits et accueillant une clientèle moins « lourde » que les CHSLD. Les statistiques officielles à ce sujet confirment en effet que le nombre de places en RI au Québec est passé de 2 699 en 2006 à 4 807 places en 2010 (MSSS, 2011). Actuellement, cependant, des questionnements fondamentaux demeurent par rapport aux RI. D'abord, ces ressources misent sur un partenariat entre les CSSS et des résidences privées, un partenariat dont les balises gagneraient à être clarifiées. Par ailleurs, on peut se questionner sur la façon dont la mixité et l'alourdissement de la clientèle seront gérés (ou accompagnés) par ces milieux qui n'ont pas les ressources techniques et humaines pour répondre aux besoins de personnes en perte d'autonomie sévère. Sachant que l'accès aux CHSLD est restreint et implique une longue attente, et dans l'esprit d'éviter que ces RI ne deviennent que de simples portes tournantes entre le domicile, l'hôpital et le CHSLD, comment ces milieux seront-ils soutenus de façon à répondre adéquatement aux besoins des résidents?

L'analyse de la situation actuelle du réseau d'hébergement public nous porte à conclure au désengagement de l'État. Non seulement l'offre et le développement du réseau d'hébergement ne correspondent pas au vieillissement de la population et à la demande, mais les investissements qui apparaissent nécessaires pour entretenir et rénover les établissements actuels ne sont pas accordés. Rappelons, à ce sujet, la fermeture de certains établissements devenus vétustes et la présence, encore aujourd'hui, de chambres multiples. En somme, ce sont les principes d'universalité et d'accessibilité aux soins qui s'effritent pour une population fragilisée par des incapacités physiques, cognitives et sociales. Ces citoyens vulnérables n'ont souvent d'autres choix, devant cette pénurie de ressources publiques, que de se tourner vers un hébergement privé.

- **Face à l'augmentation des besoins en services de santé et en services sociaux, les établissements du réseau public peinent à répondre aux demandes, que ce soit au niveau des CLSC, des hôpitaux ou des ressources d'hébergement.**
- **Par ses choix politiques, le gouvernement s'oriente vers un désengagement des soins de longue durée, comme en témoignent le resserrement des critères d'admissibilité en CHSLD et la diminution du nombre de places, la faible expansion des RI et le sous-financement des services de maintien à domicile.**

2.2. La privatisation des ressources d'hébergement : ses enjeux

Alors que le nombre total de places d'hébergement dans le réseau public (incluant les CHSLD public et privés conventionnés, les RI et les RTF) se chiffrait à 45 049 en 2010, le réseau privé d'hébergement accueillait cette même année plus de 112 000 personnes. Cela représente d'ailleurs une augmentation de 130 % par rapport à 2006 (MSSS, 2011). C'est donc dire que les ressources privées sont devenues un incontournable de notre système d'hébergement. Cette croissance s'explique par le vieillissement de la population, bien sûr, mais aussi par le désengagement de l'État en matière d'hébergement public :

« Les résidences privées viennent en quelque sorte prendre le relais entre les ressources institutionnelles limitées et la famille épuisée, sur qui repose à nouveau le fardeau de la prise en charge des personnes dépendantes. Ces résidences, en marge du réseau public, constituent désormais l'acteur principal de l'hébergement des personnes âgées au Québec » (Charpentier, 2004a : 4).

Soulignons d'ailleurs que les frontières entre le secteur privé et l'hébergement public tend à s'estomper avec le développement des partenariats privé-public, des achats de place par l'État dans les résidences privées, par le recours aux pharmacies privées ainsi qu'aux agences privées pour le personnel de soins et certains services (buanderie, repas, entretien ménager), etc. (Vaillancourt et Charpentier, 2005; Charpentier, 2004a).

Le développement du secteur privé en hébergement comporte des avantages certains, principalement celui de la diversité des ressources et des services offerts : chambres, appartements, petits et grands milieux, possibilité d'essai de quelques jours, hébergement pour les couples, etc. (Dubuc et al., 2009). Cette flexibilité et cette créativité dans l'offre de services, de façon à répondre le plus adéquatement aux besoins des résidents, est souvent difficile à rencontrer dans le secteur public, normé et réglementé à l'excès.

Par contre, la privatisation des services d'hébergement et de soins de longue durée n'est pas sans soulever d'importants dilemmes sociaux. D'abord, le recours au secteur privé s'inscrit dans une logique marchande. La capacité de payer du résident détermine la nature et la fréquence des services et des soins qu'il pourra s'offrir. On constate par ailleurs que les résidences ajoutent fréquemment des clauses aux baux pour signifier qu'au moment où il y aura modification de la condition d'autonomie du résident ce dernier devra quitter. Nous sommes favorables à la reconnaissance des limites des milieux privés, qui ne devraient pas tenter d'accueillir des clientèles que leurs ressources ne permettent pas de prendre en charge. Cependant, on peut se questionner sur les conséquences de cette exclusion pour les personnes dont l'autonomie décline ou qui présentent différentes problématiques (pertes cognitives, comportements perturbateurs, etc.). Certaines d'entre elles, par peur d'être évincées de la résidence, tenteront de camoufler leur perte d'autonomie plutôt que de demander le soutien nécessaire. Officiellement, les résidences privées sont considérées comme le domicile des résidents et ceux-ci devraient avoir accès aux services du CLSC. Dans les faits, cependant, compte tenu du manque de ressources, le CLSC priorise ses demandes et va plutôt desservir les personnes isolées chez elles. Les propriétaires s'inquiétaient d'ailleurs de cette situation et exprimaient déjà, en 2002, le besoin d'être davantage soutenus par le réseau public (Charpentier, 2002). De son côté, ce dernier critique le manque d'encadrement et d'évaluation des résidences privées et souligne les difficultés d'application des critères de certification.

Public et privé : deux cultures, deux réseaux. Mais un pont serait-il possible entre eux? Serait-il imaginable de briser l'isolement des ressources privées en favorisant des liens de collaboration avec le réseau public? Serait-il pensable de maintenir un système de certification qui garantit « un service de base », tout en évitant le piège de la bureaucratie et de la standardisation excessive qui risquerait de miner la diversité et la souplesse des milieux privés (Vaillancourt et Charpentier, 2005)? En favorisant la concertation entre le secteur privé et le réseau public, peut-être pourrions-nous plus facilement replacer les résidents au cœur de nos préoccupations et assurer ensemble leur qualité de vie (Dubuc et al., 2009).

- **Les ressources d'hébergement privées soulèvent des enjeux majeurs, liés notamment au principe d'accessibilité aux services, qui devient tributaire de la capacité financière individuelle, ainsi qu'à la qualité des services qui y sont offerts.**
- **Le secteur privé de l'hébergement comporte des avantages certains, notamment au niveau de sa flexibilité et de sa créativité pour répondre aux besoins des résidents.**
- **Dans l'intérêt des résidents dont le niveau d'autonomie peut fluctuer dans le temps, il importe de développer les liens de collaboration et de concertation entre les ressources privées et le secteur public.**

2.3. Les « voyageurs » du système : quand perdre de l'autonomie se traduit par des « dé-placements » successifs

Nous nous trouvons donc devant un réseau public auquel l'accessibilité est restreinte et basée sur le niveau d'autonomie de la personne. Parallèlement, le secteur privé se développe en fonction des capacités financières des individus. Ces réalités respectives ont, pour les personnes en perte d'autonomie, une conséquence commune : l'instabilité de l'hébergement. Les services ne se modulent pas selon l'évolution de la condition du résident : son milieu de vie est déterminé, non pas par son choix, mais par son niveau d'autonomie et ses ressources financières. Le droit fondamental de choisir son milieu de vie s'effrite.

L'aîné est ainsi contraint de voyager à l'intérieur du système d'hébergement. D'abord surviennent les allées et venues entre le domicile, le centre hospitalier et le centre de réadaptation ou de convalescence. Puis, la personne se tourne vers une résidence privée, jusqu'au jour où sa condition ne lui permet plus d'y demeurer. La demande d'hébergement dans le réseau public déclenche alors une nouvelle série de déménagements : l'aîné passera d'un hébergement temporaire (notamment avec le programme PHPE à Montréal¹) à un hébergement transitoire ou à un essai, avant d'arriver enfin à son hébergement « permanent ». Loin d'être l'exception, ces « dé-placements » successifs sont devenus la norme étatisée, face à laquelle les résidents et leurs proches ont peu de recours. Malgré que cette réalité soit bien connue des intervenants présents sur le terrain, il a été impossible de trouver des données statistiques sur ce phénomène.

Par ailleurs, ces déménagements se déroulent dans des conditions particulièrement difficiles, notamment à cause des normes de performance imposées aux établissements publics les obligeant à maintenir un taux élevé d'occupation des chambres. Cela a pour conséquence l'imposition de délais extrêmement courts pour la planification des admissions (la personne dispose généralement de 24 à 48 heures pour aménager dans le milieu après avoir été informée qu'une chambre était disponible pour elle). Soyons clairs : il est inhumain de demander à quiconque, et particulièrement à des aînés malades, vulnérables et ayant une capacité réduite au plan physique et/ou cognitif, de faire appel à de telles stratégies d'adaptation.

¹ Le programme d'hébergement pour évaluation (PHPE), auparavant connu sous le nom de programme 68 et mis en place à la suite de la fermeture des soins de longue durée en centres hospitaliers, systématise le recours à des « lits » d'évaluation et d'orientation. La personne y est orientée pour un maximum de trois mois durant lesquels on procède aux évaluations nécessaires à son orientation (retour à domicile ou hébergement). Si on conclut à la nécessité d'un hébergement, la personne sera orientée vers un hébergement transitoire en attendant l'obtention de son lieu d'hébergement permanent.

Rappelons que la philosophie promue par les milieux d'hébergement se base sur le principe que les résidents sont « chez eux » (approche « milieu de vie »). Or, dans un tel contexte de déménagements successifs dans des milieux que l'on n'a pas choisis, comment se sentir véritablement chez soi? Et comment exiger du personnel en place, malgré toute sa bonne volonté, qu'il puisse appliquer pleinement cette approche alors que le système lui-même, en provoquant ces déplacements successifs des résidents, n'en respecte pas les principes de base?

- **Dans le système actuel, le choix de son milieu de vie n'est plus un droit reconnu pour les personnes en perte d'autonomie. Il est tributaire de leur niveau d'autonomie, de leur capacité financière et des places disponibles.**
- **Le système soumet le résident et ses proches à une série de déménagements, ce qui résulte en de nombreux « dé-placements ».**
- **Ces déménagements successifs se déroulent souvent sans consentement éclairé, dans des délais déraisonnables et des conditions inhumaines (24 à 48 heures; parfois le soir ou la fin de semaine).**

Troisième partie

Qualité de vie et qualité des soins : qui devrait évaluer quoi, et de quelle manière?

3.1. L'évaluation : un objectif de contrôle ou de soutien des milieux?

Notre société est fondée sur le principe que toutes les personnes devraient pouvoir jouir des mêmes droits fondamentaux, qu'elles soient hommes ou femmes, et peu importe leur origine ethnique, leur langue, leur orientation sexuelle, leur âge ou leur état de santé. Or, les milieux d'hébergement regroupent des citoyens particulièrement vulnérables, en ce sens qu'il est souvent plus difficile pour eux de défendre leurs droits et de revendiquer les services et les soins de qualité auxquels ils peuvent légitimement s'attendre. Nous tenons donc, à nouveau, à réitérer l'importance que notre société se soucie de leur sort et se donne les moyens de s'assurer de leur qualité de vie et, pour plusieurs, de la qualité de leur fin de vie. Ces préoccupations sont d'ailleurs partagées par les divers acteurs (santé publique, ministère, groupes sociaux d'aînés, syndicats, aidants, professionnels, etc). Pourtant, malgré la multiplication des mécanismes et organismes de surveillance (notons les visites ministérielles, la certification des résidences privées, le processus d'agrément, les audits, les inspections professionnelles, les systèmes de plaintes et les commissaires à la qualité des services, le protecteur du citoyen, les comités des usagers et de résidents), les milieux d'hébergement, tant privés que publics, peinent à assurer la qualité des soins et des services.

Nous croyons que notre devoir collectif d'assurer la qualité de vie des résidents ne peut se transposer en une obsession de performance du système de la santé et de contrôle bureaucratique (Brunet et al, 2005). Il est facile de vérifier l'existence ou non de protocoles, de plans d'intervention et de codes d'éthique. Mais ce qui rend le quotidien satisfaisant ne se retrouve pas dans un cartable ou un document encadré et placé en évidence à l'entrée de l'établissement. Cela se trouve dans les actions, dans les relations respectueuses et sincères. N'y aurait-il pas lieu de modifier notre regard d'instrumentalisation, de vérification et de contrôle? Notre volonté d'évaluer la qualité devrait plutôt s'accompagner d'un soutien concret pour accompagner les milieux et les individus concernés (résidents, proches, membres du personnel, bénévoles) dans les améliorations à apporter et les défis à surmonter. Car, avouons-le, les défis sont nombreux même dans les « meilleurs » milieux. Ils découlent notamment de la conciliation entre les besoins et les droits individuels et collectifs des personnes hébergées (Bigaouette, 2006), qui peuvent parfois entrer en conflit avec ceux des travailleurs.

« Toute maison de retraite, même la plus irréprochable sur papier, n'est pas à l'abri d'un dérapage. Comment peut-on être 24 heures sur 24 et 365 jours par an une hôtellerie de confort et un restaurant de qualité, un lieu de vie et de soins, un centre d'accueil des familles? Tout cela avec un personnel dont les quotas [...] sont plus réduits que ceux de l'industrie hôtelière, un personnel épuisé par la répétition des tâches, souvent démotivé, qui effectue mécaniquement les heures qui justifient son salaire et qui, parfois, en veut à ces vieux qu'il ne voudrait plus voir » (Hugonot, 1995 dans Lacan, 2002 : 101).

Dans ce contexte, nous croyons qu'il vaut mieux miser sur des processus d'appréciation continus et constructifs, apportant un soutien concret aux milieux et aux équipes, au lieu de brandir la menace d'un contrôle inquisiteur et accusateur. Ne serait-ce pas là un meilleur moyen de maintenir la motivation du personnel, pierre angulaire de la qualité de vie des résidents?

- **La société québécoise a une responsabilité collective de s'assurer de la qualité de vie des personnes vulnérables, dont celles qui sont hébergées.**
- **Malgré la multiplication actuelle des organismes de surveillance, la qualité de vie et la qualité des soins et services offerts aux résidents ne sont pas assurées.**
- **D'avantage qu'une approche de contrôle, les équipes et les milieux requièrent un soutien direct dans l'implantation d'une véritable « approche milieu de vie » et dans l'adaptation de leurs soins et de leurs services face à l'évolution constante des besoins des résidents.**

3.2. Le nombre d'employés et le soutien du personnel : la pierre angulaire de la qualité

S'il faut accorder la juste importance aux aspects matériels et environnementaux des milieux d'hébergement, nous devons prendre acte du fait que la principale ressource des établissements demeure leur personnel. Le bien-être et la qualité de vie des résidents passent nécessairement par la compétence, le professionnalisme, le respect et l'empathie des employés. Pourtant, les conditions de travail ne reflètent pas cette reconnaissance. D'abord, la question de la formation du personnel est centrale. Il est évident que le manque de connaissances et de compétences entraînera des conséquences négatives pour les résidents : lacunes dans les soins, hospitalisations inutiles, etc. (Alderson, 2006; Mérette, 2005). Le resserrement des critères d'admission en soins de longue durée a entraîné un alourdissement de la clientèle

dans les milieux publics puis, par effet d'entraînement, dans les milieux privés. Cet alourdissement s'accompagne d'une complexification des tâches (Aubry, Godin, Couturier, 2011) et requiert un ajustement des connaissances gérontologiques (du point de vue médical, mais aussi psychologique et social). Malgré la tendance actuelle à couper dans les budgets de formation, nous sommes convaincus qu'un programme de formation continue ciblant les principales professions appelées à intervenir auprès des résidents, de même que les gestionnaires, s'impose pour assurer des soins de qualité et le respect des droits des résidents (Alderson, 2006; Lecoœur, 2006; Mérette, 2005).

De façon plus spécifique, nous nous préoccupons de la situation des préposés aux bénéficiaires. Nous saluons l'initiative de rendre certaines formations continues obligatoires pour les préposés, notamment par le programme AGIR (qui n'est malheureusement plus financé). Quant à la formation de base des préposés, elle n'est actuellement pas uniforme à travers le Québec, aussi bien en ce qui concerne le contenu couvert que la durée de la formation (Aubry, Godin, Couturier, 2011). Il est vrai que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport reconnaît un programme de 750 heures, mais cette formation n'est pas obligatoire à l'obtention d'un poste, et ce, ni dans le secteur privé ni dans les établissements publics. Pourtant, les préposés étant responsables de la grande majorité des soins directs fournis aux résidents sont les intervenants qui interviendront le plus souvent auprès d'eux. D'ailleurs, dans la foulée de la loi 90, le rôle des préposés est en pleine reconfiguration. Mais quels impacts cet ajustement aura-t-il sur la qualité des soins et des services offerts dans un contexte où les préposés n'ont pas tous reçu la formation et les connaissances leur permettant de remplir ces nouvelles fonctions de façon optimale? Pouvons-nous blâmer individuellement les préposés pour les incidents qui risquent de survenir, comme c'est souvent le cas dans les médias (Lacoursière, 2012)? Nous soutenons plutôt que nous avons la responsabilité de mettre en place les structures nécessaires afin de fournir un cadre de pratique sécuritaire, incluant une formation adéquate du personnel en place. Des mesures visant une uniformisation de la formation des gestionnaires, des professionnels et des préposés de même qu'une structure de formation continue apparaissent essentielles tant dans le secteur public que privé. D'ailleurs, une sérieuse réflexion s'impose sur la pertinence d'inclure la question de la formation du personnel dans le processus de certification des résidences privées (MSSS, 2012).

D'autre part, il n'est pas suffisant de miser sur du personnel compétent et bien formé pour offrir des soins et des services de qualité : encore faut-il être en mesure de maintenir un nombre suffisant d'employés. Il y a évidence scientifique à l'effet que le nombre d'employés est l'un des principaux facteurs associés à la qualité des soins (McGregor et Ronald, 2011; Bigaouette, 2004). De nombreux acteurs ont d'ailleurs recommandé d'augmenter le ratio d'employés dans les CHSLD, d'améliorer leurs conditions et de valoriser leur travail (Protecteur du citoyen, 2010 et 2011; Conseil des aînés, 2000; FCRSS, 2011; SCFP, 2009). Malgré la bonne volonté, il est difficile pour le personnel de faire éclore une pratique bénéfique aux résidents dans un contexte de restriction budgétaire et de rationalisation (lire restriction) des ressources. La situation est telle que, en raison du manque de personnel, de l'instabilité de celui-ci et du recours constant au personnel d'agences privées, on en vient à se questionner sur la volonté d'appliquer l'approche « milieu de vie ». En effet, « la prestation des services est souvent basée sur la tâche à accomplir plutôt que sur les besoins du résident dans

le respect de son rythme » (Protecteur du citoyen, 2010 : 97). La pression pour réaliser un certain nombre de tâches dans un temps restreint entraîne une impossibilité, pour le personnel, de « prendre le temps », de miser sur la relation avec les résidents. La communication est instrumentale (Lagacé et al., 2011) : Avez-vous terminé votre repas? Êtes-vous prête pour votre bain? Il est temps de prendre votre médication... De nombreuses études ont pourtant démontré que les résidents et les employés partagent un même désir de développer des liens plus significatifs (Lagacé et al., 2011; Edvardsson et al, 2011; SCFP, 2009; Bickerstaff, 2006; Maheu et Reidy, 2002).

- **L'ensemble du personnel joue un rôle crucial dans la qualité des soins et la qualité de vie des résidents. Il importe donc d'assurer un ratio suffisant d'employés auprès des résidents.**
- **Compte tenu de la complexité des soins requis et des besoins évolutifs de la clientèle hébergée, l'accès à la formation continue est essentiel pour développer l'expertise de tous les employés (médecins, infirmières, préposés aux bénéficiaires, personnel de soutien, etc.).**

3.3. Des mécanismes à repenser et à développer

En matière d'appréciation de la qualité des soins et de la qualité de vie, nous proposons donc de s'éloigner des approches axées exclusivement sur le contrôle et la surveillance pour favoriser des méthodes misant sur le soutien et, en ce qui concerne le personnel, sur la formation et l'augmentation des ratios d'employés. Concrètement, qu'est-ce que ce changement de paradigme pourrait impliquer? Est-il possible d'évaluer autrement, de s'assurer de la qualité des soins et de la qualité de vie des résidents tout en proposant une démarche motivante pour les milieux et leurs équipes?

Il serait donc souhaitable que les différents organismes, sans perdre leur rôle d'évaluation, adoptent davantage un rôle et des pratiques de consultation, de médiation et de supervision (coaching) (Dubuc et al., 2009). Nous croyons aussi que les résidents et les groupes qui les représentent devraient être plus écoutés : leurs préoccupations reflètent les difficultés réelles vécues sur le « terrain », dans le quotidien (Abrahamson et al., 2009; Mérette, 2005). « Pour l'instant, l'évaluation des services de santé est fragmentée et axée principalement sur le volume plutôt que sur les indicateurs des résultats. De surcroît, peu d'indicateurs de la satisfaction des clients sont recueillis » (FCRSS, 2011 : 12). Il est en effet aberrant de constater que rares sont les organismes de surveillance qui prennent vraiment le temps nécessaire pour rencontrer les résidents et les familles, pourtant les principaux concernés dans cette démarche et dont la perception est indispensable au processus autocritique (Mérette, 2005).

Encore une fois, le temps est compté : les visites dans le milieu s'écourtent, le rapport doit être produit et les recommandations formulées rapidement. Soyons clairs : l'objectif de cette réflexion n'est pas de blâmer les organismes ou leurs équipes de vérificateurs, qui font de leur mieux pour se faire une idée juste des milieux qu'ils visitent et qui tentent de formuler des recommandations pouvant améliorer la qualité de vie des résidents. Cela n'est pas remis en question. Mais quelle place est réellement réservée, dans ces démarches, pour la voix des résidents, de leurs proches et des organisations qui les représentent (pensons notamment aux comités de résidents)? N'y a-t-il pas une approche à repenser lorsqu'on tente d'évaluer le respect des droits des résidents dans un milieu en vérifiant s'il existe un code d'éthique plutôt qu'en validant la perception des résidents, des proches, des bénévoles et du personnel à ce sujet? Il en découle une pression sur les milieux pour produire les documents officiels, les procédures et les protocoles formels de façon à se conformer aux exigences, et on en vient à se demander si cette emphase sur la documentation ne se fait pas au détriment des véritables enjeux de la qualité de vie des résidents : la qualité des soins reçus, certes, mais aussi la qualité des relations qui se construisent dans le quotidien.

De même, l'évaluation basée sur des critères très précis et rigides entraîne naturellement la production de rapports axés sur ceux qui ne sont pas respectés. À l'image, d'ailleurs, des évaluations du niveau d'autonomie des résidents, où l'accent est mis sur les lacunes et non sur les forces, laissant ainsi peu de place à la perception des principaux concernés et à ce qu'ils jugent important. Évidemment, les démarches d'évaluation doivent mettre en lumière les défis que les milieux devront relever, mais ne serait-il pas intéressant de souligner aussi leurs réussites, qui sont nombreuses? Il y a place pour le développement de mécanismes de diffusion des initiatives prometteuses, des bons coups et des réussites, comme le font le RPCU ou le Regroupement des conseillères et conseillers en milieu de vie du Québec. Cette diffusion, motivante pour les milieux, qui y trouveraient une forme de reconnaissance de leurs efforts, deviendrait une source d'inspiration pour les autres. Au-delà des recommandations formulées, les équipes pourraient y trouver une véritable banque de solutions aux problèmes et aux difficultés rencontrés.

Enfin, il nous apparaît fondamental que la démarche d'évaluation des milieux d'hébergement puisse avoir une portée plus collective. Au-delà des réussites et des défis respectifs de chacun des milieux d'hébergement, tant privés que publics, des inquiétudes persistent en lien avec des réalités communes au secteur de l'hébergement. Arrêtons-nous à réfléchir, entre autres, à la vulnérabilité accrue des résidents qui, à cause de pertes cognitives, ne peuvent pas exprimer leurs besoins ou leurs insatisfactions, ou encore à l'isolement social des résidents allophones, dont la qualité de vie peut être influencée par la barrière de langue. Pensons aussi au manque de ressources d'hébergement privées et publiques dans certaines régions du Québec et au déracinement majeur qu'il entraîne pour le résident qui doit parfois quitter sa ville, donc son réseau social et ses repères, pour être hébergé. Songeons également aux adultes plus jeunes nécessitant des services d'hébergement à la suite de pertes physiques et qui ne se reconnaissent pas dans les milieux d'hébergement accueillant principalement des aînés... Ces problématiques ne sont pas le lot d'un seul ou de quelques milieux; il s'agit de réalités collectives qui ne pourront trouver de solutions viables que dans une réflexion collective, elle aussi. La réalité du vieillissement et des services aux citoyens en perte d'autonomie

est complexe et touche diverses sphères (médicale, sociale, économique, éthique, politique) et différents paliers d'autorité dans notre société (directions des établissements, agences de la santé et des services sociaux, municipalités, ministères provinciaux, etc.). Nous secondons le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) (Vaillancourt et Charpentier, 2005) dans leur recommandation de favoriser la concertation intersectorielle autour des milieux d'hébergement, afin de pouvoir travailler ces problématiques collectives.

- **Il serait souhaitable que les organismes d'évaluation puissent développer une approche de concertation et un rôle de consultation et de soutien auprès des milieux.**
- **Il est primordial d'accorder plus d'importance à la voix des résidents, de leurs proches et des organismes qui les représentent.**
- **Il est temps de diffuser plus largement les réussites et les « bons coups » des milieux d'hébergement privés et publics dans une optique de mise en commun et d'amélioration continue de leurs pratiques.**

Quatrième partie

Quotidien des milieux d'hébergement : quelle place attribuer aux liens sociaux?

4.1. L'approche « milieu de vie » : au-delà des soins et des services, des citoyens à part entière

Lorsqu'on parle de l'approche « milieu de vie », on a souvent le sentiment d'utiliser un terme galvaudé qui prend une signification bien différente selon l'interlocuteur. On voit même parfois l'utilisation de l'approche « milieu de vie » pour justifier le manque de soins sur les unités. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) réfère à la nécessité de voir les milieux de soins de longue durée comme étant le chez-soi des résidents, qui ont droit à des services et des soins de qualité assurant leur bien-être ainsi que le respect de leur dignité et de leur individualité. Le concept milieu de vie se définirait ainsi :

« Un milieu de vie où le résident se sent « chez lui » et est valorisé comme membre de la collectivité. Pour réaliser un tel milieu de vie, nous devons continuellement être à l'écoute des résidents et de leur famille, les respecter et adopter une approche personnalisée dans l'ensemble de nos actions et de nos décisions quotidiennes. Nous améliorerons ainsi la qualité de vie et la satisfaction de tous » (Gouvernement du Québec, 2006 : 4).

Les résidents demeurent donc des citoyens à part entière, avec des besoins non seulement physiques, mais aussi psychologiques et sociaux : « Ce n'est pas un lit que le CHSLD comble, c'est une personne qu'il accueille » (Fournelle, 2001 dans MSSS, 2003a : 9).

Mais comment appliquer ces principes concrètement dans les milieux? L'objectif de vivre ensemble (résidents, familles ou proches, membres du personnel) pose d'importants défis au quotidien. Les droits individuels se croisent et entrent parfois en conflit avec les droits collectifs. Par exemple, la question de la mixité des clientèles cohabitant sur une même unité (déficits cognitifs; comportements perturbateurs; clientèles plus jeunes; etc...) soulève des préoccupations importantes quant à la qualité de vie des résidents et à l'organisation des services. Dans ce contexte, la gestion quotidienne des besoins et des droits de chacun en relation avec ceux des autres (sécurité, réponse équitable aux besoins de tous, etc.) est complexe (Bigaouette, 2004). Est-il possible de respecter le rythme de chaque résident, ses

habitudes et ses préférences avec un personnel réduit et des ressources limitées? Est-il vraiment possible de dire « si vous n'êtes pas prêt maintenant, on repassera »? De même, les nombreuses normes de sécurité et de salubrité imposées aux milieux, surtout publics, et qui sont appliquées avec plus ou moins de rigidité, viennent parfois entraver les efforts des résidents pour personnaliser leur chambre, ne pas se sentir dans un centre hospitalier et s'approprier leur chez-soi (port obligatoire d'un bracelet d'identification, rideaux et couvre-lits ignifuges seulement, tapis interdits, objets décoratifs limités, etc.) (Lecoeur, 2006). Difficile aussi de revendiquer que les milieux d'hébergement publics soient des « milieux de vie » alors que le système même d'accès aux milieux va complètement à contresens de cette approche (voir section 2.3).

Malgré les limites importantes, nous croyons qu'il est essentiel de maintenir l'objectif d'implantation de l'approche « milieu de vie » en hébergement, en tant que philosophie qui place le résident au cœur des préoccupations. Pour ce faire, il importe de donner aux milieux les moyens de l'appliquer correctement (Alderson, 2006; Mérette, 2005). Cela implique une volonté de l'administration, des ressources financières suffisantes, mais aussi l'implication, le soutien et la formation adéquate du personnel, pierre angulaire de la création d'un véritable « milieu de vie ».

- **Les résidents des milieux d'hébergement ne sont pas que des usagers en perte d'autonomie, mais des personnes ayant une histoire de vie.**
- **L'approche « milieu de vie » replace les résidents et le respect de leur individualité au cœur des préoccupations. Elle conserve toute sa pertinence dans le contexte actuel.**
- **Il importe de démontrer aux milieux la pertinence de mettre en place les moyens nécessaires pour implanter et promouvoir cette approche, malgré les défis que cela implique.**

4.2. Le personnel des milieux d'hébergement : une richesse à valoriser

Le personnel occupe une place centrale dans le quotidien des résidents. La diminution de l'autonomie du résident entraîne une augmentation du temps passé avec le personnel offrant les soins, allant jusqu'aux besoins très intimes. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre les résidents associer le personnel à une « deuxième famille ». Malheureusement, la vision très négative qui est entretenue à l'égard des milieux d'hébergement (voir section 1.2) s'étend au personnel. Le travail de ces intervenants est très souvent dévalorisé et blâmé, et ce, peu importe le titre de leur emploi.

Au-delà de l'augmentation du ratio d'employés et de la nécessité d'une formation adéquate du personnel (voir section 3.2), nous soutenons qu'il est essentiel de valoriser les femmes et les hommes qui travaillent en soins de longue durée, que ce soit dans le secteur privé ou public. Tous les employés, qu'ils soient professionnels (infirmiers, médecins, physiothérapeutes, etc.), préposés aux bénéficiaires, personnel de soutien (préposés à l'entretien ménager, réceptionnistes, etc.) ou gestionnaires, accomplissent un travail dont l'importance et la complexité sont méconnues. C'est sur eux que repose en grande partie la concrétisation de l'approche « milieu de vie » (MSSS, 2006; Alderson, 2006). En plus des compétences techniques et pratiques, le travail en milieu d'hébergement requiert des compétences humaines particulières. Il faut savoir entendre les besoins, les inquiétudes, les préférences des résidents qui sont souvent sans parole, voire inaptes. Il faut être attentif aux signes, aux symptômes, aux changements dans la condition afin d'assurer une vigilance et une protection. La complicité du personnel avec le résident peut permettre de comprendre les réactions de ce dernier, d'ajuster notre approche afin de diminuer la résistance ou les comportements déroutants pour le milieu sans avoir recours à la médication ou aux mesures de contrôle, par exemple.

Il faut prendre acte du fait que la contribution des membres du personnel, non seulement en matière de tâches à accomplir, mais aussi sur les plans social et humain, est fondamentale. La qualité de vie des résidents sera nécessairement influencée par la qualité des liens qu'ils tissent avec le personnel (Alderson, 2006). Dans une étude menée dans différents milieux d'hébergement, un résident de 84 ans partageait son admiration envers le personnel du centre : « Ma femme m'a dit : "Sais-tu, pour travailler ici, il faut [être] un ange." [...] Et elle avait raison. Ça prend du courage, ça prend de la patience, ça prend [...] du cœur pour aimer le monde de cet âge-là et dans ces conditions-là » (Charpentier, 2010 : 132). Ces liens seront d'autant plus centraux dans la vie des résidents qui présentent des pertes d'autonomie et des besoins de soins élevés ou encore pour ceux qui ont peu de contacts avec des proches.

- **Le travail en milieu d'hébergement nécessite des connaissances et des compétences pratiques, mais il requiert avant tout des qualités humaines, un savoir-être.**
- **La qualité des liens qui se tissent entre les résidents et le personnel est centrale dans la qualité de vie des résidents. Elle va au-delà de la tâche.**
- **Le travail de l'ensemble du personnel, tous titres d'emploi confondus, doit être reconnu et valorisé à sa juste valeur.**

4.3. Les proches, une contribution à reconnaître

La littérature sur les proches aidants des personnes en perte d'autonomie s'est presque exclusivement intéressée au contexte du maintien à domicile (Mittelman et al., 2007; Levy-Storms et Miller-Martinez, 2005; Maltais et al., 2004). Les stéréotypes largement véhiculés laissent croire que le rôle des aidants se termine avec l'admission en milieu d'hébergement et que les familles ne sont pas présentes auprès des résidents. Nous croyons nécessaire de réaffirmer qu'au contraire l'abandon des résidents par leurs proches est un mythe qui, bien que largement accepté à travers les pays occidentaux, n'en demeure pas moins faux (Abrahamson et al., 2009; Bramble et al., 2009; Maltais, 2005; Levy-Storms et Miller-Martinez, 2005). De nombreuses études démontrent d'ailleurs que les proches endossent une multitude de rôles en contexte d'hébergement : aide-soignant, représentant et défenseur des droits, agent de liaison auprès du personnel, comptable, accompagnateur pour les sorties ou rendez-vous médicaux, etc. (Bramble et al., 2009; Corbin, 2009; Stone et Clements, 2009; Lecoeur, 2006; Levy-Storms et Miller-Martinez, 2005; Maltais et al., 2004). Pour les résidents qui présentent des pertes cognitives, les proches aidants agissent aussi comme gardien de la mémoire, de l'histoire de vie et parfois, de l'identité même de la personne (Abrahamson et al., 2009).

Les orientations ministérielles stipulent clairement que « l'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision » (MSSS, 2003a : 4). Pourtant, il semble que les collaborations entre les proches et le personnel soient difficiles à construire dans un contexte souvent marqué par une méfiance réciproque (Abrahamson et al., 2009; Bramble et al., 2009; Lecoeur, 2006; Levy-Storms et Miller-Martinez, 2005; Maltais et al., 2004). Les proches peuvent être démesurément suspicieux (voir section 1.2) ou exigeants à l'endroit du personnel, entretenant des attentes irréalistes par rapport aux services ou aux soins qui devraient être offerts aux résidents. À ce sujet, nous pensons que le travail de clarification doit être amorcé bien avant l'admission en hébergement². Le personnel, quant à lui, peut se camper dans une attitude défensive ou envahissante et en venir à remettre en question la légitimité même de l'implication des proches dans les décisions concernant les soins des résidents (Ducharme, 2007; Alderson, 2006). Il en découle des incompréhensions et des tensions peu propices à un véritable partenariat.

Nous soutenons que cet état de fait nuit au personnel et aux proches, mais surtout aux résidents eux-mêmes. En ce sens, nous rejoignons l'étude de Maheu et Reidy (2002) qui exposait que les personnes hébergées ne souhaitent pas tant un retour à domicile, mais bien la présence de leurs proches dans leur quotidien. N'y aurait-il pas lieu de développer, dans les milieux d'hébergement, des mécanismes de soutien aux proches aidants? Diverses modalités ou activités pourraient être offertes aux familles : rencontres d'information, groupes de soutien ou d'entraide, interventions individualisées au moment de l'admission, mécanismes

² Lorsque le maintien à domicile devient trop risqué, il arrive que des professionnels « vendent » l'hébergement comme étant la solution, le « risque zéro ». On dira par exemple : « Le risque de chute est trop élevé à domicile, il faut aller en hébergement », laissant croire que le risque de chute est éliminé en hébergement et alimentant des attentes irréalistes et des exigences démesurées à la suite de l'admission...

de communication entre les proches et le personnel, etc. (Abrahamson et al., 2009; Bramble et al., 2009; Stone et Clements, 2009). Ce type d'interventions a largement fait ses preuves dans le contexte du maintien à domicile (Mittelman et al., 2007). Malheureusement, peut-être faute de ressources, elles sont rarement instaurées dans les milieux d'hébergement.

- **Le mythe de l'abandon des résidents par leurs proches doit être déconstruit et leur implication en tant que partenaires doit être accueillie et favorisée.**
- **Une méfiance réciproque peut s'installer entre les proches et le personnel, entraînant des incompréhensions et des tensions qui nuiront à tous, surtout aux résidents.**
- **Les milieux d'hébergement gagneraient à développer des mécanismes et des activités visant à soutenir les proches dans leur rôle avant même l'admission des résidents.**

4.4. Les résidents : quels espaces de parole, d'implication et de décision leur réserver?

Cette réflexion sur l'approche « milieu de vie » et l'apport humain fondamental du personnel et des proches mène invariablement à se tourner vers les principaux concernés, les résidents eux-mêmes. Quelles occasions leur sont offertes de développer des liens sociaux significatifs, d'exercer leur citoyenneté, de prendre parole et de participer aux décisions, voire de défendre leurs droits? D'abord, il importe de reconnaître que les pertes physiques et cognitives représentent pour plusieurs un obstacle majeur. Pour les personnes demeurant en milieu d'hébergement, en grande majorité des femmes de plus de 80 ans présentant une dépendance physique et/ou cognitive plus ou moins marquée, il peut se révéler particulièrement exigeant de verbaliser des insatisfactions ou d'exercer ses droits (Charpentier, 2012; Soulières et Charpentier, 2009; Lecoeur, 2006). Les études à ce sujet sont claires : de nombreux facteurs (situation de dépendance face au personnel et au milieu, peur de déplaire ou de déranger, crainte des représailles, faible niveau de scolarité, inaptitude et pertes cognitives, etc.) viennent influencer les stratégies des résidents qui préfèrent généralement se taire et éviter les situations problématiques plutôt que de revendiquer (Institut de la statistique du Québec, 2012; Lagacé et al., 2011; Charpentier, 2010; Mérette, 2005).

La question demeure donc entière : comment favoriser la reprise de pouvoir chez les résidents eux-mêmes, en prenant en considération les nombreuses vulnérabilités et les obstacles tant individuels qu'organisationnels? Officiellement, la réponse offerte par le système public actuel se trouve du côté des mécanismes de plaintes et des comités de résidents.

Ces derniers ont pour mandat (en collaboration avec le comité des usagers, le cas échéant) de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, d'évaluer le degré de satisfaction des résidents, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers, de défendre les droits et intérêts des usagers et, enfin, d'accompagner, sur demande, un usager qui désire porter plainte (article 212 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*). Cette structure, à titre de représentante des résidents, nous apparaît essentielle et gagnerait à être élargie aux milieux privés. C'est d'ailleurs ce que prévoit le Projet de loi 16, visant à resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées et ses conditions d'obtention. Cependant, la mise en œuvre des comités de résidents soulève un certain nombre de défis (Gagnon et al., 2012). D'abord au niveau du recrutement des membres : tous les résidents n'ont pas les capacités pour participer à un tel comité et ceux qui seraient en mesure de le faire n'en ont pas nécessairement l'intérêt. Certains membres de famille acceptent d'offrir de leur temps pour s'engager dans ces comités, se faisant porte-paroles de la voix des résidents. Mais encore faut-il que ces personnes, résidents ou proches, soient soutenues dans ce rôle d'une grande importance. Il peut en effet être particulièrement complexe pour un non-initié de bien saisir le mandat du comité de résidents, les balises légales qui l'encadrent, notamment en ce qui concerne l'utilisation de son budget annuel et les responsabilités qui incombent aux membres en tant que représentants de la collectivité des résidents (Jetté et Charpentier, 2005).

Quels mécanismes sont en place pour soutenir les comités de résidents dans l'exercice de leurs fonctions? N'y aurait-il pas lieu d'uniformiser ce soutien, en formalisant une structure de support impartial pour les comités? Ainsi soutenus, ces comités pourraient pleinement remplir leur mandat en tant que partenaire privilégié non seulement de la direction des centres, mais aussi des différents organismes chargés d'évaluer la qualité des soins et des services dans les milieux d'hébergement. Enfin, nous croyons qu'au-delà de cette structure formelle, il importe de multiplier les possibilités d'expression des résidents. Le droit fondamental des résidents de choisir pour eux-mêmes, que ce soit au niveau des soins ou des « petites » décisions de la vie quotidienne, doit être soutenu et renforcé, jour après jour.

- **De nombreux obstacles viennent entraver l'expression et la revendication de leurs droits par les résidents. La diversité des moyens de prise de parole gagnerait à être développée.**
- **Les relations sociales gratifiantes et respectueuses avec le personnel, les bénévoles, les proches ou les autres résidents doivent être assurées par le milieu en tenant compte de la volonté des résidents.**
- **Les comités de résidents sont des structures essentielles, tant en milieu public que privé, qui doivent être adéquatement soutenues pour pouvoir jouer pleinement leur rôle.**

Synthèse et recommandations

La démarche de réflexion entreprise par les membres du comité, à l'initiative du RPCU, a fait le point sur la situation actuelle du système d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec. Nous avons voulu, d'une part, mettre en lumière les forces rassembleuses et les potentiels de ces milieux et, d'autre part, dégager une vision constructive des défis à relever. Cette dernière section du document présente une synthèse des positions développées plus tôt ainsi que les recommandations qui rallient tous les membres du comité. Rappelons que ces positions tiennent compte de la diversité des membres du comité ainsi que de la diversité des parcours et des réponses proposés aux personnes en perte d'autonomie.

Discours âgistes sur le vieillissement et préjugés négatifs envers les milieux d'hébergement

- Nous portons une vision plurielle du vieillissement, qui dépasse la dichotomie opposant le vieillissement réussi (autonomie et productivité) à l'échec du vieillissement (maladie et perte d'autonomie).

Il est possible de mieux vieillir malgré la maladie ou la perte d'autonomie. De même, il est possible de mieux vivre et de mieux vieillir en milieu d'hébergement.

- Nous avons une responsabilité collective à l'égard du respect des droits des personnes en perte d'autonomie, incluant celui de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats.

L'hébergement est un service essentiel pour les personnes en perte d'autonomie, qui ont droit à un milieu de vie de qualité qui sache répondre à leurs besoins.

- La méfiance généralisée envers les milieux d'hébergement a des impacts négatifs sur tous les acteurs concernés.

Il est impératif de favoriser la communication, la collaboration et le développement d'un lien de confiance entre les résidents, les proches, les membres du personnel et de la direction des milieux.

Regard sur le système d'hébergement québécois pour les personnes en perte d'autonomie

- Nous assistons au désengagement de l'État des soins de longue durée et à la privatisation massive des ressources d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.

Avec des critères d'admission liés au niveau d'autonomie dans le public et aux capacités financières dans le privé, notre droit fondamental de choisir notre milieu de vie s'effrite.

- Le développement des résidences privées d'hébergement soulève d'importants enjeux en lien avec la qualité de vie et l'accès aux services et aux soins requis par notre condition.

Au-delà des processus d'évaluation et de certification, il importe de développer des liens de partenariat plus serrés entre le public et le privé de façon à mieux soutenir la qualité des soins et des services.

- Alors que le maintien dans son milieu de vie est favorisé à domicile, paradoxalement, le système d'hébergement actuel soumet le résident à une série de « dé-placements » dans des conditions inhumaines.

Il est impératif de revoir le continuum de services entre les CSSS (CLSC), les centres hospitaliers et les ressources d'hébergement de façon à limiter les transferts et à humaniser les déménagements.

Qualité de vie et qualité des soins : qui devrait évaluer quoi, et de quelle manière?

- Nous avons une responsabilité collective d'assurer la qualité de vie des personnes vulnérables dont celles qui sont hébergées. Or, malgré la multiplication des organismes de surveillance, la qualité de vie et la qualité des soins et services offerts aux résidents ne sont pas assurées.

Il est temps de repenser l'approche d'évaluation des milieux pour leur offrir un soutien direct (consultation, "coaching") dans leur démarche d'amélioration continue (diffusion des bons coups, consultation réelle des résidents et de leurs représentants, etc.).

- Les membres du personnel représentent le fondement de la qualité de vie et de la qualité des services et des soins offerts aux résidents.

Il importe d'assurer un ratio suffisant de personnel ainsi qu'une formation adéquate de tous (médecins, infirmiers, préposés aux bénéficiaires, personnel de soutien, gestionnaires, etc.).

Quotidien des milieux d'hébergement : quelle place attribuer aux liens sociaux?

- Les résidents des milieux d'hébergement ne sont pas que des usagers en perte d'autonomie, et les milieux doivent prendre en compte leur histoire de vie, leur parcours résidentiel et leur unicité.

L'approche « milieu de vie » conserve toute sa pertinence dans le contexte actuel, et les milieux doivent être soutenus face aux défis rencontrés dans son application.

- Le travail en milieu d'hébergement nécessite des connaissances et des compétences importantes, mais aussi un savoir-être et des qualités humaines exceptionnelles.

Il importe de reconnaître, de valoriser et de soutenir le travail de l'ensemble des membres du personnel des milieux d'hébergement, et ce, indépendamment de leur rôle : la qualité des liens qu'ils tissent avec les résidents fait la différence au quotidien.

- Les proches assument, eux aussi, des rôles multiples et essentiels auprès des personnes en perte d'autonomie : participation aux soins, défense des droits, liaison avec le personnel, accompagnement, sauvegarde de la mémoire et de l'identité des résidents.

Le mythe de l'abandon des résidents par leurs proches doit être déconstruit et leur implication en tant que partenaires doit être accueillie, favorisée et soutenue.

En conclusion, à tous les niveaux et aux diverses étapes des parcours, de nombreux facteurs (individuels, organisationnels, administratifs et économiques) entravent la prise de parole, l'engagement et la revendication de leurs droits des personnes devant composer au quotidien avec une perte d'autonomie.

Tous les milieux d'hébergement ont la responsabilité de multiplier et de diversifier les moyens pour favoriser la prise de parole des résidents et de leurs représentants. À cet effet, les comités des usagers et de résidents jouent un rôle déterminant, pour lequel ils sont explicitement mandatés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Bibliographie

Abrahamson, Kathleen; Sutor, J. Jill; Pillemer, Karl (2009). « Conflict between nursing home staff and residents' families : Does it increase burnout? », *Journal of Aging and Health*, vol. 21, 895-912.

Alary, Jacques (2006). « Bilan des actions du protecteur des usagers auprès des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en 2003-2004 », *Vie et vieillissement*, vol. 5, no 2, 23-28.

Alderson, Marie (2006). « "Milieu de vie" ou "milieu de soins" : un débat chaud en centres d'hébergement et de soins de longue durée », *Vie et vieillissement*, vol. 5, no 1, 9-15.

AQDR – Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (2011). *Inégalités entre les femmes et les hommes face aux risques de la vieillesse*, Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens, 26 pages.

AQESSS – Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2012). « Le blogue de la directrice générale. Pour en finir avec le sensationnalisme », *I-média*, 15 mars.

AQESSS – Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011a). *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*, 50 pages.

AQESSS – Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011b). « Projet conjoint AQESSS-AERDPQ. Pour la clientèle âgée de moins de 65 ans hébergée en CHSLD », *I-média*, 6 octobre.

AQESSS – Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010). *Blogue personnes âgées et société : enjeux et perspectives*.

- « La majorité des personnes âgées vit en CHSLD : mythe ou réalité? », 1er septembre 2010, par Paule Laramée.
- « Faut-il accentuer davantage un virage vers les services de soutien à domicile? », 30 août 2010, par Paule Laramée.
- « Vieillesse et explosion des coûts en santé : mythe ou réalité? », 26 août 2010, par Paule Laramée.

Aquino, Jean-Pierre (2007). « Le vieillissement : d'un modèle "défectologique" à un modèle "ontogénique" », *Gérontologie et société*, vol. 4, no 123, 13-29.

Aubry, François; Godin, Karine; Couturier, Yves (2011). « Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche milieu de vie en soins de longue durée : critiques et perspectives d'avenir », *Vie et vieillissement*, vol. 9, no 3, 36-43.

Beaulieu, Marie et Caron, Chantal (2000a). « Que disent les discours officiels de la personne aînée québécoise? », *Gérontophile*, vol. 22, no 3, 67-73.

Beaulieu, Marie et Caron, Chantal (2000b). « La place de la personne âgée dans la définition de son autonomie », *Le Gérontophile*, vol. 22, no 3, 47-56.

Bickerstaff-C., Julie (2006). *Le sens que revêt l'expérience de vivre en milieu institutionnel pour des personnes âgées*. Mémoire sous la direction de Michèle Charpentier comme exigence partielle de la maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal.

Bickerstaff-C., Julie (2003). « Institutionnalisation des personnes âgées : les représentations sociales et leurs impacts », *Revue canadienne de service social*, vol. 20, no 2, 227-241.

Bigaouette, Michel (2006). « Le défi d'un hébergement de qualité », *La Gérontoise*, vol. 17, no 1, janvier, 16-27.

Bigaouette, Michel (2004). « Analyser les processus de travail pour améliorer le temps », *Objectif Prévention*, vol. 27, no 3, 20-22.

Bolduc, Cynthia et Maltais, Danielle (2011). « Le maintien à domicile de son parent ou de son conjoint admissible en CHSLD : motifs de prise en charge et point de vue des aidants sur les CHSLD », *Vie et vieillissement*, vol. 9, no 3, 44-51.

Boulerice, Jacques (2011). « Merci, comme dans « A la merci de ... », *Pluriâge*, vol. 2, no 2, été, 27-28.

Bramble, Marguerite; Moyle, Wendy; McAllister, Margaret (2009). « Seeking connection : family care experiences following long-term dementia care placement », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, 3118-3125.

Brunet, Paul; Leclerc, Jacques; Nadon, Jean; Paradis, Thomas; Quenneville, Yves (2005). « Forum des idées pour le Québec. Pour des soins plus humains, 16 recommandations », *La Presse*, 27 mars, pages A13-A16.

Charpentier, Michèle (2012). « L'hébergement des personnes âgées vulnérables. Une analyse à la croisée du social et du juridique », dans Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables* (Vol. 344), Éditions Yvon Blais, p. 103-120.

Charpentier, Michèle (2010). *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des résidents*. Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et société, 164 pages.

Charpentier, Michèle (2004a). « De l'institution au marché : Transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels », *Vie et vieillissement*, vol. 3, no 2, août, 2-7.

Charpentier, Michèle (2004b). Marchandisation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux éthiques. Le point de vue des acteurs des réseaux public et privé, *Frontières*, automne, pages 42-47.

Charpentier, Michèle (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Presses de l'Université du Québec, Collection problèmes sociaux interventions sociales, 206 pages.

Charpentier, Michèle; Delli-Colli, Nathalie; Dalpé, Laure D. (2000). « L'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de rareté des ressources publiques d'hébergement », *Intervention*, no 112, 70 à 77.

Conseil des aînés du Québec (2007). *Avis sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, septembre, 38 pages.

Conseil des aînés du Québec (2000). *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, octobre, 85 pages.

- Corbin, Cinthia (2009). « La place réservée aux familles dans les milieux d'hébergement : le point de vue des aidants », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, Cahier spécial « S'adapter au vieillissement de la population », vol. 1, printemps, 16-19.
- Dubuc, Nicole; Demers, Louis; Tousignant, Michel; Tourigny, André; Dubois, Marie-France; Caron, Chantal; Desrosiers, Johanne; Corbin, Cinthia (2009). « Les nouveaux modèles d'habitations : des formules à géométrie variable », *Vie et vieillissement*, vol. 7, no 4, 9-15.
- Ducharme, Francine (2007). « Famille et vieillissement. Enjeux et défis pour soignants professionnels et proches-aidants », *Perspective infirmière*, juillet/août, 11-16.
- Duplessis, Marie-Pier (2011). « Qualité des soins dans les CHSLD : vers une pétition nationale? » *Le Nouvelliste*, 13 août.
- Edvardsson, D.; Fetherstonhaugh, D.; McAuliffe, L.; Nay, R.; Chenco, C. (2011). « Job satisfaction amongst aged care staff : exploring the influence of person-centered care provision », *International Psychogeriatrics*, vol. 23, no 8, 1205-1212.
- FCRSS – Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2011). *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante, une série de tables rondes régionales*. Compte rendu de la table ronde régionale du Québec du 10 novembre 2010.
- Gagnon, Daniel (2011). « Vieillir chez soi? », *Quoi de neuf*, juin-juillet, 17-27.
- Gagnon, E.; Clément, M.; Deshaies, M.-H.; Raizenne, E. (2012). *Les comités de résidents en centre d'hébergement au Québec. Mandat, fonctions et autonomie*, Université Laval, CSSS de la Vieille-Capitale, 24 pages.
- Gervais, Pauline; Hébert, Réjean; Tousignant, Michel (2004). *Profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant dans les résidences privées d'hébergement en Estrie*, 49 pages.
- Hummel, C. (1998). « Les représentations sociales de la vieillesse », *Cahiers psychiatriques*, 25, 25-35.
- Institut de la statistique du Québec (2012). « Quelques indicateurs de santé chez les aînés », *Zoom Santé*, no 37, 8 pages.
- Jetté, Christian et Charpentier, Michèle (2005). « L'empowerment des résidents dans les ressources résidentielles pour personnes âgées », dans Vaillancourt, Y. et M. Charpentier (sous la direction de) (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement des personnes âgées*. Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, UQAM, 81-109.
- Lacan, Jean-François (2002). *Scandales dans les maisons de retraite*. Éditions Albin Michel, Paris, 251 pages.
- Lacoursière, Ariane (2012). 120 aînés confiés à la résidence Navarro malgré de graves lacunes, *La Presse*, 13 janvier, page A-7.
- Lagacé, Martine; Medouar, Fouad; Loock, Joséphine; Davignon, André (2011). « A mots couverts : le regard des aînés et des soignants sur la communication quotidienne et ses manifestations d'âgisme implicite », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 30, no 2, 185-196.

Lavoie, Jean-Pierre et Guberman, Nancy (2010). « Les politiques québécoises à l'égard des personnes âgées avec des incapacités. Combattre ou gérer l'exclusion? », dans Charpentier, Michèle; Guberman, Nancy; Billette, Véronique; Lavoie, Jean-Pierre; Grenier, Amanda et Olazabel, Ignace (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Presses de l'Université du Québec, 413-430.

Lavoie, Jean-Pierre et Guberman, Nancy (2007). « Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités. Quel partage de responsabilité entre les familles et l'État? », *Informations sociales*, vol. 7, no 143, 76-86.

Lavoie, Sylvie (2009). « Pour une réponse adaptée au vieillissement et à la perte d'autonomie », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 1, printemps, 7-8.

Lecoeur, Martine (2006). « L'hébergement pour que cessent les scandales et que survienne le changement », *Vie et vieillissement*, vol. 5, no 3, 45-49.

Levy-Storms, Lené et Miller-Martinez, Dana (2005). « Family caregiver involvement and satisfaction with institutional care during the 1st year after admission », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 24, 160-174.

Maheu, C. et Reidy, M. (2002). « Entrée dans un établissement de soins de longue durée. Des personnes âgées racontent cette période de transition », *Infirmière canadienne*, vol. 3, no 5, mai, 5-9.

Maltais, Danielle (2005). *Rapport synthèse de la recherche « Articulation de l'aide formelle et informelle en fonction des milieux de vie des personnes âgées »*, Université du Québec à Chicoutimi, 26 pages.

Maltais, Danielle; Ouellet, Manon; Lachance, Lise (2004). « Est-il plus facile ou difficile pour les aidants familiaux de soutenir leurs parents vivant en CHSLD que ceux vivant en milieu de vie naturel ou dans d'autres milieux de vie protégés? », *Vie et vieillissement*, vol. 3, no 3-4, 12-18.

McGregor, Margaret J. et Ronald, Lisa A. (2011). « Residential Long-Term Care for Canadian Seniors : Non-profit, for-profit or does it matter », *IRPP Study*, janvier, vol. 14, 1-42.

Mérette, Marguerite (2005). « Le droit des usagers : un droit à reconnaître », *Gérontologie et société*, vol. 4, no 115, 243-252.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Gouvernement du Québec, 200 pages.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *La formation des préposés de résidence pour personnes âgées. Une approche centrée sur la personne âgée vivant en résidence pour des services de qualité donnés par des préposés qualifiés et habiletés à utiliser les meilleures pratiques. Rapport du groupe de travail*. Gouvernement du Québec, 63 pages.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). « Info-Établissements. Bulletin d'information statistique sur les ressources institutionnelles du système sociosanitaire québécois », Gouvernement du Québec, 52 pages.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *L'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et en soins de longue durée*. Document de référence, Gouvernement du Québec, 16 pages.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles*, Gouvernement du Québec, 24 pages.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, 43 pages.

Mittleman, Mary S.; Roth, David L.; Clay, Olivio J.; Haley, William E. (2007). « Preserving health of Alzheimer caregivers : Impact of a spouse caregiver intervention », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15, no 9, 780-789.

Nadeau, Rémi (2012a). « Une situation inacceptable », la protectrice du citoyen demande des changements et vite », *Journal de Montréal*, le mercredi 29 février, page 7.

Nadeau, Rémi (2012b). « Aînés dans les CHSLD. Graves lacunes dans les soins » *Journal de Montréal*, le mardi 28 février, pages 2-3.

Protecteur du citoyen (2012). *Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*. Rapport d'enquête, Québec, 30 pages.

Protecteur du citoyen (2011). Rapport annuel d'activités 2010-2011, Assemblée nationale Québec, 164 pages.

Protecteur du citoyen (2010). Rapport annuel d'activités 2009-2010, Assemblée nationale Québec, 174 pages.

Regroupement provincial des comités des usagers, *Gouvernance : l'usager au coeur des services*. Mémoire présenté lors des consultations de la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi n° 127 : Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. 11 mars 2011.

Regroupement provincial des comités des usagers, *Les résidences privées*. Mémoire présenté lors des consultations de la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi n° 16 : Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées. 29 août 2011.

Rioux-Soucy, Louise-Maude (2011). « Des familles perdent confiance », *Le Devoir*, 8 mars.

Robert, Jocelyne (2012). « Une vieillesse insupportable », *La Presse*, le mercredi 7 mars, page A-25.

SCFP – Syndicat canadien de la fonction publique (2009). *Soins de longue durée en établissement au Canada. Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés*, octobre.

Soulières, Maryse et Charpentier, Michèle (2009). « Quel pouvoir pour les résidentes? Le quotidien des femmes âgées en milieu d'hébergement », dans Charpentier, M. et Quéniart, A. (dir.). *Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société*, Les éditions du remue-ménage, 296 pages.

Stone, Linda J. et Clements, Jennifer A. (2009). « The effects of nursing home placement on the perceived levels of caregiver burden », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 52, no 3, 193-214.

Vaillancourt, Yves et Charpentier, Michèle (dir.) (2005). *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*. Rapport final de recherche soumis au Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FQRSC), LAREPPS, Université du Québec à Montréal, novembre, 165 pages.

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

Le Regroupement provincial des comités des usagers est une organisation sans but lucratif qui œuvre au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Le RPCU défend les droits des usagers et est le porte-parole des 600 comités des usagers et de résidents des établissements de santé et de services sociaux. La mission des comités des usagers et de résidents est de défendre les droits des usagers et de travailler à améliorer la qualité des services offerts. Site Internet : www.rpcu.qc.ca.

Les usagers du réseau de la santé et des services sociaux

Un usager du réseau de la santé et des services sociaux, ce n'est pas qu'une personne malade. En effet, on naît usager et on meurt usager. Ce sont donc tous ceux et toutes celles qui, à un moment de leur vie, utilisent les services du réseau. C'est la femme enceinte, le bébé qui vient au monde, le jeune en centre jeunesse, la personne qui veut arrêter de fumer, la personne handicapée, le travailleur en arrêt de travail, la personne aînée qui vit chez elle et qui reçoit les services d'aide de son CLSC ou de ses proches. En un mot, ce sont tous les Québécois et les Québécoises.

Les droits des usagers

« La raison d'être des services est la personne qui les requiert ». C'est l'une des lignes directrices sur laquelle se fonde la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Les droits des usagers sont :

1. le droit à l'information;
2. le droit aux services;
3. le droit de choisir son professionnel ou l'établissement;
4. le droit de recevoir les soins que requiert son état;
5. le droit de consentir à des soins ou de les refuser;
6. le droit de participer aux décisions;
7. le droit d'être accompagné, assisté et d'être représenté;
8. le droit à l'hébergement;
9. le droit de recevoir des services en langue anglaise;
10. le droit d'accès à son dossier d'utilisateur;
11. le droit à la confidentialité de son dossier d'utilisateur;
12. le droit de porter plainte.

Les comités des usagers et les comités résidents

Les comités des usagers et les comités de résidents ont été institués par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Composés de bénévoles, ils sont présents dans tous les établissements de santé et de services sociaux. Ils sont la voix citoyenne du réseau et les gardiens de vos droits comme usager du réseau. Plus spécifiquement, le comité de résidents est rattaché à un centre offrant des services à des usagers hébergés, et l'un des membres du comité de résidents fait partie du comité des usagers de l'établissement de santé qui régit le centre. Les comités des usagers et de résidents défendent et renseignent les usagers sur leurs droits.



UQAM | Université du Québec
à Montréal

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish



Regroupement provincial des comités des usagers
C.P. 60563, succursale Sainte-Catherine Est, Montréal (Québec) H1V 3T8
Téléphone : 514 436-3744 / Télécopieur : 514 439-1658
www.rpcu.qc.ca / info@rpcu.qc.ca