



 *Fortes unies*

**AVIS DE LA FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (FSQ-CSQ)
TRANSMIS AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DANS LE CADRE DU FORUM
SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN CHSLD**

15 novembre 2016

FORUM SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN CHSLD

Avis de la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ)

Le 19 septembre dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait sa volonté d'améliorer l'organisation des soins et des services offerts aux aînés du Québec dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'aux Soins à domicile (SAD).

Cet enjeu constituerait l'une des priorités gouvernementales visant à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacé du réseau de la santé et des services sociaux.

La démarche proposée par le ministre Barrette¹ a notamment pour objectif d'identifier les meilleures pratiques dans les établissements et les milieux dits les plus performants, seulement quatre CHSLD auraient été visités, afin d'élaborer des orientations ministérielles qui seront rendues publiques dès le printemps 2017. Le ministre souhaite pouvoir « aborder l'ensemble des enjeux de manière transparente et poser des actions concrètes dès 2017 en implantant, dans tous les milieux, les meilleures pratiques identifiées ».

Pour notre organisation, il va de soi que la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées est intimement liée aux conditions d'exercice du personnel de la santé. Selon nous, l'exercice de réflexion proposé doit également tenir compte du contexte socio-économique qui prévaut, sinon il ne serait que théorique et sans grande utilité.

C'est donc avec transparence, mais surtout en toute bonne foi, que la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ), qui représente près de 7 000 infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et puéricultrices travaillant dans des établissements de tous les secteurs de la santé au Québec, soumet ses réflexions, ses questionnements, mais surtout ses recommandations.

L'alourdissement et la complexification de l'état de santé des personnes hébergées en CHSLD

D'entrée de jeu, le gouvernement et le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent reconnaître les besoins grandissants des personnes hébergées en CHSLD. Tant le resserrement des normes d'admission au cours des dernières années que la moyenne d'âge de plus en plus élevée des résidentes et des résidents expliquent la hausse constante du nombre d'heures de soins requises quotidiennement (moyenne d'heures-soins requises de 3,22 en 2013).

¹ Voir ANNEXE 1 – Étapes de la démarche de consultation

Le profil des personnes hébergées en CHSLD en 2012-2013 nous permet de saisir l'ampleur de ces besoins :

- 42 % étaient des bénéficiaires âgés de 85 ans et plus ;
- les deux tiers comptaient trois problèmes chroniques de santé et plus et consommaient beaucoup de médicaments (en moyenne, 7/jour) ;
- plus de 80 % présentaient une démence ;
- 100 % avaient besoin d'aide à mobilité (profils ISO-SMAF 10 à 14²).

Ajoutons que, selon une directive ministérielle émise il y a quelques années, seules les personnes dont l'état de santé exige des soins et des services intensifs et spécialisés sont dirigées vers les CHSLD. Cette réalité aurait dû engendrer une augmentation du personnel professionnel oeuvrant auprès de cette clientèle. Malheureusement, c'est plutôt l'inverse qui s'est produit au cours des dernières années.

« Il y a dix ans, trois infirmières auxiliaires prenaient soin des cas les plus lourds sur le quart de jour. Aujourd'hui, une seule doit veiller sur 32 patients en lourde perte d'autonomie. Ça n'a pas de bon sens ! »³, ont dénoncé plusieurs membres rencontrés lors de groupes de discussion au mois de juin dernier.

Ainsi, alors que les besoins des aînés en centres d'hébergement augmentent considérablement, le gouvernement réduit le personnel affecté aux soins mettant ainsi à risque la santé et l'intégrité des personnes âgées.

Un niveau de financement insuffisant

Le Québec enregistre un retard important en matière de financement public pour le réseau de la santé, soit un manque à gagner évalué à près de trois milliards de dollars par année, lorsque l'on compare ces dépenses publiques de santé par habitant à la moyenne canadienne. Précisons qu'en 2014, le Québec était la province canadienne dont les dépenses publiques de santé par habitant étaient les moins élevées (3 660 \$ comparativement à la moyenne canadienne de 3 960 \$)⁴.

De plus, est-il nécessaire de rappeler que près de deux milliards de compressions budgétaires ont été imposées au milieu de la santé et des services

² Pour avoir une description des profils ISO-SMAF http://www.cssstheresedebainville.gc.ca/fileadmin/documents_cssstdb/Nouvelles/AQESSS_LeN_ouveauVisagedelHebergement_20131101.pdf

³ CHSLD de Jonquière – Climat sous haute tension <http://www.lacsq.org/publications/nouvelles-csq/automne-2016/sante/optimisee-mobile/single/news/chsld-de-jonquiere-climat-sous-haute-tension/>

⁴ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2014). « Tableau 5 : Sommaire des dépenses de santé, par province et territoire et pour le Canada, en 2014. », *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, p. 68

sociaux au cours des deux dernières années, compressions qui se font grandement sentir sur le terrain et sur la qualité des soins et des services directs à la population ?

Bien que cela puisse être perçu comme une excellente nouvelle, le réinvestissement récurrent de 300 millions de dollars annoncé par le gouvernement du Québec le 25 octobre dernier est tout à fait insuffisant. En effet, le maintien du panier de services dans le réseau aurait nécessité, pour cette année seulement, une hausse du budget de la santé et des services sociaux de 1,3 milliard de dollars, soit une croissance de 3,9 %.

Ce maigre retour ne compense pas les sacrifices importants subis par nos membres et la population depuis plusieurs années. Néanmoins, ces sommes devront être réinvesties afin de rétablir, du moins en partie, les services directs qui ont été coupés ou diminués et réparer les dommages causés à notre réseau de la santé.

À cet effet, la situation dans les CHSLD est particulièrement critique. En conférence de presse le 3 novembre dernier, le SIIIEQ-CSQ révélait une situation embarrassante dans les CHSLD de la région. « L'objectif du CISSS Bas-Saint-Laurent de réduire à 30 % les effectifs du personnel professionnel dans les CHSLD a des conséquences sérieuses sur les soins aux personnes âgées. Les directions haussent les critères d'admissibilité, ce qui rend plusieurs lits inoccupés, justifiant ainsi leur fermeture. Est-on en train de transformer nos CHSLD en "mouroirs" sans leur donner les ressources adéquates ? »⁵

De nouvelles stratégies de gestion visant à limiter l'accès aux CHSLD ne cessent de voir le jour, notamment le rehaussement des critères d'admission et le report indu de l'évaluation des besoins donnant droit à l'inscription sur la liste d'attente, tout cela, au nom de considérations budgétaires.

Dans son rapport⁶ sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD, la Commission de la santé et des services sociaux mentionne les modes d'allocation de financement des CHSLD qui ne sont pas adaptés aux réels besoins des clientèles et qui ne tiennent pas compte de l'évolution des soins requis par leur état de santé.

Le sous-financement chronique des services et des soins offerts en CHSLD fait donc largement consensus.

⁵ Communiqué (3 novembre 2016) *Domages causés par la réforme Barrette - Le SIIIEQ-CSQ demande réparation*. <http://www.lacsq.org/actualites/toutes-les-actualites/nouvelle/news/le-siieq-csq-demande-reparation/>

⁶ Les conditions de vie des adultes hébergés en Centres d'hébergement et de soins de longue durée – Observations, conclusions et recommandations.
http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_115045&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz

Des intentions louables, mais irréalistes sans ressources additionnelles

La FSQ partage entièrement le souhait du gouvernement d'améliorer l'organisation des soins et des services pour les personnes âgées dans les CHSLD du Québec.

Elle reconnaît d'emblée que des améliorations puissent et doivent être apportées au niveau des soins d'hygiène, de l'alimentation et de l'environnement physique. Des travaux sur l'adaptation des soins et des services aux spécificités de la clientèle hébergée, la composition des équipes de soins et la collaboration interdisciplinaire pourraient également être enclenchés.

En fait, les thèmes soumis à la consultation⁷ lors de la rencontre des partenaires nationaux le 25 octobre dernier révèlent l'ampleur des améliorations souhaitées.

Or, il nous apparaît tout à fait irréaliste d'envisager des améliorations significatives si aucun réinvestissement important n'est réalisé et, qui plus est, si les compressions budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux se poursuivent. Chacune des solutions mises au jeu suppose un rehaussement de la qualité des services (alimentation, hygiène, environnement), ou davantage de temps pour, notamment, identifier les besoins et adapter les services aux préférences des résidents ou implanter l'interdisciplinarité en contexte de partenariat avec l'utilisateur et ses proches.

Or, nous n'avons ni l'argent ni le temps de mettre en oeuvre de nouvelles pratiques, le personnel de la santé travaillant constamment en effectif réduit et en fardeau de tâches.

Cette situation génère de multiples sources de tension qui affectent la santé des travailleuses et des travailleurs : le manque de temps pour répondre « minimalement » aux besoins et aux soins des personnes hébergées, les risques d'erreurs qui seraient augmentés en raison de l'épuisement professionnel, la surveillance accrue de la part des ordres professionnels, les reproches croissants des familles ou des proches, voire l'agressivité et les menaces dont seraient victimes certaines travailleuses, pour ne nommer que celles-là. De plus, nous passons sous silence certaines normes qui ne respectent pas, selon nous, la dignité humaine. Mentionnons la règle d'un seul bain par semaine et les critères d'économies concernant les changements de culotte d'incontinence.

Pour toutes ces raisons, la consigne de ne pas faire référence aux contraintes et compressions budgétaires actuelles dans le cadre de cette démarche, consigne donnée lors de la rencontre des partenaires nationaux, nous rend très perplexes.

⁷ Voir ANNEXE 2 - Thèmes soumis lors de la consultation des partenaires nationaux

Des solutions qui font pourtant consensus

Il existe déjà de nombreux rapports qui relèvent ce qui ne va pas dans les CHSLD et proposent des pistes de solutions concrètes aux problèmes rencontrés. À ce titre, nous invitons le ministre Barrette à mettre en oeuvre, sans tarder, les recommandations unanimes formulées par la Commission de la santé et des services sociaux dans son rapport rendu public au mois de juin dernier⁸.

Nous portons à son attention le fait que les trois premières recommandations font référence à la notion d'effectif suffisant pour assurer la prestation adéquate de soins et de services aux personnes hébergées (ratios de personnel, balises pour fixer ces ratios, ratios minimums).

Rappelons que le manque d'effectif engendre une surcharge qui compromet les plans de soins. Parmi les situations dommageables identifiées, mentionnons les retards dans la distribution des médicaments et la non-réalisation de certains traitements. « Des médicaments qui doivent être pris à 8 h sont parfois donnés à 10 h. Le délai de 4 heures requis entre deux distributions n'est pas toujours respecté. Le bien-être de la personne peut être compromis, surtout lorsqu'il s'agit d'antidouleur ou d'antidiabétique » déplore une membre. « Quand je pourrais enfin appliquer la crème sur les plaies de fessiers, les gens sont déjà debout, c'est un non-sens », ajoute une autre travailleuse.

Selon le personnel oeuvrant en CHSLD, il n'y a aucune marge de manoeuvre pour les imprévus. Si un patient vomit, a un malaise cardiaque ou chute en marchant, des retards s'accumulent inmanquablement dans les plans de traitements pour l'ensemble des résidents.

Le manque de temps pour répondre adéquatement aux besoins bio psycho sociaux est également alarmant. Le personnel ne peut aider les résidents à se nourrir convenablement, de la nourriture en purée est servie pour accélérer l'heure des repas et limiter les risques de suffocation. Pour une personne âgée à mobilité réduite, l'hydratation est primordiale. Or, le personnel manque parfois de temps pour distribuer les verres d'eau et aider les résidents à boire. Où allons-nous ?

Bien sûr, échanger avec le résident et les membres de la famille ou les proches est primordial. Mais peut-on vraiment exiger qu'une personne, assignée de temps à autre à un résident, connaisse ses particularités et établisse un lien de confiance avec ce dernier et les personnes qui le visitent. Le personnel est confronté à des déplacements de plus en plus fréquents. La grosseur des territoires à couvrir depuis la fusion des établissements de santé, les nombreux postes vacants ou supprimés, bref les sacro-saintes flexibilité et mobilité exigées

⁸ Voir ANNEXE 3 - Liste des 20 recommandations formulées par la Commission de la santé et des services sociaux

par l'employeur sont contraires à l'effet recherché : créer une culture « milieu de vie » pour les résidents en CHSLD.

En résumé, le sérieux manque d'effectifs est au cœur de tous les problèmes. Le ministre est très au fait de la situation et doit agir prioritairement sur cet enjeu.

Les travaux sur les ratios professionnels en soins/patients prévus dans notre convention collective 2015-2020 seront l'occasion de corriger enfin la situation.

Les solutions de la FSQ

Les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes sont qualifiées, dévouées et soucieuses de proposer des solutions concrètes et réalistes pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Ce n'est pas d'hier qu'elles réclament une organisation du travail qui leur permettra d'assurer cette qualité. Nous invitons le ministre à prendre connaissance de l'avis déposé dans le cadre des consultations menées en 2014⁹. Il met de l'avant certaines mesures organisationnelles qu'il serait plus que temps de mettre en œuvre :

- Établir l'offre de services dans les CHSLD (pour chaque profil de besoins) ;
- Établir et respecter des ratios de professionnelles et professionnels par patientes et patients qui assurent la prestation d'un continuum de soins sécuritaires et de qualité ;
- Assurer la stabilité des équipes de soins multidisciplinaires ;
- Assurer des effectifs suffisants sur tous les quarts de travail ;
- Assurer la présence du personnel infirmier et cardiorespiratoire 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ;
- Limiter, voire abolir, les heures supplémentaires obligatoires ;
- Permettre aux professionnelles et professionnels d'agir pleinement dans leur champ d'exercice professionnel : respecter le jugement clinique et l'autonomie professionnelle.

⁹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ), FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (FSQ-CSQ) février 2014, Conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD – L'urgence d'agir de façon cohérente.

Avis présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en Centre d'hébergement et de soins de longue durée

En guise de conclusion

Les faits démontrent la nécessité de rehausser le financement public des CHSLD et ainsi d'assurer une meilleure accessibilité et une meilleure qualité des services et des soins qui y sont offerts. Le Québec dispose d'excellentes ressources professionnelles en santé. Elles sont prêtes à relever les défis qui s'annoncent, encore faut-il les écouter.

Toutefois, donner notre adhésion à de grands principes alors même que nous ne nous entendons pas sur la définition du problème nous apparaît inapproprié. Parler de bonnes pratiques et de performance dans un contexte d'austérité et de compressions budgétaires nous apparaît être un piège, d'autant plus que le MSSS n'a pas jugé utile de définir ces concepts dans le cadre de la démarche.

Rien dans ce qui a été présenté et mis au jeu jusqu'à maintenant ne fait écho à nos demandes, à nos recommandations ou aux difficultés vécues par le personnel qui ont un effet direct sur la qualité des soins aux résidents !

La FSQ ne peut souscrire à un tel exercice sans connaître les réels enjeux. La première étape, qui requiert transparence et respect, serait de définir d'un commun accord ce qu'est une meilleure pratique pour la personne hébergée en CHSLD. Dans le contexte actuel, un tel exercice conjoint avec le ministère nous apparaît improbable.

Néanmoins, la FSQ sera toujours prête et disponible pour trouver des mesures structurantes afin de solutionner les problèmes vécus en CHSLD et pour offrir soutien et reconnaissance au personnel en soins infirmiers.

Claire Montour
Présidente
Fédération de la Santé du Québec

Profil de la FSQ-CSQ

La Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ) représente près de 7 000 infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et puéricultrices travaillant dans des établissements de tous les secteurs de la santé : centre hospitalier, centre de santé et de services sociaux (CSSS), centre de réadaptation, dispensaire, agence de la santé et des services sociaux, centre jeunesse et Héma-Québec.

ANNEXE 1

Étapes de la démarche de consultation

- Visites d'observation de quatre milieux SAD et de quatre CHSLD sélectionnés, dits performants (mi-septembre 2016 jusqu'à la mi-novembre 2016) ;
- Consultations de partenaires nationaux (octobre et novembre 2016) ;
- Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD (17 et 18 novembre 2016) ;
- Forum sur les meilleures pratiques en SAD (début 2017- dates à confirmer) ;
- Diffusion des orientations ministérielles au regard des meilleures pratiques en SAD et en CHSLD (printemps 2017).

ANNEXE 2

Thèmes soumis lors de la consultation des partenaires nationaux

Thème 1

L'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée

Question. Comment les soins et services peuvent-ils être adaptés aux besoins, au niveau de soutien requis et aux préférences de l'usager afin qu'il puisse demeurer le plus longtemps possible dans son domicile ?

Question. Comment promouvoir une culture « milieu de vie » pour les résidents en CHSLD ?

Thème 2.

Des équipes d'intervenants et des gestionnaires engagés

Question. Quels sont les rôles et responsabilités des gestionnaires ? Comment peuvent-ils assumer un leadership fort ?

Question. Comment devraient s'actualiser les rôles et responsabilités de chacun des intervenants d'une équipe de soins et services en SAD et en CHSLD (ex. : équipe en soins infirmiers, autres professionnels) ?

Thème 3

L'approche collaborative et l'interdisciplinarité

Question. Comment devrait s'exprimer le travail interdisciplinaire dans le quotidien des intervenants (ex. : intervenant accompagnateur, auxiliaire aux services de santé et sociaux, préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée, pharmacien, médecin) ?

Question. Quelles seraient les actions concrètes à mettre en place pour favoriser l'implantation de l'interdisciplinarité en contexte de partenariat avec l'usager et ses proches ?

Thème 4.

Les compétences requises, la formation continue et la valorisation des employés au travail

Question. Comment soutenir les intervenants devant les besoins évolutifs des usagers et la complexification des soins à prodiguer en raison, notamment, d'un accroissement des troubles cognitifs et des maladies chroniques ?

Question. Quelles sont les approches organisationnelles à mettre en place pour valoriser et mobiliser les intervenants ?

Question. Comment offrir des milieux de vie de qualité et axés sur la bienveillance ?

Thème 5

Un continuum de soins visant l'intégration des services

Question. Comment assurer l'intégration des services et soutenir, au plan organisationnel, l'application de la démarche clinique ?

Question. Comment soutenir une organisation de services orientée vers la réponse aux besoins convenus avec l'utilisateur et ses proches ?

Thème 6

Une organisation du travail qui favorise des soins d'hygiène et une alimentation adaptés aux besoins du résident

Question. Comment offrir un environnement adapté aux besoins alimentaires particuliers des résidents dans le respect de leurs capacités sur les plans physique et social (ex. : apport calorique et hydratation suffisante) ?

Question. Comment adapter les soins d'hygiène aux besoins cliniques et aux particularités du résident ?

Thème 7

L'adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l'organisation du travail

Question. Comment adapter l'organisation physique des lieux aux besoins particuliers du résident, tout en assurant le respect de l'intimité, la sécurité, le bien-être physique, le bien-être psychologique et l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle ?

Thème 8

Les collaborations avec les différents partenaires

Question. La clarification des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs ainsi qu'une compréhension des trajectoires de services en SAD peuvent-elles contribuer à la mobilisation de l'ensemble de ces partenaires que sont, notamment, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les résidences privées pour aînés ?

Question. Comment impliquer la communauté ?

Question. Comment favoriser la continuité des relations des résidents et de leurs proches ? Comment briser l'isolement ?

Question. Comment impliquer la communauté ?

ANNEXE 3

Liste des 20 recommandations formulées par la Commission de la santé et des services sociaux

Rapport sur les consultations particulières et auditions publiques sur les conditions de vie des adultes hébergés en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (juin 2016)

1. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux mette à jour ces normes concernant les ratios de personnel afin d'assurer une prestation adéquate de soins et de services aux personnes hébergées, selon leurs besoins individuels.
2. QUE la direction de chaque établissement, de concert avec le personnel soignant, révisent les bases sur lesquelles elle s'appuie pour fixer ses ratios. Ces derniers doivent être établis en fonction des spécificités de la clientèle et de l'environnement de l'établissement.
3. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux examine la possibilité d'établir des ratios minimums à respecter dans tous les centres d'hébergement.
4. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux assouplisse ses critères pour permettre le déploiement d'initiatives de soins mieux adaptés aux besoins des personnes hébergées et favoriser un meilleur équilibre entre milieu de vie et milieu de soins.
5. QUE les établissements évaluent rigoureusement et régulièrement les besoins de soins d'hygiène des personnes hébergées et qu'ils offrent des soins qui y sont adaptés.
6. QUE les établissements servent des repas selon une diversité de mets, une présentation et une chaleur qui correspondent aux besoins et aux préférences des personnes hébergées.
7. QUE les établissements procèdent à un examen urgent et minutieux de l'équipement supplémentaire requis pour répondre aux besoins des résidents en matière d'hygiène corporelle et d'alimentation et qu'ils apportent de manière pressante des modifications lorsque nécessaires.
8. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que les CHSLD disposent des équipements nécessaires aux soins d'hygiène corporelle et d'alimentation pour satisfaire leur clientèle.
9. QUE les établissements du réseau adoptent des mesures visant l'élimination de toute mesure de contention physique et chimique.

10. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux se penche sur les préoccupations à propos de la surmédication des personnes hébergées et qu'il soutienne davantage l'approche non pharmacologique.
11. QUE les établissements développent des mesures de valorisation des professions et des métiers exercés dans les CHSLD, en particulier celui des préposés aux bénéficiaires.
12. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux orchestre des campagnes d'information mettant l'accent sur les habiletés requises pour travailler en CHSLD dans le contexte actuel.
13. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux mette sur pied des programmes de formation obligatoire, revus et adaptés aux nouvelles réalités à toute personne qui oeuvre ou qui désire oeuvrer dans ce secteur.
14. QUE les établissements veillent à ce que la formation continue, en particulier en ce qui a trait aux soins palliatifs et aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, soit donnée sur une base régulière à l'ensemble du personnel, incluant les préposés aux bénéficiaires.
15. QUE les établissements se préoccupent davantage de la stabilité des équipes soignantes déployées auprès de chaque résident.
16. QUE les établissements définissent mieux et précisent le rôle de chaque intervenant composant les équipes soignantes afin de favoriser l'interdisciplinarité.
17. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise le développement d'outils permettant le partage des bonnes pratiques en portant une attention particulière à la diffusion de ces outils à l'ensemble du réseau.
18. QUE la proximité géographique entre le milieu naturel du résident et son nouveau milieu de vie soit un critère central dans le choix de celui-ci et qu'on évite de séparer les membres d'un couple lorsque tous deux ont besoin d'être hébergés en CHSLD.
19. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux porte une attention particulière à l'harmonisation des mécanismes de reddition de comptes afin d'alléger le travail administratif au sein des CHSLD.
20. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux réévalue et bonifie les critères appliqués lors de ses visites d'évaluation sur la base des conclusions contenues dans ce rapport.