



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Cadre de référence
et normes relatives
à l'hébergement dans
les établissements
de soins de longue durée**

SUPERVISION DU DOSSIER

Danielle Benoit, directrice, Direction des orientations des services aux aînés,
ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

RÉDACTION

Véronique Laveau, conseillère, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

Hélène Van Nieuwenhuysse, conseillère, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Améline Bourque, conseillère, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

COLLABORATION SPÉCIALE

Stéphanie Morin, directrice, Direction de la qualité de milieux de vie, MSSS

Danielle Fleury, directrice, Direction des soins infirmiers, MSSS

CONSULTATION

Martin Bédard, directeur, Direction générale du personnel réseau et ministériel, MSSS

Chantal Kroon, conseillère cadre, Direction générale du personnel réseau et ministériel, MSSS

SOUTIEN TECHNIQUE

Aline Rodrigue, secrétaire, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-80501-4 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE	1
PRATIQUES ORGANISATIONNELLES	3
1. ACQUISITION ET RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES	3
DÉFIS ET DESCRIPTION	3
ORIENTATION	6
OBJECTIFS POURSUIVIS	6
NORMES	6
2. ZONES DE PARTAGE DES COMPÉTENCES, COLLABORATION ET TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITÉ	8
DÉFIS ET DESCRIPTION	8
ORIENTATION	10
OBJECTIFS POURSUIVIS	10
NORMES	10
PRATIQUES CLINIQUES ET SERVICES SPÉCIFIQUES	11
1. OPTIMISATION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DANS L'ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS	11
DÉFIS ET DESCRIPTION	11
UNE CONTRIBUTION UNIQUE DE CHAQUE MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE SOINS.....	11
ORIENTATION	13
OBJECTIFS POURSUIVIS	14
NORMES DE PRATIQUE.....	14
2. STABILITÉ DE L'ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS AUPRÈS DU RÉSIDENT	15
DÉFIS ET DESCRIPTION	15
ORIENTATION	17
OBJECTIFS POURSUIVIS	17
NORMES	17
ANNEXE 1 – PRÉSENCE INFIRMIÈRE EN CHSLD	18
ANNEXE 2 – PARTAGE DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT	19
BIBLIOGRAPHIE	20

MISE EN CONTEXTE

Devant l'évolution des besoins de la clientèle et considérant l'incidence importante de celle-ci sur les soins et les services offerts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), « il ne s'agit plus uniquement de prodiguer des soins de base et de confort aux résidents. Les soins offerts sont de plus en plus complexes et spécialisés et doivent répondre à une clientèle hétérogène très souvent en fin de vie »ⁱ et, dans une proportion de 70 % à 80 %ⁱⁱ, qui présente des symptômes de démence. Dans un tel contexte, les attentes et les exigences à l'égard du personnel sont élevées. D'une part, l'équipe soignante se doit de respecter l'approche de milieu de vieⁱⁱⁱ, dont les principes directeurs doivent guider les choix organisationnels en matière de gestion, d'intervention et d'aménagement. D'autre part, le personnel devra pouvoir orienter les modalités de prestation des soins et des services aux personnes hébergées et être, en tout temps, animé par la volonté de soutenir l'autonomie décisionnelle et fonctionnelle des résidents.

Considérant la complexité grandissante des problématiques rencontrées dans les CHSLD^{iv}, le personnel est donc aujourd'hui engagé dans une pratique exigeante qui implique l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences en gériatrie et en gérontologie. Par exemple, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), qui constituent une préoccupation majeure pour le personnel des CHSLD en raison de leur fréquence et de leurs répercussions^v, commandent d'acquérir les compétences spécifiques et spécialisées qui permettent d'évaluer et de prendre en charge adéquatement les aînés qui présentent ce type de symptômes. Quant aux soins palliatifs et de fin de vie, que reçoivent un nombre grandissant de personnes hébergées dans les centres de soins de longue durée, ils nécessitent la collaboration de différents intervenants et professionnels ayant les compétences et les aptitudes relationnelles requises pour répondre aux besoins complexes des résidents en fin de vie et de leurs proches. En plus de ces différents défis d'ordre clinique, le personnel des CHSLD doit parfois composer avec une organisation du travail qui n'est pas toujours optimale. Par exemple, dans l'équipe de soins infirmiers, le roulement^{vi} de personnel, le recours au personnel des agences privées tout comme le manque d'encadrement professionnel ou de soutien clinique peuvent avoir une influence significative sur la qualité et la continuité des soins et des services dispensés aux personnes qui résident dans les CHSLD^{vii, viii, ix, x, xi}. On le voit, les défis que doit

ⁱ Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 2013, *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, Montréal, Québec, p. 19.

Bourque, Monique. et coll. (2014) *Recommandation du comité aviseur sur l'offre de soins infirmiers en CHSLD*, document inédit, 33 p.

ⁱⁱ Comité aviseur sur la révision de l'offre en CHSLD. (2013). *Pratiques cliniques adaptées : résidents avec déficits cognitifs en CHSLD*, (document inédit).

ⁱⁱⁱ MSSS. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, 24 p.

^{iv} Les principaux diagnostics des résidents hébergés sont les suivants : accident vasculaire cérébral (AVC), cancer, délirium, démence, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), diabète, emphysème ou autre bronchopneumopathie obstructive chronique (BPOC), hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, maladie cardiaque athérosclérotique, maladie de Parkinson ou parkinsonisme, paraplégie ou hémiplégié dans ^{iv} Voyer. (2013).; Xing, Mukamel et Temkin-Greener. (2013).

^v Comité aviseur de la démarche de révision de l'offre de service en CHSLD, (mars 2014) *Rapport du groupe de travail portant sur les soins infirmiers en centre d'hébergement*, p. 4. (document inédit).

^{vi} L'alternance de personnes qui se relayent ou se remplacent dans un travail ou une fonction porte le nom de roulement, par exemple le roulement de deux équipes. Rotation du personnel : Cadence à laquelle se renouvelle le personnel d'une entreprise ou d'un organisme. Office québécois de la langue française (OQLF).

Rotation du personnel : Cadence à laquelle se renouvelle le personnel d'une entreprise ou d'un organisme.

^{vii} Protecteur du citoyen. (2014). *Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée — mandat d'initiative Québec*, le 17 février 2014, 32 p.

^{viii} Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD. Mémoire*, 48 p.

^{ix} MSSS, *Rapports d'appréciation des CHSLD visités*, par région.

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visites.php

^x Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2003). *Dossier : CHSLD : un milieu de vie, une affaire de cœur*, Objectif prévention, vol. 26, no 5. <http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues-et-infolettre/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-26-no-5-decembre-2003/dossier-chsld-un-milieu-de-vie-une-affaire-de-cur/le-monde-change-des-chiffres-qui-font-reflechir.html>

aujourd'hui relever une équipe de soins infirmiers dans un CHSLD sont nombreux, variés, fort complexes et nécessitent, de la part des établissements concernés, des réponses appropriées. À ce titre, comme nous le rappelle le comité aviseur sur la révision de l'offre de service en CHSLD dans l'un de ses avis^{xii}, les CHSLD sont appelés à revoir l'organisation des soins et du travail de l'équipe de soins infirmiers afin de répondre plus adéquatement aux nouveaux besoins de leur clientèle et de favoriser un environnement de travail qui permet l'attraction et la rétention du personnel soignant. À l'heure actuelle, il est essentiel de prioriser une organisation des soins et du travail visant une utilisation judicieuse du personnel. Il importe que le personnel possède les compétences et les aptitudes nécessaires à l'exercice de ses fonctions, mais aussi que chacun de ses membres soit utilisé de manière optimale et selon son expertise respective. À cette fin, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (communément appelée la Loi 90) est un excellent levier qui permet d'agir sur l'organisation des soins et du travail, puisqu'elle permet un usage pertinent des compétences de tout le personnel infirmier, y compris les auxiliaires et incite à la collaboration entre les différents professionnels et intervenants. Le renforcement des compétences apparaît également comme une avenue cruciale à emprunter pour assurer une prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité dans les CHSLD. D'ailleurs, en vue d'y assurer la sécurité et la qualité, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son avis portant sur la présence infirmière dans les CHSLD, demande aux établissements d'assurer une présence infirmière durant les trois quarts de travail (24/24 et 7/7). Voir l'annexe 1.

Bien que plusieurs CHSLD aient déjà consenti des efforts importants dans la révision de l'organisation des soins et du travail dans leur établissement respectif, le MSSS considère néanmoins que des pas importants restent à franchir pour favoriser un environnement organisationnel adéquat dans les CHSLD. L'objectif premier du MSSS étant de donner, à l'ensemble du réseau des CHSLD, des orientations et des normes communes en matière de :

pratiques organisationnelles, soit :

- l'acquisition et le renforcement des compétences;
- les zones de partage des compétences, de collaboration et de travail en interdisciplinarité;

pratiques cliniques et services spécifiques, soit :

- l'optimisation des rôles et des responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers;
- la stabilité de l'équipe de soins infirmiers auprès du résident;
- l'alimentation (nutrition clinique, activité repas et service alimentaire).

^{xi} Commission de la santé et des services sociaux (2013), Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Document de consultation, 35 p.

^{xii} Comité aviseur sur la révision de l'offre de service en CHSLD, Recommandation du comité aviseur sur l'offre de soins infirmiers en CHSLD, avril 2014, 33 pages. (document inédit).

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

1. Acquisition et renforcement des compétences^{xiii}

Défis et description

Les besoins évolutifs de la clientèle des CHSLD, qui présente une plus grande perte d'autonomie, ainsi que la complexification des soins à prodiguer en raison, notamment, d'un accroissement des troubles cognitifs confirment la nécessité de poursuivre les efforts entrepris en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts au résident et à ses proches.

Devant cet état de fait, l'acquisition et le renforcement des compétences commande des engagements individuels et collectifs afin de rendre optimal le potentiel de chaque intervenant vers l'assurance d'une qualité des soins et des services. Cette opinion est également partagée, entre autres, par la Commission de la santé et des services sociaux et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) relativement à l'importance de la formation de tous les membres du personnel et, plus particulièrement, des préposés aux bénéficiaires. D'une part, la préoccupation que représente la formation de base et, d'autre part, celle du perfectionnement professionnel continu devant être encadré par une politique d'établissement sont déterminants. En effet, la formation facultative des préposés aux bénéficiaires, dont le rôle auprès du patient âgé est essentiel, ainsi que l'insuffisance des heures consacrées au contenu gériatrique et gérontologique dans la formation de base du personnel qui travaille dans les CHSLD, des intervenants et de l'équipe de soins infirmiers, sont autant de préoccupations qui doivent être au cœur des discussions entourant la formation continue afin de conduire une offre de services et de soins qui réponde à l'ensemble des besoins du résident.

En abordant la question du renforcement et de l'acquisition des compétences, il est primordial de se rappeler que la notion de compétence fait référence aux apprentissages ainsi qu'au savoir-faire. Néanmoins, au-delà de la formation initiale et des qualifications de base, elle désigne également la capacité qu'a l'intervenant d'utiliser, dans ses activités au CHSLD, son expérience, ses connaissances personnelles, ses qualités, mais aussi les ressources de son environnement, telles que les réseaux professionnels, les guides de pratique, les outils et ses collègues. L'acquisition et le renforcement des compétences devient donc possible, d'une part, lorsque la ressource détecte des situations où il y a une lacune et, d'autre part, lorsque son établissement la soutient par une offre diversifiée de possibilités d'apprentissage qui répondent aux besoins ciblés et lui permettent de faire face à la complexité des problématiques rencontrées dans les CHSLD. Dès lors, s'articule autour de la construction des compétences, une série de possibilités qui seront instaurées dans le CHSLD par le personnel soutenu par la direction. Le défi majeur est de rendre possible, pour l'individu, l'évolution et la construction de nouvelles capacités lui permettant de faire face aux situations complexes qui se présentent dans sa situation de travail, en lui offrant les conditions nécessaires afin qu'il soit en mesure de mobiliser les ressources requises.

^{xiii} Selon le modèle élaboré par Guy Le Boterf, dans *Construire les compétences individuelles et collectives – Agir avec compétence, les réponses à plus de 100 questions*, 7^e édition, Éditions Eyrolles, 302 pages.

La compétence concerne tant la réalisation des activités caractérisées par la répétition des gestes, la routine, l'exécution des consignes strictes, lesquelles assurent notamment la sécurité du résident, mais aussi les situations plus complexes qui exigent la prise d'initiative et l'innovation, par exemple, et qui permettent de faire face aux événements imprévus. La compétence relevant uniquement des ressources individuelles perd son sens ici et dépasse, de par la complexité des situations professionnelles rencontrées dans les CHSLD, la préoccupation vieille de plusieurs décennies qui visait strictement l'acquisition des compétences individuelles. Ainsi, le défi, dans le réseau, se situe notamment dans la capacité des établissements à proposer ainsi qu'à mettre à la disposition du personnel les conditions favorables en vue de maximiser les chances que les activités réalisées par les différents professionnels et intervenants le soient de façon optimale. Ce qui est entendu ici, c'est donc l'idée d'une responsabilité partagée entre l'employé et son établissement, lequel le soutient en vue de façonner graduellement des parcours professionnels par une offre élargie d'occasions lui permettant d'acquérir ou de consolider ses connaissances.

La quête d'une intervention compétente implique également un mode de collaboration à l'intérieur même des équipes et, nécessairement, un assouplissement des structures afin de parvenir, au-delà de l'exécution des tâches routinières de travail, à la réalisation d'activités plus complexes nécessitant l'innovation ou la prise d'initiatives, par exemple. Ainsi un travail de sensibilisation et un engagement de l'organisation à soutenir les approches valorisées pourront réduire les contraintes à l'application des pratiques reconnues pour s'éloigner d'une culture axée sur la tâche. L'acquisition et le renforcement des compétences a un effet positif sur l'autonomie dont fait preuve l'intervenant dans l'exercice de ses rôles et de ses responsabilités. Plus encore, la compréhension des activités respectives autant que de celles des zones partagées^{xiv} est essentielle lorsque l'objectif est d'offrir des soins de grande qualité à la clientèle par un partage optimal des compétences entre intervenants. Finalement, l'objectif à atteindre est la compétence dans les activités réalisées par l'intervenant, laquelle est construite à partir de l'utilisation de ses connaissances, de ses ressources personnelles, mais également celles de son environnement.

La variété et la complexité des besoins à combler chez la clientèle des établissements de soins de longue durée ainsi que le rôle, à la fois de dépistage, d'évaluation et de suivi, de l'équipe de soins infirmiers ou le rôle de l'équipe de nutrition, pour repérer les troubles de la déglutition par exemple, requièrent un processus d'acquisition de connaissances spécifiques ciblées et organisées vers une approche gériatrique intégrale, qui couvre les soins palliatifs et de fin de vie, d'alimentation, etc. Il semble clair qu'une avenue prometteuse consiste en l'accès des CHSLD aux bonnes pratiques conduisant au foisonnement d'actions compétentes notamment par la facilité d'accès aux documents, aux outils et aux pratiques exemplaires. Miser sur des approches reconnues ou de bonnes pratiques est une façon judicieuse, pour un établissement, d'offrir à son personnel de nouvelles occasions d'apprentissage. Mentionnons, à titre d'exemple, le programme d'orientation et d'intégration des nouveaux employés, qui permet l'accompagnement du personnel infirmier de la relève au cours des premières années de pratique par différentes activités, notamment le préceptorat. Un programme qui reconnaît l'importance de la période de transition chez le personnel infirmier débutant et qui compte, parmi les avantages souhaités, la rétention du personnel de soins et, indirectement, la stabilité des équipes. Soulignons aussi le Programme de développement des compétences, lequel commande un engagement certain de l'établissement au regard de la démarche d'élaboration. En effet, sa responsabilité consiste en la réalisation d'un référentiel de compétences, l'élaboration d'outils utiles pour effectuer le bilan individuel et collectif des compétences acquises à consolider et, finalement, à former des plans individualisés de d'acquisition et de renforcement des compétences.

^{xiv} Voir annexe 2. Partage des rôles et responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement.

Le présent cadre de référence propose de donner une impulsion aux établissements de soins de longue durée, mais se veut aussi une réponse aux préoccupations du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec qui, en 2009, s'inquiétait de l'utilisation sous optimale des compétences des professionnels. « En effet, la formation continue donnée isolément est insuffisante; elle doit être associée à des mesures de soutien et de suivi pour assurer la pérennité du changement. Il est, en effet, reconnu que la formation continue sera plus efficace si elle a lieu au sein même des milieux cliniques puisque le transfert des apprentissages est ainsi grandement facilité ». Voici, à titre d'exemple, des pratiques qui peuvent être adoptées par les établissements et les directions concernés et qui ont porté fruit : les discussions d'équipe, le bilan de compétences, l'accompagnement, le préceptorat, le mentorat, les dispositifs d'orientation, le compagnonnage, le tutorat, les situations de formation en salle, les situations de formation simulée, les situations d'analyse de pratiques, la mise en situation réelle de travail, la mise à la disposition de réseaux de ressources (personnes ressources, etc.) et la gestion du temps laissant la place à la discussion d'expériences et à la coopération. Ces échanges donnent naissance à un langage commun ainsi qu'à des compréhensions réciproques qui permettront la collaboration. Pour mettre en place ces activités et accompagner, par exemple, les membres de l'équipe de soins infirmiers, l'établissement peut mettre en place dans les CHSLD, comme dans tout autre secteur de soins, du personnel infirmier en pratique avancée (détenteur d'une maîtrise). Ces personnes ont pour mandat, entre autres, l'acquisition et le renforcement des compétences des équipes et la qualité des soins infirmiers, en collaboration avec un cadre de proximité (personnel infirmier chef d'unité, chef de service).

En ce qui concerne les sujets traités et abordés en situation d'apprentissage, en voici quelques-uns sur lesquels le personnel devrait être formé : le statut physique de la personne âgée, l'alimentation (et les problématiques qui y sont associées), les troubles cognitifs, la prévention et la gestion des SCPD, les interventions non pharmacologiques, la collaboration interprofessionnelle, l'aspect psychologique, l'aspect social, la prescription d'un nombre élevé de médicaments, les soins de plaies, l'aspect spirituel, les compétences relationnelles, les compétences communicationnelles avec le résident et ses proches relativement aux troubles cognitifs, les soins palliatifs et de fin de vie, le rôle et la contribution de l'équipe, le respect des droits et de la dignité et la prévention de la négligence et des abus, le leadership clinique, le travail d'équipe et les profils de compétences de l'approche « usager partenaire ». Les formations peuvent s'adresser à un ou plusieurs groupes, selon les champs d'exercice et les rôles de chacun. En priorité, toutefois, les CHSLD doivent mettre l'accent sur les troubles cognitifs et la prévention et la gestion des SCPD ainsi que sur les soins palliatifs et de fin de vie.

Par ailleurs, des compétences actualisées chez le personnel des CHSLD permettront de soutenir et de bonifier les programmes de prévention. En effet, dans le Plan d'action 2005-2010^{xv}, dont les objectifs ont été reconduits, on réitère que « [...] le manque de mesures de prévention dans les services de santé accélère souvent la perte d'autonomie et augmente les besoins en services de longue durée. D'un autre côté, la faiblesse des services de longue durée se traduit toujours par des coûts importants pour les services de santé (recours à l'urgence, aux services médicaux et à l'hospitalisation). Les effets de ces lacunes ont été mesurés ».^{xvi} La pratique préventive en CHSLD doit être bonifiée, reconnaissant ainsi qu'une variété de problématiques agissent sur la qualité de vie du résident hébergé^{xvii} et donc par le fait même sur la qualité des soins et des services offerts. On pense, par exemple à la dénutrition, aux troubles de la déglutition, à la déshydratation, à la prévention des problèmes buccodentaires, à la maltraitance, à la prévention de l'isolement, à la revue de la médication (polymédication), à la prévention des plaies de pression, à la prévention des incapacités, au changement de position, à la mobilisation des patients immobiles, à la surveillance accrue lors des repas, etc. La pratique actuelle et segmentée ne permet pas de potentialiser les avantages des programmes de prévention existants.

^{xv} Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie – *Un défi de solidarité*, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 29.

^{xvi} Voir, en particulier, Marcus J., Hollander, *Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services* (<http://www.homecarestudy.com/reports/>), 2001.

^{xvii} La déshydratation ou certains médicaments peuvent entraîner un délirium en quelques heures (Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Cadre de référence, Gouvernement du Québec, 2011, p. IX. « La polymédication est un important facteur de risque de chute chez les personnes âgées. La prise d'anti-dépresseurs est souvent en cause dans les chutes des personnes âgées même si la prescription de tels médicaments peut être justifiée. (Greenawalt. (2009) cité dans Maillé, Martine, « La polymédication chez la personne âgée – Reconnaître les effets secondaires », dans *Perspective infirmière*, mai-juin 2010, https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2010_vol07_n03/20_Polymedication.pdf).

Orientation

L'établissement (le CHSLD public, le CHSLD privé conventionné, le CHSLD privé non conventionné ou tout établissement qui a une entente d'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée) doit prendre les mesures nécessaires pour assurer l'acquisition et le renforcement des compétences du personnel, et ce, en fonction des besoins de la clientèle ainsi que des rôles, des responsabilités et des compétences de chacun.

Objectifs poursuivis

- Veiller à ce que le personnel possède les compétences requises afin d'assurer des soins et des services de qualité, sécuritaires et adaptés aux besoins variés et évolutifs des personnes hébergées dans les CHSLD.
- Favoriser un environnement de travail qui permette l'attraction, la rétention et la stabilisation des équipes.
- Offrir une variété de ressources et le soutien clinique permettant la mobilisation et la construction de compétences individuelles et collectives.
- Bonifier la pratique préventive et diminuer la demande de soins grâce aux interventions en amont.
- Favoriser la mobilisation des connaissances et des ressources personnelles des employés et de leur environnement.
- Veiller à la sensibilisation et à l'engagement de l'organisation à soutenir les approches valorisées.
- Valoriser et favoriser l'innovation dans l'acquisition de compétences, le leadership et l'autonomie professionnelle par un appui et une souplesse de la direction.

Normes

- L'organisation doit s'assurer que, lors de toute nouvelle embauche, le préposé aux bénéficiaires possède les compétences requises à l'exercice des activités ou qu'il soit en cours de formation en soins infirmiers. Ces compétences font référence au savoir, au savoir-faire et au savoir-être, lesquels doivent être sanctionnés dans un programme élaboré par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES).
- Advenant le cas où les personnes nouvellement embauchées à titre de préposés aux bénéficiaires ne possèdent pas ces compétences, l'organisation doit mettre en place, dès leur entrée en fonction, et jusqu'à l'atteinte complète des compétences, les mesures^{xviii} qui s'imposent afin de garantir des services de qualité, sécuritaires, adaptés aux besoins des usagers et en conformité avec la vision et les valeurs des CHSLD^{xix}. Un préposé aux bénéficiaires doit impérativement être accompagné lors de la réalisation, auprès d'un résident, d'une tâche ou d'un soin relativement auquel il n'a pas été formé ou n'a pas encore acquis les compétences.
- Un programme d'orientation et d'intégration des nouveaux employés qui utilise des modes d'apprentissage variés, contemporains et innovants est en vigueur.
- Un programme structuré et personnalisé d'acquisition et de renforcement des compétences est en vigueur, à l'entrée en fonction, et de façon continue, de chacun des membres du personnel.

^{xviii} Bilan des compétences, préceptorat, plans individualisés de développement des compétences, accompagnement, compagnonnage, tutorat, situations de formation simulées, mise en situation réelle de travail, mise à la disposition d'un réseau de ressources, etc.

^{xix} Vision et valeurs : Le soutien au maintien de l'autonomie, le respect de la capacité des personnes à prendre des décisions sur des questions qui les concernent, la reconnaissance du fait que l'usager et sa famille ont le double statut d'usagers et de partenaires; la promotion d'un accompagnement personnalisé respectueux de l'identité, de la dignité et de l'intimité du résident. Voir le document d'introduction.

- Des programmes de prévention sont ajoutés – ou intégrés à ceux existants – afin de permettre d’agir sur les déterminants de la qualité de vie du résident dans une approche globale.
- Des stratégies de suivi et de soutien clinique sont mises en œuvre afin d’assurer le transfert des connaissances dans l’action.
- Un bilan individualisé des compétences est effectué auprès de chacun des membres du personnel afin de déterminer les compétences acquises et celles à consolider ou à acquérir (en fonction des compétences minimales requises). Un bilan doit être réalisé lors de l’entrée en fonction et être refait en fonction de changements de responsabilités ou de contexte de travail (nouvelle clientèle, nouvelle technologie ou pratique).
- Un plan individualisé d’acquisition et de renforcement des compétences est en vigueur afin de s’assurer de la réalisation des objectifs poursuivis.
- Le perfectionnement des pratiques et le soutien clinique de l’équipe de soins infirmiers doivent être assumés par un ou des membres de la direction des soins infirmiers.

2. Zones de partage des compétences, collaboration et travail en interdisciplinarité

Défis et description

La contribution de tous les membres du personnel à l'atteinte des objectifs de qualité des soins et des services n'est plus à démontrer. Il s'agit d'un véritable travail de collaboration où chacun est appelé à apporter sa contribution à la qualité des soins et des services offerts aux résidents des CHSLD. Si chacun des membres de l'équipe de soins infirmiers a un rôle précis et complémentaire à jouer, qui doit être compris et respecté par tous, des zones de partage des compétences existent toutefois et doivent être mises à profit. Par exemple, dans cette même équipe que forme tous les membres du personnel de soins, l'observation, le partage d'information et la collaboration sont des activités partagées par tous, alors que dispenser les soins aux personnes hébergées et consigner l'information dans les dossiers sont des responsabilités qui ne sont partagées que par le personnel infirmier et les auxiliaires. Il importe donc, dans une optique d'utilisation judicieuse du personnel, que ces zones de partage soient définies et circonscrites « afin de les réorganiser et de diminuer l'ambiguïté concernant la contribution de chacun ».^{xx}

Pour qu'il puisse se concrétiser et se poursuivre dans la durée, un tel partage des compétences repose nécessairement sur un travail de collaboration. Cette collaboration peut être définie comme un processus « (...) de communication et de prise de décision qui permet aux compétences et aux aptitudes distinctes et partagées des intervenants en santé d'influencer de façon synergique les soins offerts aux patients » et requiert, pour se concrétiser, un esprit de coopération, un partage de savoir-faire, un degré d'autonomie qui respecte les compétences de chacun, une communication bidirectionnelle et, surtout, la confiance et le respect mutuels. Elle doit également, pour être efficace et limiter la menace à l'identité professionnelle, reposer sur la clarification des rôles et des responsabilités par la connaissance de son propre rôle et de celui de ses collègues. Cette connaissance a pour avantage, d'une part, de diminuer le chevauchement des tâches (tous font la même chose), la confusion (tous font n'importe quoi) et, d'autre part, de mettre à profit le savoir-faire et les compétences des divers professionnels et intervenants.

En ce qui concerne le travail en interdisciplinarité, les orientations ministérielles Un milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD (2003) le décrivent comme l'une des caractéristiques d'une démarche centrée sur la personne, parce qu'il « favorise une approche globale, permet une compréhension intégrée de la personne et met à profit des savoirs qui, autrement, seraient fragmentés ».^{xxi} Plus encore, l'interdisciplinarité représente une pratique organisationnelle désormais incontournable^{xxii, xxiii}, puisque la complexité des situations vécues par les résidents qui vivent dans les CHSLD et le nombre de professionnels qui doivent intervenir auprès de ceux-ci commandent une collaboration organisée et structurée lorsque l'objectif est la qualité des soins et des services offerts aux résidents.

Interdisciplinarité^{xxiv}

- Une unité fonctionnelle qui prend place dans un espace commun et se compose de professionnels aux compétences variées, collaborant à la poursuite d'un même but ne pouvant être atteint que par l'équipe.

^{xx} Voir, dans l'annexe 2, le Partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement.

^{xxi} MSSS. (2003). Un milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles, p. 12.

^{xxii} Voyer, Philippe. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Éditions ERPI, p. 661-668.

^{xxiii} Voyer, Philippe, (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Éditions ERPI, p. 666.

^{xxiv} Définition tirée de Voyer, Philippe. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Édition du nouveau pédagogique inc., p. 661.

Les modes de collaboration varient beaucoup d'un milieu à un autre^{xxv} et le travail interdisciplinaire est souvent confondu avec le travail pluridisciplinaire, lequel consiste en la juxtaposition de quelques disciplines plus ou moins voisines où les membres y travaillent de manière parallèle et indépendante vers un objectif qui est néanmoins aussi commun et partagé. Par contre, cette collaboration ne permet pas, à l'instar de l'interdisciplinarité, la naissance de nouvelles perspectives, ni l'exercice d'une pratique professionnelle collaborative où l'interaction et l'enrichissement mutuels sont des exigences préalables à une approche globale reposant sur une compréhension holistique. Si le travail de collaboration comporte plusieurs avantages, dont des soins de qualité et sécuritaires fournis aux patients et une satisfaction à la hausse chez le personnel soignant, il demande également un effort important de planification si l'on veut que le travail de chacun des membres de l'équipe soit efficace, et ce, dans le respect des connaissances et des compétences de chacun. Pour soutenir un tel travail de collaboration, les établissements doivent mettre en œuvre différentes stratégies (des rencontres d'équipe hebdomadaires, l'élaboration d'un cadre de référence sur le travail de collaboration, la mise en place de mécanismes de communication, etc.).

Une collaboration interdisciplinaire effective, ayant pour point de départ la compréhension des rôles et des responsabilités de chacun^{xxvi}, implique aussi la recherche d'un engagement des différentes classes d'emplois vers la qualité des soins et des services au résident et à ses proches. Cette exigence de qualité commande une volonté partagée ainsi qu'une reconnaissance du pouvoir de contribution de chacun à la qualité de vie du résident. « Lorsqu'elles sont alliées, les connaissances et les compétences communes des professionnels de la santé forment un puissant mécanisme pour améliorer la santé de la population servie. »^{xxvii} Ainsi, planifiées et organisées, l'implication et la collaboration des professionnels et des intervenants^{xxviii}, du résident et de ses proches, conduisent à un travail de coopération interdisciplinaire dirigé vers cet objectif bien précis, soit la recherche de la qualité de vie du résident par des soins et des services adaptés et individualisés. En somme, afin de pouvoir réellement mesurer et apprécier les avantages du travail de collaboration, les gestes et la vision du personnel des CHSLD doivent traverser les frontières de la plus petite unité de travail et s'inscrire dans une logique d'envergure essentiellement tournée vers les besoins particuliers du résident. Ainsi, tout le personnel est réputé avoir le pouvoir de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie du résident.

xxv « Une récente étude du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) a été menée auprès d'intervenants, de gestionnaires de premier niveau ainsi qu'auprès de cadres intermédiaires et supérieurs employés dans 29 établissements québécois incluant des centres hospitaliers, des centres locaux de soins communautaires, des centres de réadaptation, des centres d'hébergement de soins de longue durée, des centres jeunesse, des unités de médecine familiale ainsi qu'une maison de naissance. Au total, 507 personnes ont participé à l'étude sur les besoins de formation continue en lien avec la collaboration interprofessionnelle dans les établissements (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux [RCPI], 2010). On y apprend que, bien qu'une majorité de répondants (75 %) considère la collaboration interprofessionnelle comme une intention clairement énoncée dans la vision et les valeurs de leur établissement, seulement le tiers des répondants croit que leur milieu distingue et utilise bien les divers modes de collaboration et qu'il reconnaît bien les divers facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle. De plus, une forte majorité (76 %) considère leur établissement très faiblement, faiblement ou moyennement capable d'évaluer, à l'aide d'indicateurs de suivi appropriés, l'apport de la collaboration interprofessionnelle dans le processus d'amélioration de la qualité des soins et des services rendus. », dans Careau, Emmanuelle. (2013) Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval, dans le cadre du programme de doctorat en médecine expérimentale pour l'obtention du grade de Philosophiae doctor (Ph. D.), Faculté de médecine, p. 21.

xxvi Voir la section *Pratiques cliniques et services spécifiques – Optimisation des rôles et des responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers*.

xxvii Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, (2005). Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires. Ottawa. Tiré de <http://www.eicp.ca/fr/principles/sept/ACIS-Principes-et-cadres-sept.pdf>

xxviii Du pharmacien (effets du moment de la prise de la médication sur l'appétit), du médecin (résultats obtenus à l'aide des médicaments au regard du problème à traiter), du nutritionniste (risques de dénutrition, de l'appétit, plaies de pression, délirium), de l'ergothérapeute (positionnement adéquat comparativement à la prise alimentaire adéquate), du physiothérapeute (masse musculaire, autonomie, exercice physique), de l'équipe de soins infirmiers (évaluations, poids, plaies de pression), du préposé aux bénéficiaires (remarque d'une perte d'appétit, d'une plaie de pression, de faits inhabituels).

Enfin, pour produire les effets escomptés et en maximiser les avantages, il importe d'officialiser la collaboration à l'aide de moyens efficaces, mais surtout de ne pas négliger la composante informelle, laquelle se cristallise dans les conversations ponctuelles entre les membres du personnel et permet le partage d'information. Un milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD pertinente de façon continue et qui n'existe toutefois que par la volonté des individus. Cette composante informelle ne pourra être renforcée que par la reconnaissance, par tous, de ses avantages et par l'engagement de dépassement des limites de chacun vers la collaboration concrète avec l'autre. Les présentes orientations sollicitent donc les établissements, par leur engagement et leur leadership au regard de l'innovation et du partage des bonnes pratiques, à une organisation du travail en interdisciplinarité et entraînant par le fait même les avantages attendus, soit la qualité des soins et des services offerts aux résidents, une plus grande satisfaction au travail et une augmentation des connaissances en raison du partage entre disciplines ou professions. De plus, par son approche holistique, cette pratique organisationnelle répond mieux aux besoins du résident et reconnaît les contributions spécifiques et partagées de chacun des professionnels au regard de l'état de santé global du résident. Finalement, ce type de collaboration permet aussi d'améliorer l'organisation, la planification, la coordination et la gestion des soins et des services aux résidents; le suivi est alors plus adapté à la situation de la personne hébergée.

Orientation

L'établissement (le CHSLD public, le CHSLD privé conventionné, le CHSLD privé non conventionné ou tout établissement qui a une entente d'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée) doit, par l'entremise de la Direction des soins infirmiers et son équipe, prendre les mesures nécessaires pour assurer la collaboration et le travail en interdisciplinarité.

Objectifs poursuivis

- Favoriser une approche globale, une compréhension intégrée et un suivi adapté aux besoins du résident.
- Optimiser l'organisation, la planification, la coordination, la gestion et la dispensation des soins et des services.
- Potentialiser les compétences et les aptitudes distinctes et partagées du personnel.

Normes

- Le travail de collaboration interdisciplinaire (formel et informel) est soutenu et encouragé au moyen de stratégies variées.
- L'établissement planifie et réalise l'évaluation de la collaboration interdisciplinaire et la détermination des actions visant à l'intensifier ou à la renforcer.
- Le travail en interdisciplinarité est planifié, organisé, soutenu et réalisé hebdomadairement. Les professionnels concernés directement ou indirectement par le plan d'intervention d'un résident doivent participer à la rencontre.
- L'établissement fait preuve de leadership au regard de la promotion, de la diffusion des pratiques exemplaires et de l'amélioration de celles qui présentent des lacunes en matière de collaboration interdisciplinaire.
- Des outils, des techniques de communication structurée et de prise de décision, des règles précises de fonctionnement sont mis en place (ex. : séances d'information, séances-bilans, langage critique, langage commun, communication en boucle fermée, écoute active, annonces, etc.).

PRATIQUES CLINIQUES ET SERVICES SPÉCIFIQUES

1. Optimisation des rôles et des responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers

Défis et description

La priorisation d'une réorganisation des soins et du travail reposant sur une utilisation judicieuse des ressources, soit le personnel infirmier, y compris les infirmiers auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, vise à permettre à chaque membre de l'équipe de soins infirmiers de jouer pleinement son rôle, dans le respect des compétences de chacun, tout en travaillant dans une dynamique de collaboration. Pour ce faire, il importe de procéder à la clarification et à l'optimisation des rôles et des responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers d'un CHSLD. Un tel exercice nécessite d'abord de préciser les activités qui concernent un membre précis de l'équipe de soins infirmiers, pour ensuite circonscrire celles qui pourront être partagées ou déléguées à d'autres professionnels ou intervenants. Afin que ce nouveau partage des rôles et des responsabilités se concrétise dans le travail quotidien du personnel soignant du CHSLD, cet exercice devra impérativement mettre à contribution l'ensemble des membres de l'équipe de soins infirmiers, tout comme la direction de l'établissement concerné, et ce, dans une optique de travail de collaboration. Il va sans dire que l'intérêt de la pratique collaborative interprofessionnelle et la contribution des autres directions et équipes auprès des résidents, en soutien à l'équipe de soins infirmiers, revêt alors une importance de taille afin de rendre effective l'optimisation de la contribution de l'équipe soignante.

Une contribution unique de chaque membre de l'équipe de soins

En vertu de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, l'**infirmière** a donc la responsabilité d'évaluer l'état de santé d'une personne, de déterminer et d'assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, de prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de rétablir et de prévenir la maladie et de fournir les soins palliatifs. Le nouveau champ d'exercice en vigueur depuis 2003 lui consacre une plus grande autonomie, confirme son jugement clinique, particulièrement dans l'évaluation de l'état de santé physique et mental ainsi que dans l'évaluation de l'environnement physique et social d'une personne. La Loi reconnaît la capacité du personnel infirmier sur le plan de l'évaluation initiale ou de la surveillance clinique et attribue à ce dernier la responsabilité du suivi infirmier des usagers aux prises avec des problèmes de santé complexes ainsi que l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. Elle confère également au personnel infirmier le savoir-faire et la capacité de décision en matière de soins et de traitements infirmiers concernant l'ensemble de l'équipe de soins.

Dans un CHSLD, le personnel infirmier joue un rôle de chef d'orchestre et de leader clinique de son équipe. Elle se doit d'être en mesure « de prioriser constamment et d'exercer un leadership clinique et professionnel mobilisateur pour mettre à profit la contribution de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité aux résidents » (OIIQ, 2014, p. 7).

Pour exercer pleinement un tel rôle dans un CHSLD, le personnel infirmier « doit donc être disponible et son plan de travail doit refléter cette réalité » (Comité aviseur, 2014, p. 9). Toutefois, on ne peut que constater que le personnel infirmier n'a pas souvent la disponibilité nécessaire pour accomplir ses responsabilités cliniques. Ce dernier y consacre une part significative de son temps à des activités administratives (prendre des rendez-vous pour un résident chez un spécialiste, commander des fournitures médicales, etc.), alors que la dimension clinique de son travail devrait prévaloir^{xxxix}. Le pourcentage des activités cliniques du personnel infirmier ou des auxiliaires devrait se situer autour de 80 %^{xxx}. Utiliser judicieusement les compétences et le savoir-faire du personnel infirmier exige de confier à un autre intervenant du CHSLD une partie des activités administratives « pour ainsi recentrer les activités de l'infirmière à l'intérieur de son champ d'exercice spécifique et relié aux activités réservées par la loi 90 »^{xxxi}. À cet égard, des établissements ont déjà décidé d'ajouter du soutien administratif à leur équipe de soins pour ainsi libérer le personnel infirmier et le rapprocher de son équipe, du résident et de ses proches. Il est essentiel de rappeler l'importance de mobiliser l'ensemble du personnel aux moments les plus occupés dans les activités qui se déroulent dans un CHSLD. Notamment, il convient de s'assurer de la présence des préposés aux bénéficiaires pendant l'heure des repas des résidents. Par exemple, certains établissements font en sorte que le personnel du secteur alimentaire fasse le service aux tables. D'une autre façon, et toujours dans une optique d'occupation pleine et entière du champ d'exercice du personnel infirmier, il est essentiel que les activités cliniques réalisées par le personnel infirmier fassent l'objet d'une révision afin de déterminer celles qui nécessitent ses compétences spécifiques et celles pouvant être déléguées aux autres professionnels et intervenants de l'équipe de soins infirmiers (ex. : l'administration de médicaments doit être confiée prioritairement aux infirmiers et infirmières auxiliaires) et aussi à des intervenants d'autres secteurs.

Sous la supervision directe du personnel infirmier, **l'infirmière auxiliaire** contribue quant à elle à l'évaluation et à la réalisation du plan de soins et à la surveillance clinique et elle donne les soins médicaux et infirmiers. La « contribution » de l'infirmière auxiliaire à l'évaluation et à l'élaboration du plan de soins est donc, en vertu de la Loi, une activité réservée en soi. Cette notion de « contribution » signifie une aide apportée à la réalisation de l'activité réservée à un autre professionnel. Cependant, l'infirmière auxiliaire ne peut entreprendre l'exécution de l'activité en question ni l'exercer en toute autonomie, mais doit plutôt agir en collaboration avec le professionnel à qui l'activité a été réservée en totalité : l'étendue de cette contribution étant définie par ce même professionnel^{xxxii}. Par exemple, l'infirmière auxiliaire peut, dans le contexte de sa contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan de soins, procéder à la collecte d'informations, « ... contribuer à la réalisation du plan de soins et du plan thérapeutique infirmier (PTI), communiquer ses observations verbalement et/ou par écrit, participer aux réunions des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires et remplir toutes les autres fonctions que lui confie l'infirmière ou l'établissement »^{xxxiii}. Considérant l'alourdissement du profil de la clientèle des CHSLD et le nombre limité des effectifs infirmiers dans les CHSLD, il va sans dire que leur « contribution » à l'évaluation et à la planification est essentielle et doit être privilégiée. Dans un contexte d'utilisation optimale des ressources, il est également indispensable de recentrer les activités de l'infirmière auxiliaire dans son champ de compétence et d'augmenter son temps de présence auprès des résidents. Les activités de l'infirmière auxiliaire dans un CHSLD doivent donc, à l'instar de celles de l'infirmière, être revues et circonscrites, ce qui permettra de déterminer celles qui peuvent être déléguées aux préposés aux bénéficiaires ou à d'autres intervenants qui travaillent dans le CHSLD (ex. : soins de confort, soins d'hygiène, remplissage des chariots).

^{xxxix} En effet, il n'est pas rare de constater, dans les milieux cliniques, que les demandes à caractère administratif (prise de rendez-vous, réquisition concernant du matériel défectueux, remplacement d'une personne manquante, etc.) occupent 80 % du temps du personnel infirmier. (VOYER et coll. (2013), p. 16).

^{xxx} Bourque, Monique. et coll. (2014) Recommandation du comité aviseur sur l'offre de soins infirmiers en CHSLD, document inédit, 33 p.

^{xxxi} Voyer, Philippe et coll. (2013)., Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants dans La Gérontoise, AQIG, volume 24, numéro 1, p. 16.

^{xxxii} Cyr, Nancy. (2009). Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, p. 18.

^{xxxiii} Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) (2011). Les activités professionnelles des infirmières auxiliaires : Champ d'exercice, activités réservées et autorisées, p. 8.

Enfin, en collaboration avec l'infirmière et l'infirmière auxiliaire, le **préposé aux bénéficiaires** joue un rôle fondamental auprès des résidents en comblant les besoins de base de ces derniers et en les assistant dans les activités de la vie quotidienne¹. Sa présence constante et sa connaissance approfondie des résidents, notamment au regard des habitudes et de l'histoire de vie, en font également un membre essentiel de l'équipe de soins infirmiers². À cette fin, le préposé aux bénéficiaires, nommé « intervenant accompagnateur », se voit confier un rôle majeur à jouer dans la transmission d'information³. Il doit ainsi partager rapidement au personnel infirmier, y compris les auxiliaires, voire à l'équipe interdisciplinaire, toute observation appropriée concernant une modification de l'état de santé général du résident (rougeur, essoufflement, etc.) ou du degré de participation de ce dernier aux activités quotidiennes. De plus, sa relation de grande proximité avec le résident fait du préposé aux bénéficiaires un intervenant essentiel lorsque vient le temps, pour l'équipe de soins infirmiers, de prendre une décision qui concerne le respect des besoins, des valeurs et des croyances du résident et de sa famille. Dans une optique de révision de l'organisation des soins et du travail dans les CHSLD, il importe de protéger cette proximité entre le préposé aux bénéficiaires et le résident.

Afin d'optimiser pleinement le rôle de chacun des membres de l'équipe de soins infirmiers dans les CHSLD, il s'avère donc essentiel que chacun d'entre eux soit en mesure « de définir, d'expliquer et d'assumer ses rôles et ses responsabilités dans le respect de ceux des autres »^{xxxiv, 4}. À cet égard, les établissements, et plus spécifiquement la direction des soins infirmiers de chacun de ces établissements, auront un rôle important à jouer. En plus d'entreprendre l'exercice de clarification et d'optimisation des rôles et des responsabilités dans leur établissement respectif, ils devront élaborer des stratégies novatrices (élaboration d'outils de communication, ajout d'un poste de soutien administratif, formation relative aux nouvelles responsabilités, etc.) pour ainsi venir officialiser les rôles des membres de l'équipe de soins infirmiers. Cet objectif d'affinement des rôles devra se traduire simultanément par une intégration, de la part de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers, d'une vision où le patient et ses proches sont partenaires dans l'expérience de soins et de services.

Orientation

Les établissements (les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés et les établissements qui ont une entente d'achats de services d'hébergement et de soins de longue durée) et plus spécifiquement la direction des soins infirmiers de ces établissements, en collaboration avec les directions partenaires, doivent soutenir la révision de l'organisation des soins et du travail, qui vise à clarifier et à optimiser les rôles et les responsabilités dans l'équipe de soins infirmiers.

À cette fin, ils sont tenus :

- de définir les contributions spécifiques et partagées de chacun des membres de l'équipe de soins infirmiers;
- de circonscrire les zones de partage des compétences;
- de soutenir le travail de collaboration dans l'équipe de soins infirmiers;
- de déterminer les stratégies en matière d'organisation des soins et du travail à mettre en place afin d'augmenter la présence directe de l'équipe de soins infirmiers auprès des résidents et de leur famille ou les stratégies visant à recentrer les activités des professionnels dans leur champ d'expertise respectif.

^{xxxiv} RUIS Université de Montréal (2014), Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient, p. 32.

Objectifs poursuivis

- Optimiser la contribution de chaque membre de l'équipe de soins infirmiers au processus de soins afin de s'assurer que chaque intervenant joue son rôle auprès des résidents.
- Optimiser l'exercice professionnel des soins infirmiers, comme le prévoit la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé^{xxxv 5}.
- Accroître l'efficacité dans la dispensation des soins et des services.
- Favoriser un environnement de travail qui permet l'attraction, la rétention et la stabilisation des équipes.

Normes de pratique

- Les contributions spécifiques de l'infirmière, de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires sont définies, connues et appliquées.
- Les zones de partage des compétences entre l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires sont définies, connues et appliquées.
- Le travail de collaboration dans l'équipe et en collaboration avec les membres d'autres équipes est soutenu et encouragé au moyen de stratégies variées.
- Des stratégies visant à augmenter la présence directe de l'équipe de soins infirmiers auprès des résidents et de leur famille ou des stratégies visant à recentrer les activités des professionnels dans leur champ de compétence respectif sont déterminées et mises en œuvre.

^{xxxv} Gouvernement du Québec (2002), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q., c. 33.

2. Stabilité de l'équipe de soins infirmiers auprès du résident

Défis et description

La pression exercée sur les établissements offrant des soins de longue durée due, d'une part, à l'augmentation de la demande et, d'autre part, à la fragilité de l'équilibre de l'effectif en soins infirmiers, mais aussi à l'utilisation sous-optimale du personnel, a exacerbé l'instabilité des équipes de soins infirmiers. Une stabilité fragilisée aussi par le recours soutenu aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante (MOI) laisse entrevoir qu'une révision de l'organisation des soins et du travail s'impose, afin de veiller à la continuité et à la qualité des soins et des services offerts au résident^{xxxvi}.

Autour de la recherche d'une stabilité de l'équipe soignante auprès du résident gravitent la fidélisation du personnel^{xxxvii} et l'environnement de travail de qualité permettant d'accroître l'attraction, mais surtout la rétention, entre autres, d'une relève en matière de prestation de soins de longue durée. L'objectif : la qualité de l'expérience de soins et de services au résident et à ses proches. Les effets positifs majeurs de plusieurs changements apportés en vue d'une plus grande stabilité, l'innovation organisationnelle instaurée dans certaines régions du Québec ainsi que ce que rapporte la revue de littérature scientifique sur le sujet tracent le chemin à emprunter dans des établissements où la proportion de résidents qui présentent une perte ou une réduction importante de leurs capacités cognitives atteint 70 % à 80 % de la clientèle.

On entend ici par stabilité celle où, par exemple, les personnes qui composent l'équipe de soins infirmiers sont affectées à **une seule unité**. Cette stabilité facilite alors le développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe de résidents ainsi qu'à l'équipe. Elle permet, par une meilleure connaissance du résident, d'adapter et de personnaliser les interventions et d'en assurer la continuité. La stabilité concerne également le suivi constant et régulier par une partie de l'équipe de soins infirmiers affectée à un même groupe de résidents. En effet, mentionnons l'importance d'éviter le changement fréquent des personnes qui dispensent les soins à un résident, plus particulièrement chez une clientèle qui présente des troubles de comportement et des troubles cognitifs. Par ailleurs, la stabilité du préposé aux bénéficiaires nommé « intervenant accompagnateur » auprès du résident permet, entre autres, de dépister les manifestations de douleur souvent atypiques chez la clientèle âgée, les manifestations cliniques de problèmes de santé physique ou des réactions inattendues à la médication. Cela peut se traduire, par exemple, par des résultats intéressants, tels qu'une administration moins importante de médicaments analgésiques^{xxxviii}. Une bonne connaissance de la clientèle ainsi qu'une équipe stable constituent donc des éléments de première importance.

^{xxxvi} « Le Canada est confronté, pour sa part, à un problème générationnel, les jeunes infirmières étant les plus mobiles. Une étude réalisée récemment dans ce pays conclut que des mesures s'imposent, tant au niveau organisationnel que national, pour retenir cette jeune génération : en effet, son taux de rotation est plus élevé dans les cinq premières années d'emploi (Baumann, Hunsberger et al., 2008; Lavoie Tremblay et al., 2008) » cité dans « Rotation et stabilisation du personnel infirmier » Andrea Baumann pour le Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers. (2011) Genève, CII, 38 p. (ici page 19.).

^{xxxvii} idem

^{xxxviii} Louis D. Burgio et coll. (2004). The Gerontological Society of America, Quality of Care in the Nursing Home: Effects of Staff Assignment and Work Shift, dans The Gerontologist, vol. 44, no 3, p. 375.

Comme il a été mentionné précédemment, un leadership affirmé ainsi qu'une implication des directions d'établissements au regard de l'optimisation des rôles et des responsabilités comme au chapitre de l'acquisition et du renforcement des compétences permettront de veiller à la qualité des soins et des services offerts à une clientèle en situation de vulnérabilité, en agissant du même coup sur l'attraction, la fidélisation et, en bout de ligne, sur la stabilité de l'équipe de soins infirmiers. La variété des ressources offertes, le soutien clinique actif et l'accompagnement de chaque membre de l'équipe soignante vers la construction des compétences apporteront assurance et autonomie en vue d'une prestation de soins et de services de qualité. La littérature nous indique aussi que, pour en voir naître les effets positifs, la stabilité (*consistent assignment* dans la littérature anglaise, que l'on peut aussi traduire par « affectation constante ou régulière ») doit prendre racine dans un environnement où le soutien est présent. Autrement, les objectifs ne pourront pas être atteints⁷. Cette attention portée à la prestation des services offerts au résident ainsi qu'à ses proches permettra par exemple d'assurer au résident la sécurité (prévention des chutes, des plaies, contentions, etc.), la qualité de vie et le confort associés aux soins qui lui sont prodigués. La qualité des soins et des services vise aussi, par l'assurance d'une continuité dans les interventions, un regard constant porté au maintien des capacités fonctionnelles^{xxxix}, sachant que « l'alitement ou la réduction de la mobilisation entraînent des conséquences directes sur l'indépendance fonctionnelle de la personne âgée [...] »^{xi}.

Par ailleurs, préoccupation première la qualité des soins et des services à l'utilisateur, l'optimisation de la contribution de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers pourra signifier, par exemple, une attention accordée à la proximité du personnel soignant auprès du résident, notamment du personnel infirmier, par une augmentation de ses activités cliniques (80 %). Quant à l'encadrement, la gestion de proximité du gestionnaire avec son équipe est primordiale. Le gestionnaire de proximité doit être près des équipes et offrir un encadrement et un soutien qui conduiront à une meilleure rétention et, par conséquent, auront un effet positif sur la stabilité de cette équipe. La relation développée entre l'intervenant membre de l'équipe de soins infirmiers et le résident implique des interactions quotidiennes. Les intervenants familiarisés avec les habitudes et la routine d'un résident sont en mesure de prodiguer des soins de meilleure qualité et ont un meilleur lien avec le résident^{xli, 8}.

Parmi les moyens qui servent de levier à la stabilité, mentionnons la désignation d'une « personne de référence », telle qu'un intervenant accompagnateur attribué à un résident, ce qui favorise la connaissance de l'histoire de la vie de ce résident, présentée en équipe interdisciplinaire. Dans un objectif de respect du résident et au-delà des soins d'assistance à prodiguer, un accompagnement personnalisé de qualité permet de dispenser des soins en conformité avec les orientations ministérielles^{xlii9}. Précisons encore une fois que la présence infirmière durant les trois quarts de travail (24/24 et 7/7) vient renforcer la stabilité du personnel auprès du résident en limitant considérablement les transferts des personnes âgées au service des urgences et en évitant ainsi les conséquences néfastes de ces transferts (confusion, délirium, infections, chutes, plaies et perte d'autonomie). Au sujet de la rotation, et à la lumière des résultats préliminaires qui ressortent de l'analyse^{xliii} des rapports de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie, il s'avère que plus le roulement est réduit (à trois mois et plus)^{xliiv}, meilleure est la moyenne du pointage obtenu relativement à la qualité^{xliv} des soins et des services dispensés aux résidents et inversement. Le roulement, une mesure d'exception, doit

^{xxxix} « Les études et les statistiques convergent pour indiquer des pertes fonctionnelles diverses chez 30 % à 50 % des personnes âgées hospitalisées. » *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, 2011, p. 13.

^{xi} « Ces conséquences peuvent engendrer d'autres complications chez la personne âgée à risque : délirium, déconditionnement, chutes, incontinence, perte d'autonomie fonctionnelle, constipation, déshydratation et syndrome d'immobilisation. Bien que l'alitement soit pratique courante dans nos hôpitaux, rarement la mobilisation est-elle contre-indiquée. Or, le mythe du bénéfice du repos au lit est encore très présent, particulièrement pour l'aîné. [...] » (*Idem*)

^{xli} Walker, Bonnie L. et Susan S. Harrington, « The effects of restorative care training on caregiver job satisfaction », dans *Journal for Nurses in Professional Development*, vol. 29, no 2, p. 73.

^{xlii} Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD (2004)

^{xliii} L'analyse porte sur les résultats des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD réalisées du 1^{er} d'avril 2013 au 31 décembre 2014. Au 31 décembre 2014, 88 % des CHSLD avaient été visités.

^{xliiv} Un roulement qui s'effectue à « trois mois et plus » signifie que les intervenants de l'équipe de soins infirmiers n'effectuent pas de roulement sur une période de temps qui est inférieure à trois mois.

^{xliv} La qualité des soins et des services est appréciée par l'équipe ministérielle selon différents critères, tels que l'attention soutenue et la bienveillance, le respect de l'intimité du résident, l'accompagnement et l'assistance lors des activités de la vie quotidienne (AVQ), l'accompagnement, l'information et l'assistance lors des repas, etc.).

demeurer possible dans le but de permettre un changement si une difficulté d'affinité persistait entre l'intervenant et le résident ou, par exemple, afin de rééquilibrer les charges de travail.

Rappelons brièvement qu'en période de changement, quelques principes permettent un déroulement harmonieux et l'atteinte des objectifs. Pensons notamment à la présentation et à l'implication des différents partenaires dès l'amorce du changement (syndicat, personnel, résident, etc.).

Orientation

L'établissement (le CHSLD public, le CHSLD privé conventionné, le CHSLD privé non conventionné ou tout établissement qui a une entente d'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée) doit, par l'entremise de la direction des soins infirmiers et la direction responsable du secteur, prendre les mesures nécessaires pour assurer la stabilité de l'équipe de soins infirmiers auprès du résident.

Objectifs poursuivis

- Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre stable en vue d'offrir un accompagnement personnalisé et une continuité dans les interventions, assurant ainsi des soins et des services de qualité et sécuritaires.
- Assurer le suivi clinique et également une vigilance et une surveillance, lesquelles permettent le dépistage de signes inhabituels :
 - par le soutien du développement d'une relation entre l'intervenant membre de l'équipe de soins infirmiers et le résident;
 - par des interactions quotidiennes, par la connaissance des habitudes de vie et de la routine.
- Soutenir un environnement de travail stable qui favorise l'attraction, la rétention et la stabilisation des équipes de soins infirmiers, caractérisées par le développement d'un sentiment d'appartenance entre les membres de l'équipe soignante et par le soutien de la direction.

Normes

- Chacun des résidents se voit attribuer un intervenant accompagnateur (préposé aux bénéficiaires).
- Le recours au roulement^{xlvi} est une mesure d'exception.
- Des stratégies sont mises en place en vue de s'assurer que le résident est jumelé à une équipe soignante et que ces personnes demeurent les mêmes.
- La gestion de proximité du gestionnaire auprès de l'équipe et de la clientèle est encouragée et soutenue par la direction de l'établissement.

^{xlvi} L'alternance de personnes qui se relayent ou se remplacent dans un travail ou une fonction porte le nom de roulement, par exemple le roulement de deux équipes. Office québécois de la langue française (OQLF).

ANNEXE 1 – Présence infirmière en CHSLD

Québec, le 8 mai 2014

AVIS

PRÉSENCE INFIRMIÈRE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

Considérant l'évolution des besoins de la clientèle hébergée en CHSLD au cours des dernières années.

Considérant que l'admission en CHSLD est maintenant réservée aux personnes âgées qui présentent des profils ISO-SMAF allant de 10 à 14, nécessitant une offre de service adaptée aux spécificités de cette clientèle.

Considérant que ces personnes sont aux prises avec plusieurs problèmes de santé souvent en comorbidité, ce qui complexifie les soins à dispenser.

Considérant l'importance d'offrir les services aux personnes dans leur milieu de vie plutôt que de les diriger en milieu hospitalier.

Considérant que la loi consacre à l'infirmière le savoir-faire et la capacité de décision en matière de soins et de traitements infirmiers pour l'ensemble de l'équipe de soins.

Considérant que l'infirmière est la professionnelle imputable, entre autres :

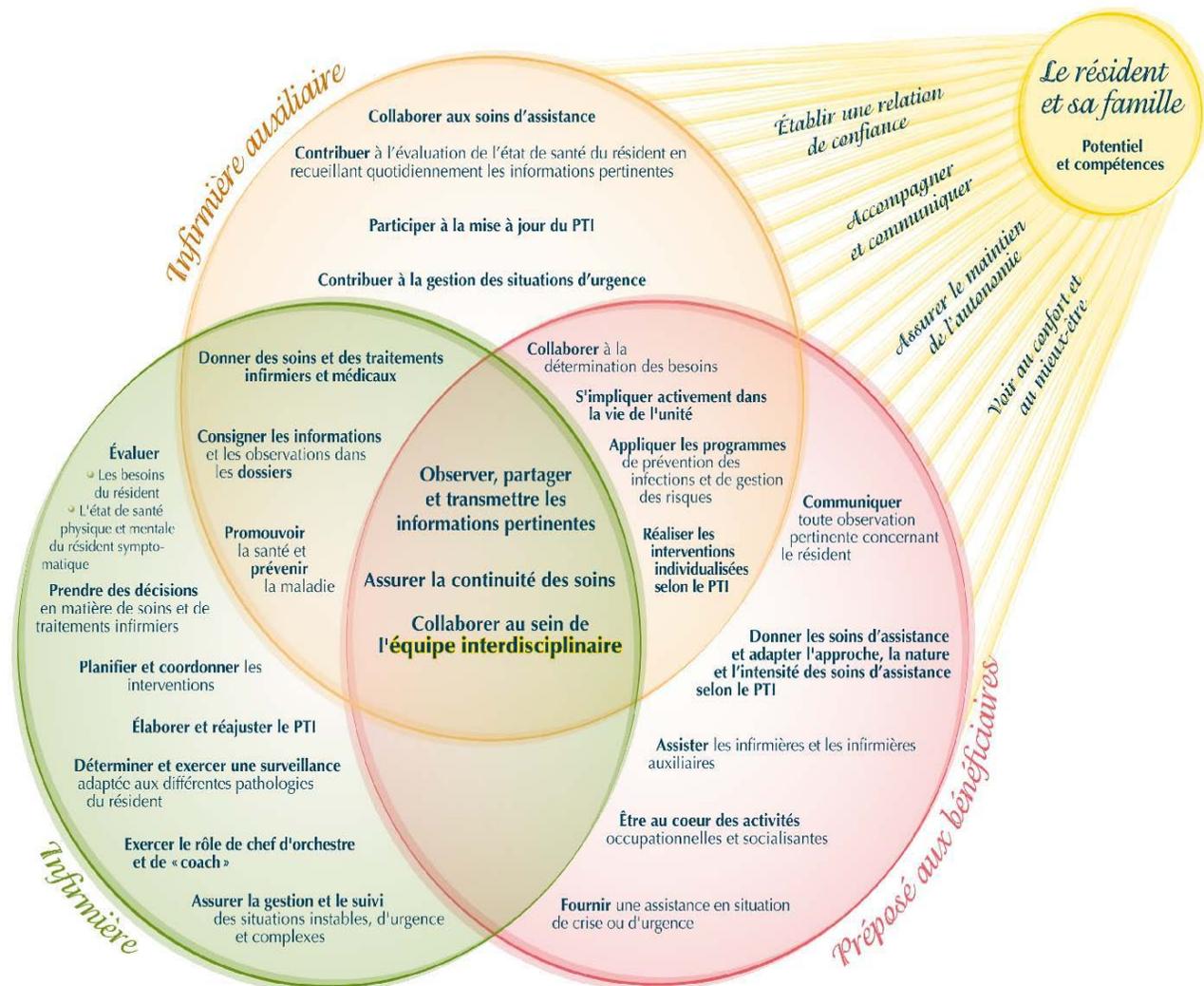
- i. De planifier la surveillance clinique des résidents à partir d'un examen clinique approprié et selon ses habiletés;
- ii. De déterminer les paramètres d'observation et de surveillance clinique à effectuer par l'équipe;
- iii. D'assurer la supervision et le leadership des rôles de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires;
- iv. D'établir ou d'ajuster le plan thérapeutique infirmier;
- v. D'établir ou d'ajuster le traitement de la plaie ou de la peau;
- vi. D'initier des mesures diagnostiques et des traitements selon les ordonnances;
- vii. De déterminer si l'on doit aviser le médecin immédiatement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande aux établissements qu'une présence infirmière, dont les modalités peuvent prendre différentes formes, soit assurée (sur place) **sur les trois quarts de travail (24/7)** dans chaque installation CHSLD, et ce, dans le but d'assurer une prestation de services sécuritaires et de qualité.

Cet avis prend effet immédiatement. Chaque établissement qui n'assure pas une présence infirmière (sur place) **sur les trois quarts de travail (24/7)** dans chaque installation doit présenter à l'agence de la santé et des services sociaux de son territoire un plan de mise en oeuvre afin de se conformer au présent avis.

L'agence doit faire parvenir au MSSS le plan de mise en oeuvre pour le 30 juin 2014.

ANNEXE 2 – PARTAGE DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT



Cyr, N. (2009). Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, p. 13

BIBLIOGRAPHIE

- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 2013, Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents, Montréal, Québec, p. 19.
- Bourque, Monique. et coll. (2014) Recommandation du comité aviseur sur l'offre de soins infirmiers en CHSLD, document inédit, 33 p.
- Cyr, Nancy. (2009). Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 31 p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2014). Mémoire, Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 31 p.
http://www.gppg.ch/web_documents/guide_de_pratique_clinique-scpd-2012-03-14.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux (2013), Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Document de consultation, 35 p.
- CSSS-IUGS (2010). Organisation du travail et revalorisation des pratiques, les rôles des membres de l'équipe de soins infirmiers en CHSLD, 89 p.
- Gouvernement du Québec (2002), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q., c. 33.
- Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, (2005).
Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires. Ottawa. Tiré de
<http://www.eicp.ca/fr/principles/sept/ACIS-Principes-et-cadres-sept.pdf>
- Louis D. Burgio et coll.(2004). The Gerontological Society of America, Quality of Care in the Nursing Home: Effects of Staff Assignment and Work Shift, dans The Gerontologist, vol. 44, no 3, p. 368 à 377.
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) (2011). Les activités professionnelles des infirmières auxiliaires : Champ d'exercice, activités réservées et autorisées, 42 pages.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2014). Mémoire – Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 31 p.
- Protecteur du citoyen. (2014). Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée — mandat d'initiative Québec, le 17 février 2014, 32 p.
- Rey, Sylvie (2012). Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre de soins de longue durée – Guide de pratique clinique pour les infirmières, CSSS de Portneuf.
- Roberts, J. et coll., 2013. Consistent Assignment of nursing Staff to Residents in Nursing Homes: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues, dans The Gerontologist advance access, 31 août, 15 pages.
- RUIS Université de Montréal (2014), Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient, 66 pages.
- Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles, 2004, 24 pages.
- Voyer, Philippe et coll. (2013). Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants dans La Gérotoise, AQIIG, volume 24, numéro 1, p. 16-21.
- Voyer, Philippe. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Édition du renouveau pédagogique inc., 754 pages.
- Walker, Bonnie L. et Susan S. Harrington, « The effects of restaurative care training on caregiver job satisfaction », dans Journal for Nurses in Professional Development, vol. 29, no 2, p. 73 à 78.