

# COMPOSITION DES ÉQUIPES DE SOINS INFIRMIERS – MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES – MAI 2025



Ce document remplace tout autre document relatif à la composition des équipes de soins infirmiers en hébergement et soins de longue durée dont celui précédemment diffusé pour les maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA).

Ce document vise une application dans les milieux de soins de longue durée des CHSLD, MDA MA et CHSLD privés conventionnés. Des orientations visant des unités de soins spécialisées pour des clientèles spécifiques telles les unités prothétiques, les unités hébergeant des clientèles présentant des troubles graves du comportement, les unités de soins palliatifs et de fin de vie ainsi que les unités de soins pour clientèle ventilo-assistée, doivent faire l'objet d'orientations complémentaires.

**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](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Publications

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-97873-2 (version 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, 2025

## LISTE DES COLLABORATEURS

### DIRECTION DES TRAVAUX

**Élizabeth Arpin**, Directrice générale adjointe et Directrice nationale des soins infirmiers  
Direction générale adjointe des affaires professionnelles et de la santé numérique  
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

**Isabelle Yelle**, Directrice intérimaire  
Direction des soins et services infirmiers  
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

### COORDINATION DES TRAVAUX ET RÉDACTION

**Karine Labarre**, conseillère, Direction des soins et services infirmiers

### COLLABORATION À LA RÉDACTION

**Maud Carrier**, conseillère  
Direction des soins et services infirmiers

**Martine Dallaire**, conseillère  
Direction des soins et services infirmiers

**Maxime Labrecque**, conseiller  
Direction des soins et services infirmiers

### SECRÉTARIAT

**Geneviève Parent**, adjointe administrative  
Direction des soins et services infirmiers

### CONSULTATIONS

#### EXPERTS

**Anne Bourbonnais**, inf. PhD  
Professeure titulaire  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

**Sylvie Rey**, inf. PhD, CSIG  
Professeure  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Philippe Voyer**, inf. PhD  
Vice-doyen aux études de 1<sup>er</sup> cycle  
et à la formation continue  
Professeur titulaire  
Faculté des sciences infirmières  
Université Laval

## RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

### **Liliane Bernier**

Directrice des soins infirmiers  
Centre intégré de santé et des services sociaux  
(CISSS) de Chaudière-Appalaches

### **Isabelle Boulianne**

Directrice des soins infirmiers  
intégré universitaire de santé et des services  
sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-St-Jean

### **Évelyne Grenier Ouimette**

Directrice générale adjointe  
Programmes santé physique généraux et spécialisés  
Directrice des soins infirmiers  
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

### **Guylaine Dupuis**

Directrice adjointe des soins infirmiers  
Volet qualité et évolution de la pratique  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### **Sandra Racine**

Directrice des soins infirmiers  
et de la santé physique  
CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **André Tessier**

Directeur du programme soutien à l'autonomie  
des personnes âgées  
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

## MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

### **Josée Arpin, directrice**

Direction des services multidisciplinaires  
Direction générale des affaires universitaires,  
médicales, infirmières et pharmaceutiques

### **Yannick Fauteux, directeur**

Direction de l'expérience employé  
Direction générale de la gestion de la  
main-d'œuvre (DGGMO)

### **François Bédard, conseiller**

Direction des soins et services infirmiers

### **Chantal Boucher**

Directrice des soins infirmiers  
CISSS de la Montérégie-Centre

### **Line Marois**

Directrice adjointe à la Direction des Centre  
soins infirmiers  
CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean

### **Julie Darveau**

Directrice des soins infirmiers  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### **Anne-Marie Denault**

Coordonnatrice pratiques professionnelles  
Direction des soins infirmiers  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### **Steve Vigneault**

Directeur programme soutien à l'autonomie  
des personnes âgées - hébergement  
CIUSSS de la Capitale Nationale

### **Annie Audet**

Directrice adjointe du programme soutien  
à l'autonomie des personnes âgées  
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

### **Luc Aucoin, directeur**

Directeur des programmes en déficience  
trouble du spectre de l'autisme et  
réadaptation – Volet adulte

### **Suzanne Lachance, conseillère**

Direction de l'expérience employé  
Direction générale de la gestion de la  
main-d'œuvre (DGGMO)

### **Kim Laflamme, conseillère**

Direction des soins et services infirmiers

**Sophie Barsetti**, chargée de projet  
Maison des aînés et maisons alternatives  
Direction générale des aînés et des proches aidants

**Stéphane Bouffard**, conseiller  
Direction des services résidentiels et d'hébergement

**Dyane Benoît**, experte-conseil  
Direction générale des aînés et des proches aidants

**Claudia Angers**, directrice  
Direction des analyses financières des établissements publics et privés  
Direction générale adjointe de la gestion financière et des politiques de financement du réseau

**Danièle Barteau**, directrice  
Direction de l'interprétation, des recours et des dossiers réseau, CPNSSS

**Johanne Roy**, conseillère  
Direction des soins et services infirmiers

#### **ORDRES PROFESSIONNELS**

**Caroline Roy**, directrice  
Direction du développement et soutien de la pratique  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**Carole Grant**, présidente  
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

**Stéphanie Fortier**, directrice  
Direction de l'encadrement de la profession  
Secrétaire du Comité d'inspection professionnelle  
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

#### **RÉVISION LINGUISTIQUE**

Les Traducteurs Unis

**Lydia Ingenito**, équipe de projet  
Maison des aînés et maisons alternatives  
Direction générale des aînés et des proches aidants

**Charlène Joyal**, conseillère  
Direction des services aux aînés et aux proches aidants

**Marie-Josée Lewis**, conseillère  
Direction générale des aînés et des proches aidants

**Marie-Claude Lapointe**, conseillère  
Direction de analyses financières des établissements publics et privés

**Julie Viel**, directrice  
Direction des conditions de travail du personnel d'encadrement et de la classification

**Joannie Belleau**, conseillère  
Direction du développement et soutien de la pratique  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**Nancy Proulx**, conseillère  
Direction générale  
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

## TABLE DES MATIERES

<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES.....</b>	<b>2</b>
<b>1. CONTEXTE .....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJECTIFS.....</b>	<b>6</b>
<b>3. RESPONSABILITÉS DES DIRECTIONS DE SOINS INFIRMIERS.....</b>	<b>7</b>
<b>4. ENJEUX IDENTIFIÉS .....</b>	<b>8</b>
<b>5. CADRES DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>9</b>
5.1 Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité.....	9
5.2 L'évaluation de la qualité des soins selon Donabedian .....	9
<b>6. PRINCIPES DIRECTEURS.....</b>	<b>10</b>
<b>7. ORGANISATION DES SOINS .....</b>	<b>11</b>
<b>8. DES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS : LES RÉSIDENTS ET PERSONNES PROCHES AIDANTES... </b>	<b>12</b>
<b>9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS : ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS.....</b>	<b>14</b>
9.1 Préposés aux bénéficiaires .....	15
9.1.1 Activités de soins non réservées pouvant être effectuées par des PAB.....	16
9.2 Infirmières auxiliaires .....	17
9.3 Infirmières.....	19
9.3.1 Étendue de la pratique infirmière .....	20
9.3.2 Droit de prescrire.....	22
9.4 Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) .....	23
<b>10. GOUVERNANCE CLINIQUE.....</b>	<b>24</b>
10.1 Gestionnaire de proximité .....	24
10.2 Infirmière occupant une fonction d'assistante .....	25
<b>11. MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS .....</b>	<b>28</b>
11.1 Modèle de dotation équilibrée.....	29
11.2 Modèle d'organisation des équipes de soins infirmiers .....	30

<b>12. PLANIFICATION ET GESTION DES EFFECTIFS .....</b>	<b>32</b>
12.1 Gouvernance relative à la planification des effectifs.....	32
12.2 Planification des effectifs.....	34
12.2.1 Répartition et ajustement des effectifs .....	35
12.3 Plan de contingence.....	36
<b>13. ÉQUIPES EN SOUTIEN.....</b>	<b>38</b>
13.1 Équipe de soutien clinique .....	38
13.2 Équipe de soutien pour les tâches cléricales, administratives et techniques .....	40
13.2.1 Soutien clérical et administratif.....	40
13.2.2 Autres fonctions.....	40
<b>14. ÉQUIPES MÉDICALE ET INTERDISCIPLINAIRE .....</b>	<b>41</b>
14.1 Médecins et infirmières praticiennes spécialisées.....	41
14.2 Équipe interdisciplinaire .....	42
<b>15. APPROCHES TECHNOLOGIQUES ET DE TÉLÉSANTÉ .....</b>	<b>42</b>
<b>16. INDICATEURS.....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXE 1 — CADRE DÉCISIONNEL DE LA COMPOSITION DU PERSONNEL INFIRMIER .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE 2 — CADRE DE RÉFÉRENCE DE DONABEDIAN (1988) .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 3 — PARTICULARITÉS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES MAISONS DES AÎNÉS ET LES MAISONS ALTERNATIVES.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 4 — LISTE NON EXHAUSTIVE D’ACTIVITÉS POUVANT ÊTRE EFFECTUÉES PAR DES RESSOURCES EN SOUTIEN OPÉRATIONNEL .....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 5 — CADRE DE GESTION DE LA PERFORMANCE EN SOINS INFIRMIERS (CAPSI).....</b>	<b>57</b>

## LISTE DES SIGLES

ASI	Assistante du supérieur immédiat
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CCSI	Conseillère cadre en soins infirmiers
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIRANO	Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSI	Conseillère en soins infirmiers
DNSSI	Direction des soins et services infirmiers du MSSS
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
EPC	Établissements privés conventionnés
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDA MA	Maison des aînés, maisons alternatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
PAB	Préposé(e) aux bénéficiaires
PCI	Prévention et contrôle des infections
PII	Plan d'intervention individualisé
PPA	Personne proche aidante
PSTI	Plan de soins et thérapeutique infirmier
PTI	Plan thérapeutique infirmier
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SLD	Soins de longue durée
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie
SRC	Société royale du Canada
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

## DÉFINITIONS

### **Activités sans valeur ajoutée**

Dans le contexte des présentes orientations, les activités sans valeur ajoutée constituent celles qui ne requièrent pas l'expertise spécifique de la personne qui les effectue. Il s'agit d'activités pouvant être effectuées par un autre membre de l'équipe de soins infirmiers ou par des ressources de soutien opérationnel. Bien qu'essentielles pour offrir les soins et les services aux résidents, ces activités ne réfèrent pas à la compétence particulière de la personne qui les réalise.

### **Acuité des soins**

Désigne la sévérité de la maladie ou de la condition du résident qui indique l'intensité de soins requis. Plus l'acuité des soins requis par le résident est élevée, plus le besoin en ressources infirmières en matière de temps et d'expertise sera important. Les composantes de l'acuité peuvent être influencées par l'apparition de la maladie, la temporalité, la gravité de l'état physique et psychologique ainsi que les aspects psychosociaux. L'acuité tend à différer selon l'environnement.

### **Collaboration avec l'équipe de soins infirmiers et collaboration intraprofessionnelle<sup>1</sup>**

La collaboration **entre les membres de l'équipe de soins infirmiers** est celle entre les soignants qui fournissent des soins infirmiers. Il s'agit essentiellement de la collaboration entre les membres de l'équipe de soins infirmiers, qu'ils soient professionnels ou non professionnels, et qui sont complémentaires dans leurs fonctions soit : les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires (PAB). Quant à la collaboration **intraprofessionnelle**, elle comprend la collaboration entre collègues infirmières, soit entre les infirmières, IPS et infirmières cliniciennes spécialisées, voire la collaboration avec les infirmières gestionnaires. Ces deux types de collaboration visent à assurer le partage d'information afin de mieux soutenir les personnes et leurs proches et d'assurer la coordination des soins et la continuité des soins ainsi que des soins de qualité et sécuritaires.

### **Complexité<sup>2</sup>**

La complexité se définit comme l'impact global d'une maladie prenant en compte différents aspects, soit la complexité des cas (pathologies, sévérité, instabilité, ...), la complexité des besoins du résident et la complexité des soins (souvent utilisé comme synonyme d'intensité de soins ou charge de travail en soins infirmiers). La complexité des soins requiert une approche multidimensionnelle où l'on doit considérer les facteurs intrinsèques du résident (santé, culture, religion, facteurs socio-économiques), les soins, les facteurs organisationnels (structure, planification) et l'environnement. En somme, la complexité intègre

---

<sup>1</sup> Pepin, Kérouac et Ducharme, 4<sup>e</sup> ed (2017)

<sup>2</sup> Busnel et ses collaborateurs (2020)

plusieurs dimensions, soit le résident et ses proches, sa condition de santé, son environnement de soins, ses besoins et la réalisation des soins en interdisciplinarité.

### **Équipe de soins infirmiers<sup>3</sup>**

Comprend l'ensemble des combinaisons possibles d'effectifs en soins infirmiers embauchés pour prodiguer des soins directs dans un contexte de prestation de soins et des services infirmiers. Elle s'étend au-delà des effectifs qui la composent, mais renvoie principalement au concept de combinaison et aux caractéristiques des membres de l'équipe, c'est-à-dire au type de personnel de soins infirmiers par leurs niveaux de formation, d'expérience clinique et de compétences.

Dans le contexte des soins de santé au Québec, les équipes de soins infirmiers regroupent essentiellement les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires (PAB) ainsi que les infirmières praticiennes spécialisées.

### **Infirmière clinicienne**

L'infirmière clinicienne est une infirmière détenant un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui exerce son champ d'exercice et ses activités réservées en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* (LII, chapitre I-8). Aussi, elle conçoit, applique et évalue des programmes de soins et participe au développement ou l'adaptation d'outils clinique et d'évaluation de la qualité des soins. Elle détient une formation universitaire de niveau baccalauréat<sup>4</sup>.

### **Infirmière occupant une fonction d'assistante**

Infirmière qui assiste l'infirmière-chef ou le supérieur immédiat dans ses fonctions en planifiant, supervisant et coordonnant les activités d'un service pour toute la durée de son quart de travail. Elle agit comme personne-ressource auprès de l'équipe de soins, de l'équipe de soutien ainsi que lors de l'intégration du personnel. Elle s'assure également de la continuité des soins ainsi que de la planification, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers<sup>5</sup>. Celle-ci collabore à l'implantation et à l'évaluation des programmes en soins infirmiers et des bonnes pratiques. Elle exerce, lorsque requis, les fonctions habituelles d'infirmière.

### **Leadership clinique<sup>6</sup>**

Le leadership clinique réfère à la capacité de l'infirmière à orienter, soutenir, coordonner et exercer une influence significative sur les soins du résident, ses proches et les autres membres de l'équipe de soins, et

---

<sup>3</sup> Éléments de définition retenus des auteurs suivants : AIIIC, 2012; Bolduc 2018; Clarke et Donaldson, 2008; Ellis et al., 2006; Harris et McGillis Hall, 2012.

<sup>4</sup> Inspiré de la nomenclature CPNSSS <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-demploi/1911-22-0>

<sup>5</sup> Descriptions des titres d'emploi 1912 ou 2489 sur site du Comité patronal de négociation du milieu de la santé et des services sociaux. Lien : <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires/nomenclature-et-mecanisme-de-modification/fiche-demploi>

<sup>6</sup> Maranda J., Lessard, L. 2017

ce, en vue d'atteindre les objectifs cliniques déterminés par l'équipe de soins avec la participation du résident et de ses proches<sup>7</sup>.

Le concept de leadership clinique des infirmières en soins directs est différent de celui qui s'exerce dans une fonction de leadership clinico-administratif par exemple, pour les infirmières occupant une fonction d'assistante ou de gestion.

### **Organisation des soins<sup>8</sup>**

Signifie la coordination de la réalisation des activités de soins infirmiers selon l'évaluation des besoins du résident et de ses proches dans une perspective de temps réel. Elle permet de faire interagir un ensemble d'éléments présents dans l'environnement de soins et qui influencent la qualité et les résultats de la prestation de soins. L'organisation des soins se traduit par les différents modes de prestation de soins.

### **Performance clinique<sup>9</sup>**

Capacité d'une organisation à acquérir et maintenir les ressources requises et à les utiliser de façon appropriée afin de produire des soins qui influencent positivement la condition de santé des résidents.

### **Soins fondamentaux<sup>10</sup>**

Désigne les soins essentiels qui doivent être donnés à toute personne soignée, souvent appelés « soins de base ». Ces soins se concentrent sur les besoins essentiels de la personne pour assurer le bien-être physique et psychosocial de la personne. Ces soins, qui requièrent des évaluations et des interventions des infirmières, se font en collaboration avec les PAB. Les termes soins fondamentaux ou soins d'assistance peuvent être utilisés dans le cadre des présentes orientations.

---

<sup>7</sup> Chavez et Yoder 2015

<sup>8</sup> Éléments de définition retenus des auteurs suivants : D'Amour, D. et Dubois, C.A. (2009); Kimball et al., 2007.

<sup>9</sup> Traduction libre de Dubois et ses collaborateurs. 2013

<sup>10</sup> Rey S. et ses collaborateurs 2022

## AVANT-PROPOS

Le Québec fait face depuis plusieurs années à divers enjeux touchant l'effectif en soins infirmiers. Ces enjeux sont amplifiés par le vieillissement de la population, la complexité croissante des soins infirmiers et la venue de nouveaux modes d'organisation du travail. Dans ce contexte, il est impératif de revoir nos pratiques et de procéder à des ajustements continus afin d'offrir des soins et services sécuritaires et de qualité conformes aux meilleures pratiques.

Dans le but de mieux cerner ces enjeux et de mettre en place des actions structurantes à leur égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a formé, en 2021, un groupe de travail national responsable d'étudier la question en collaboration avec l'ensemble de la communauté infirmière.

Le plan d'action national sur les effectifs infirmiers (PAEINF) 2022-2024 découlant du rapport du Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers a été publié le 13 mai 2022. La composition des équipes de soins infirmiers est un élément central de ce plan d'action qui adresse l'importance de la pleine occupation du champ d'exercice des infirmières et des infirmières auxiliaires dans un contexte d'efficacité et d'efficacités des soins. De plus, en 2021, le Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière a émis diverses recommandations à l'égard de l'exercice et la gestion de l'effectif infirmier. Il recommande la mise en place de directives nationales portant sur la composition des équipes de soins et sur la présence du soutien clinique, cléricale, administratif et technique à l'intention des équipes de soins infirmiers.

Parallèlement, la pandémie de COVID-19 qui a sévi au Québec et ailleurs dans le monde a eu des impacts considérables, particulièrement chez les résidents hébergés dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Des enjeux spécifiques à ces milieux en ont émergé notamment en regard de la composition des équipes de soins infirmiers.

C'est précisément dans ce contexte que les orientations ministérielles s'inscrivent. Les principes directeurs qui y sont énoncés s'adressent à tous les milieux d'hébergement et de soins de longue durée au Québec. Elles visent donc les installations de type CHSLD des établissements publics, incluant les maisons des aînés et maisons alternatives (MDA MA), ainsi que les CHSLD d'établissements privés conventionnés. Par conséquent, la philosophie et les processus de soins qui prévalent dans les MDA MA doivent également être appliqués dans les installations de type CHSLD.

## SOMMAIRE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

SECTIONS	ORIENTATIONS	
RESPONSABILITÉS DES DIRECTRICES DE SOINS INFIRMIERS	n° 1	Les DSI s'assurent de la disponibilité et de l'utilisation adéquate d'outils d'encadrement de la pratique comme les règles de soins infirmiers, les protocoles infirmiers ainsi que les protocoles médicaux et interdisciplinaires afin de soutenir l'autonomie des professionnels ainsi que la qualité et la sécurité des soins.
ORGANISATION DES SOINS	n° 2	La détermination du modèle de soins par les DSI, les directions SAPA et autres directions partenaires le cas échéant: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ permet une agilité afin de réagir aux besoins évolutifs des résidents et au contexte de travail;</li> <li>▪ met à contribution les compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers;</li> <li>▪ permet aux membres de l'équipe de soins de se centrer sur les activités à valeur ajoutée et d'éliminer les tâches cléricales, administratives et techniques;</li> <li>▪ valorise les équipes diversifiées et complémentaires;</li> <li>▪ a un impact favorable sur les indicateurs de qualité de soins et de l'expérience employé.</li> </ul>
DES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS : LES RÉSIDENTS ET LES PERSONNES PROCHES AIDANTES	n° 3	Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée tiennent compte des habitudes de vie, préférences et volontés des personnes lors de l'élaboration du plan de soins infirmiers. Le résident est au centre des décisions.
	n° 4	Les gestionnaires et l'équipe de soins infirmiers accompagnent et soutiennent les personnes proches aidantes dans leur engagement en respect de leur capacité et de leur volonté. En tant que partenaires, les PPA peuvent s'impliquer dans les soins directs s'ils le souhaitent et si la situation le permet.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS : ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS	n° 5	Les préposés aux bénéficiaires effectuent des activités en soins directs auprès des résidents, particulièrement des soins fondamentaux, des observations et des interventions de prévention du déconditionnement.
	n° 6	L'organisation des soins permet aux infirmières auxiliaires d'occuper de façon optimale leur champ d'exercice et leurs activités réservées.
	n° 7	L'organisation des soins permet aux infirmières d'occuper de façon optimale leur champ d'exercice et leurs activités réservées en priorisant les activités

SECTIONS	ORIENTATIONS	
		découlant de l'évaluation, de la surveillance et du suivi clinique ainsi que de la coordination des soins.
	n° 8	Les infirmières cliniciennes qui exercent en milieu d'hébergement et SLD sont soutenues par l'établissement et leur gestionnaire afin d'obtenir leur droit de prescrire. Des mesures de soutien à la consolidation des nouvelles compétences sont prévues à cet effet.
	n°9	La DSI et la DSAPA s'assurent que le rôle et les responsabilités des IPSPL sont bien connus de l'équipe de soins infirmiers et des autres professionnels afin qu'elles puissent évoluer dans un contexte collaboratif, éviter la fragmentation des soins ainsi que maximiser leur expertise et la pleine occupation de leur champ d'exercice différencié.
GOUVERNANCE CLINIQUE	n° 10	Les établissements s'assurent qu'il y a au minimum un gestionnaire de proximité de profession infirmière, ou une majorité en présence de plusieurs gestionnaires de proximité dans chaque installation d'hébergement et de soins de longue durée.
	n° 11	La présence en nombre suffisant d'infirmières ASI libérées d'une prise en charge directe de résidents est minimalement assurée sur les quarts de jour (installations de 40 résidents et plus) et de soir (pour les installations de 100 résidents et plus).
	n° 12	Les gestionnaires soutiennent les ASI afin qu'elles exercent leur leadership clinique ainsi que leurs fonctions de coordination des soins, de soutien clinique, de contrôle de la qualité des soins ainsi que de la gestion des plaintes et des conflits, le tout en partenariat avec l'équipe interdisciplinaire et médicale.
MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS	n° 13	La planification des effectifs en soins infirmiers se fait selon un modèle de dotation équilibrée, en tenant compte des quatre composantes, le tout en respect des dispositions locales et nationale des conventions collectives.
	n° 14	L'ajustement des effectifs de base est effectué minimalement une fois par année à la suite de l'évaluation des besoins des résidents ou lors de changement dans la condition de santé des résidents ayant un impact sur la complexité et l'intensité des soins.
	n° 15	Un modèle d'organisation des soins infirmiers de base composé d'infirmières auxiliaires et de PAB attribués à un groupe de résidents est en place, tout en misant sur l'utilisation optimale des compétences professionnelles des infirmières auxiliaires.

SECTIONS	ORIENTATIONS	
	n° 16	Les infirmières interviennent lorsqu'une situation clinique le justifie afin d'évaluer, d'assurer la surveillance et le suivi clinique ainsi que la coordination des soins des résidents sous leur responsabilité.
GOUVERNANCE ET PLANIFICATION DES EFFECTIFS	n° 17	La DSI est partie prenante de toutes révisions d'organisation des soins et variations des titres d'emplois affectant directement ou indirectement la composition des équipes de soins infirmiers. Elle doit en faire l'approbation.
	n° 18	Chaque établissement met en place des mécanismes impliquant la DSAPA, la DSI et la DRH pour veiller à la gestion efficiente des effectifs infirmiers maximisant la juste utilisation des compétences des membres de l'équipe.
PLANIFICATION DES EFFECTIFS	n° 19	La répartition des effectifs tient compte de la complexité des soins, des périodes d'éveil et habitudes de vie des résidents, du regroupement des clientèles ayant des besoins accrus et des normes relatives à la configuration des lieux physiques. Pour ce faire, la juxtaposition de quarts de travail de différentes durées est à préconiser.
	n° 20	La planification des effectifs de base de l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, PAB) se situe minimalement à <u>4,0 heures-soins par résident par 24 heures, dont au moins 1,4 à 1,6 heure-soins</u> par les infirmières et les infirmières auxiliaires (soit 35 à 40 % des heures-soins).
PLAN DE CONTINGENCE	n° 21	Un plan de contingence est élaboré pour chaque installation en hébergement et soins de longue durée. Ce plan est élaboré et approuvé en collaboration par la DSAPA, la DSI et la DRH. Il est révisé sur une base régulière.
ÉQUIPE DE SOUTIEN OPÉRATIONNEL	n° 22	L'établissement assure la présence requise de personnel de soutien clérical, administratif et technique selon les besoins des milieux afin d'optimiser l'utilisation des ressources qui effectuent les soins directs.
ÉQUIPE MÉDICALE ET INTERDISCIPLINAIRE	n° 23	La planification des effectifs médicaux et d'IPSPL se fait avec l'implication ainsi que la collaboration des directions concernées dont la DSI, la direction médicale et la direction SAPA.

## 1. CONTEXTE

Depuis 2003, l'approche milieu de vie est au cœur des orientations ministérielles pour les personnes hébergées dans les CHSLD au Québec (MSSS, 2003). Le paradigme de la qualité de vie des résidents est alors devenu central dans ces milieux qui se rapprochaient auparavant de milieux institutionnels. Depuis, un changement de culture s'est imposé afin que les résidents hébergés se sentent comme à la maison, que l'on respecte leurs habitudes de vie et que l'on favorise leur autonomie et leurs choix (INESSS, 2018).

Bien qu'il s'agisse de milieux de vie, on ne peut faire abstraction que ceux-ci hébergent des personnes ayant des problématiques de santé sévères, souvent dégénératives et à des stades avancés, et des personnes présentant des déficiences physiques, lesquelles nécessitent des soins professionnels, et non uniquement des soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne (Bourbonnais et Dubé, 2021).

C'est dans ce contexte que la conciliation milieu de vie et milieu de soins prend tout son sens afin que les personnes hébergées reçoivent les soins requis par leur condition de santé, tout en tenant compte de leurs habitudes de vie et en respect de leurs objectifs de soins. Cette conciliation doit également prendre en compte l'individualisation dans un contexte de collectivité (INESSS, 2020).

À cet effet, le Protecteur du Citoyen reconnaissait en 2021 que les CHSLD ont une double vocation, soit celle de milieu de vie et de milieu de soins complexes, alors que les interventions y sont souvent perçues comme essentiellement des activités d'assistance à la vie quotidienne (AVQ). En conséquence, il observe que l'attribution des ressources humaines est davantage orientée vers ces activités.

En 2020, la Société Royale du Canada émettait le même constat en affirmant qu'au cours des dernières années, la présence de professionnels en soins a été réduite au profit de ressources non professionnelles, diminuant ainsi l'accès aux soins requis par la complexité des soins dans ces établissements au Canada. La pandémie a mis en lumière le fait que ces installations ne peuvent être considérées uniquement comme des milieux de vie puisque la diminution, voire l'absence de soins infirmiers professionnels, a eu des impacts considérables sur la condition de santé des personnes hébergées et sur leur qualité de vie (Bourbonnais et Dubé, 2021).

La récente politique d'hébergement et de soins et de services de longue durée du ministère de la Santé et des Services sociaux (2021) témoigne d'ailleurs de l'importance d'assurer une réponse adaptée aux besoins du résident, qu'ils soient de nature physique, psychosociale ou spirituelle.

Historiquement, la structure de poste et la composition des équipes de soins infirmiers dans les milieux d'hébergement et SLD sont définies de façon statique, et non selon les données cliniques et évolutives des besoins de la clientèle. L'absence d'outil validé de mesure d'acuité des soins dans le contexte québécois d'hébergement et SLD, ainsi que les besoins évolutifs des clientèles qui diffèrent d'un établissement à l'autre, rendent difficile voire impossible la détermination avec exactitude des effectifs requis en soins infirmiers. Or, la relation entre le niveau d'effectifs et la qualité des soins n'est plus à démontrer selon les nombreuses études effectuées au cours des dernières décennies.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Voyer, P., Savoie, C., & Rey, S. (2021). Passer d'une dotation statique à une dotation équilibrée pour offrir une réponse adaptée aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Dans ce contexte, les présentes orientations adressent les principes directeurs et les concepts permettant de soutenir les décisions des gestionnaires dans la composition des équipes et l'organisation des soins infirmiers selon un nouveau paradigme de modèle de dotation flexible orientée vers la satisfaction des besoins évolutifs des résidents.<sup>12</sup> Par ailleurs, il importe de souligner que les dispositions locales et nationales des conventions collectives doivent toujours être prises en considération dans l'application des orientations.

Celles-ci tiennent également compte des conclusions des études recensées (CIRANO, 2019) stipulant notamment que l'imposition des ratios obligatoires ne suffit pas en elle-même à garantir ultimement des résultats optimaux en matière de qualité des soins et de sécurité des résidents.

Bien que ces orientations concernent spécifiquement la composition et l'utilisation optimale des compétences de l'équipe de soins infirmiers, la pratique en interdisciplinarité est sans contredit essentielle et complémentaire à l'offre en soins infirmiers afin de répondre à l'ensemble des besoins des résidents hébergés en soins de longue durée.

## 2. OBJECTIFS

Dans ce contexte, il a été convenu que la direction nationale des soins et des services infirmiers (DNSSI) au MSSS élabore des orientations ministérielles sur la composition des équipes de soins infirmiers prodiguant des soins directs. Cela inclut des principes directeurs sur la contribution de l'équipe interdisciplinaire ainsi que celle de l'équipe de soutien clinique, clérical, administratif et technique. De manière plus spécifique, ces orientations visent à :

- Maximiser la pleine utilisation des champs d'exercice de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire en optimisant le modèle d'organisation des soins;
- Miser sur les activités à valeur ajoutée effectuées par les membres de l'équipe de soins infirmiers en réduisant le plus possible celles pouvant être effectuées par des ressources cléricales, administratives et techniques, et ce, en impliquant les infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB dans une démarche réflexive;
- Soutenir l'engagement et la contribution des personnes proches aidantes (PPA) dans les soins et les accompagner dans leur expérience pendant le séjour de leur proche en hébergement et SLD;
- Optimiser le travail de l'équipe de soins infirmiers notamment avec :
  - les membres de l'équipe interdisciplinaire;
  - le personnel de soutien clinique, clérical, administratif et technique;
  - l'utilisation de la technologie et d'outils de soins simples et concis.
- Soutenir l'agilité des DSI et affirmer leur autorité en matière de distribution appropriée des effectifs infirmiers en fonction :
  - de la complexité des soins;
  - de la disponibilité et du niveau d'expertise des ressources;

---

<sup>12</sup> Des adaptations aux orientations pourraient être requises pour les milieux d'hébergement et de soins de longue durée de petite taille ou des EPC n'ayant pas la même structure organisationnelle pourraient être requises.

- de l'environnement de soins.
- Accroître la performance des soins infirmiers dans une perspective de qualité et de sécurité des soins offerts à la population.

### 3. RESPONSABILITÉS DES DIRECTIONS DE SOINS INFIRMIERS

Les responsabilités des directrices de soins infirmiers (DSI) des établissements publics, enchâssées depuis plusieurs années dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (LSSSS, article 207 et 208), ont été précisées dans la récente *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (articles 251 à 253). Les présentes orientations ministérielles ne se substituent en rien à l'imputabilité des DSI des établissements qui, en vertu de la plus récente Loi, doivent :

1. Surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés au sein de l'établissement;
2. S'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
3. S'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers au sein de l'établissement;
4. Planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins au sein de l'établissement;
5. Gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;
6. Assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général (PDG) ou le directeur général (DG) le cas échéant.

Ces orientations ministérielles sont complémentaires à ces obligations légales et soutiennent l'autorité transversale que les DSI doivent assumer pour l'ensemble des secteurs de soins, qu'ils soient ou non sous leur autorité hiérarchique. Elles doivent servir d'assises aux établissements qui auront à développer leurs propres plans d'effectifs et à déterminer la composition de l'équipe en soins infirmiers en fonction des besoins de leur clientèle.

En appui au cadre légal et basé sur le principe de gouvernance clinique, la DSI occupe un rôle transversal et doit être partie prenante des décisions touchant les soins infirmiers dans son établissement, et ce, en collaboration avec les directions programmes-services clientèles. Cette démarche doit être réalisée en conformité avec les résultats probants, les dispositions et les intentions des lois applicables<sup>13</sup>.

Cette réalité sous-tend, plus que jamais, l'exercice de leur rôle en complémentarité avec les partenaires internes et externes, en mettant de l'avant un mode de gestion qui privilégie une approche de pratique collaborative et interdisciplinaire. Il est attendu que les DSI exercent leur leadership à cet égard pour l'ensemble des secteurs de soins composés d'effectifs en soins infirmiers dans l'organisation. Les présentes orientations ministérielles constituent un levier supplémentaire pour les soutenir dans cette finalité concernant:

- La planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers;
- L'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins ;

---

<sup>13</sup> Loi sur les infirmières et les infirmiers, la « Loi 90 », la « Loi 21 », et le Code des professions

- L'intégration de processus de soins simples et efficaces;
- La pertinence et la performance des services offerts.

Il importe de rappeler que les processus de soins et les outils cliniques doivent favoriser l'autonomie et le jugement clinique des professionnels selon les situations cliniques plutôt que viser leur application systématique. Les DSI collaborent aux différentes étapes du processus menant à l'application dans la pratique des protocoles nationaux et ordonnances collectives en collaboration avec l'équipe médicale et les facilitent.

### Responsabilités des directions de soins infirmiers

#### Orientation n°1

- Les DSI s'assurent de la disponibilité et de l'utilisation adéquate d'outils d'encadrement de la pratique comme les règles de soins infirmiers, les protocoles infirmiers ainsi que les protocoles médicaux et interdisciplinaires afin de soutenir l'autonomie des professionnels ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

## 4. ENJEUX IDENTIFIÉS

Il est connu que tous les membres des équipes de soins infirmiers n'exercent pas leurs rôles et leurs responsabilités à la pleine hauteur de leur champ d'exercice. Un des objectifs du plan d'action national sur les effectifs infirmiers (PAEINF) 2022-2024 consiste à mettre en place des conditions favorables soutenant les infirmières et les infirmières auxiliaires dans la pleine occupation de leur champ d'exercice grâce à une organisation des soins efficace et efficiente.

De nombreux écarts identifiés entre les pratiques effectuées dans le réseau et les meilleures pratiques ont été recensés notamment dans des rapports d'enquête portant sur la qualité et la sécurité des soins en hébergement et en soins de longue durée. Ces constats ont servi de prémisses aux présentes orientations ministérielles :

- La disparité dans la composition des équipes de soins infirmiers en matière de proportion d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires;
- La complexité des soins dans un contexte de planification traditionnelle des effectifs;
- L'instabilité des équipes de soins infirmiers notamment en lien avec la rareté des ressources et de la difficulté d'attraction dans les milieux d'hébergement et SLD;
- La différence des environnements physiques et de soins entre les installations ayant la même mission comme les CHSLD et les MDA MA;
- L'utilisation sous-optimale des compétences professionnelles notamment concernant :
  - les activités d'évaluation et de surveillance de la condition physique et mentale par les infirmières;
  - les activités professionnelles des infirmières auxiliaires autres que celles liées à l'administration des médicaments;

- la connaissance des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe de soins infirmiers et de l'équipe interdisciplinaire.
- La réalisation de tâches sans valeur ajoutée pour toute l'équipe de soins infirmiers :
  - tâches de nature administrative réalisées couramment par des infirmières ou des infirmières auxiliaires;
  - préposés aux bénéficiaires effectuant plusieurs tâches autres qu'en soins directs;
  - tâches en lien avec une défaillance du système comme des appareils défectueux engendrant des opérations de contournement pour résoudre les problèmes.
- Le soutien clinique ainsi que le soutien cléricale, administratif ou technique inconstant, souvent insuffisant, et dont la nécessité est parfois peu reconnue;
- La disparité entre les établissements quant à l'offre de services professionnels selon les besoins des résidents ainsi que l'absence de professionnels de l'équipe interdisciplinaire les soirs et les fins de semaine affectent l'accès à ces services.

## 5. CADRES DE RÉFÉRENCE

### 5.1 Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité

Le cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité proposé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2012) est une ressource générale basée sur les preuves qui offre une approche systématique du processus décisionnel de la composition du personnel utilisable dans tous les lieux de la pratique clinique (annexe 1). Il permet d'apprécier les facteurs à prendre en considération dans la détermination de la composition d'une équipe de soins et les résultats qui en découlent. Toute décision au sujet de cette composition doit refléter le champ d'exercice des infirmières, des infirmières auxiliaires et des activités permises aux autres membres de l'équipe de soins. Ces décisions doivent se conformer à la législation, aux normes professionnelles et aux politiques des établissements. Ce cadre appuie les décisions liées à la composition du personnel au sein duquel les infirmières en soins directs appartiennent à la même catégorie, mais possèdent différents niveaux de formation et d'expérience.

Conçu pour guider le processus décisionnel au sujet de la composition du personnel, ce cadre propose quatre étapes : l'analyse, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. La prise de décision au sujet de la composition du personnel est un processus continu et les résultats de l'évaluation offrent une compréhension à la suite de laquelle il faut parfois faire des ajustements. Le cadre souligne les facteurs clés liés au résident, au personnel et à l'organisation, ainsi qu'aux indicateurs des résultats à considérer lors de l'analyse, de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des décisions concernant la composition du personnel.

### 5.2 L'évaluation de la qualité des soins selon Donabedian

Le cadre de référence de Donabedian (1988) est celui qui est le plus fréquemment utilisé pour mesurer la qualité des soins. En 2002, Irvine et ses collaborateurs en ont fait une adaptation spécifique aux soins

infirmiers. Ainsi, afin d'obtenir des résultats de soins positifs, la composition des équipes de soins et la planification des effectifs dans les milieux d'hébergement et SLD doivent tenir compte d'éléments structurels qui influenceront la prestation des soins (les processus) et les résultats de soins.



On compte parmi les éléments structurels ceux concernant :

- les résidents, leurs proches et les bénévoles;
- le personnel en soins infirmiers;
- l'environnement physique et social;
- la gouvernance.

Ces éléments diffèrent d'une installation à une autre et d'un établissement à l'autre. C'est pourquoi la composition des équipes et la planification des effectifs doivent être agiles et flexibles afin d'assurer des soins de qualité. Une liste non exhaustive d'éléments structurels est présentée en annexe 2.

Le volet des processus de ce cadre fait référence aux actions permettant d'assurer la dispensation de soins offerts aux résidents lesquels sont basés sur les meilleures pratiques cliniques, la disponibilité de personnel compétent et influencés par les modèles d'organisation de soins. La résultante du modèle permet de mettre en lumière l'impact des décisions prises à l'égard de la structure et des processus sur les résultats de soins au résident, mais également sur les membres de l'équipe de soins.

## 6. PRINCIPES DIRECTEURS

Les présentes orientations ministérielles visant à déterminer la composition des équipes de soins infirmiers s'appuient sur des principes directeurs<sup>14</sup> permettant de soutenir le processus décisionnel dans la composition des équipes et l'organisation des soins en hébergement et soins de longue durée. Les principes suivants guident l'organisation des soins infirmiers et la détermination de la composition de l'équipe :

- I. Utilisation optimale des champs d'exercice, de l'étendue de la pratique, des compétences et de l'autonomie des professionnels qui composent l'équipe de soins infirmiers, favorisant la complémentarité des rôles de chacun. Les activités de soins effectuées par les infirmières et les infirmières auxiliaires sont complémentaires et exclusivement en lien avec leur pratique professionnelle;

---

<sup>14</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2012

- II. Approche axée sur la relation et le partenariat visant à reconnaître l'unicité de chaque personne hébergée et de ses proches afin de lui offrir des soins individualisés tout en reconnaissant les forces et en valorisant l'autodétermination de la personne et de ses proches;
- III. Culture de prestation des soins et des services de bienveillance, de qualité, sécuritaire, éthique et adaptée à la diversité culturelle, sexuelle et de genre, basée sur les données probantes;
- IV. Organisation des soins flexibles permettant de s'adapter aux habitudes de vie et aux besoins des résidents, à la complexité des soins, à l'introduction de nouvelles technologies et aux diverses contraintes organisationnelles;
- V. Composition des équipes de soins infirmiers flexible afin de s'ajuster aux besoins évolutifs de la clientèle;
- VI. Trajectoires de soins permettant de soutenir, soigner et accompagner les résidents dans leur milieu de vie lors d'épisodes de soins de santé aigus ou de détérioration de l'état de santé des résidents afin d'éviter les changements de milieu de soins ou d'environnement;
- VII. Activités complémentaires aux soins directs effectuées par des ressources cléricales, administratives et techniques;
- VIII. Approche de partenariat avec les résidents et leurs proches et approche collaborative et complémentaire avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire;
- IX. Disponibilité et mise en œuvre d'un plan de formation continue et de développement des compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers en cohérence avec les spécificités des clientèles hébergées;
- X. Présence de technologies en santé facilitant les processus de soins et la continuité de l'information;
- XI. Leadership des directions de soins infirmiers (DSI) et directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ainsi que des CECII dans le processus de prise de décision visant les soins infirmiers et, le cas échéant, des directions des services de santé multidisciplinaires et des services sociaux multidisciplinaires, tout en impliquant le personnel soignant selon une perspective de pratique réflexive;
- XII. Collaboration avec des chercheurs et des milieux d'enseignement et participation à des projets de recherche en soins infirmiers.

## 7. ORGANISATION DES SOINS

L'organisation des soins ne peut reposer que sur un seul professionnel. Le contexte et l'évolution des pratiques de soins en hébergement et SLD impliquent une révision des modes de prestation des soins et de la composition des équipes de soins infirmiers. Le modèle d'organisation des soins doit pouvoir répondre à une intensification des besoins en soins des personnes hébergées ainsi qu'à leur personnalisation. Pour ce faire, l'organisation des soins doit être orientée vers une utilisation optimale des

compétences de l'ensemble des membres de l'équipe de soins infirmiers tout en tenant compte des éléments structurels pouvant influencer les processus de soins.

Ainsi, considérant notamment le principe directeur de maintien des résidents dans leur milieu de vie lors d'épisodes de soins de santé aigus, de la présence de multiples comorbidités et du risque de détérioration des conditions de santé des résidents qui en découle, le modèle d'organisation des soins infirmiers classique doit migrer vers un modèle davantage flexible afin de s'ajuster à la complexité des soins qui est variable. **Il ne suffit donc pas que de revoir la composition de l'équipe, mais il faut également adresser la manière dont les membres qui la composent travaillent ensemble (Hastings.S.E. et coll., 2016).** L'organisation des soins infirmiers requiert un changement de paradigme par rapport à la gestion traditionnelle dans les milieux d'hébergement et SLD.

Dans ce contexte, la collaboration entre la direction SAPA (DSAPA) et la DSI est requise afin d'assurer le respect des normes professionnelles, l'utilisation optimale des compétences et l'intégration des bonnes pratiques en soins infirmiers. La Direction des ressources humaines (DRH) est également incontournable en collaboration avec les DSAPA et les DSI dans la planification des effectifs, la dotation et les aspects entourant l'expérience employé. Cette collaboration s'étendra aux directions cliniques chargées de l'encadrement des pratiques professionnelles des autres disciplines, notamment les directions médicales, des services de santé multidisciplinaires et des services sociaux multidisciplinaires, le cas échéant. Dans les EPC, les directions et les gestionnaires concernés par l'organisation et la qualité des soins ainsi que les ressources humaines devront collaborer.

#### ORGANISATION DES SOINS

##### Orientation n° 2

- La détermination du modèle de soins par les DSI, les directions SAPA et autres directions partenaires le cas échéant:
  - Permet une agilité afin de réagir aux besoins évolutifs des résidents et au contexte de travail;
  - Met à contribution les compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers;
  - Permet aux membres de l'équipe de soins de se centrer sur les activités à valeur ajoutée et d'éliminer les tâches cléricales, administratives et techniques;
  - Valorise les équipes diversifiées et complémentaires;
  - A un impact favorable sur les indicateurs de qualité de soins et de l'expérience employé.

## 8. DES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS : LES RÉSIDENTS ET PERSONNES PROCHES AIDANTES

Les résidents hébergés sont au cœur des décisions qui les concernent en regard de la prestation de soins et de services adaptée à leurs besoins et leurs volontés. Le résident et ses proches participent activement à la prise de décisions qui vise à respecter sa dignité, permettre l'exercice de ses droits, soutenir son autodétermination, personnaliser ses soins afin d'assurer son mieux-être et promouvoir la bientraitance<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Politique d'hébergement et de soins et de services de longue durée, 2021.

Il s'agit donc d'un paradigme qui demande de s'adapter aux résidents et à leurs proches et non l'inverse soit, demander à ceux-ci de s'adapter aux contraintes organisationnelles.

La décision d'héberger une personne dans un milieu d'hébergement et de SLD est influencée par le besoin d'une intensité de soins et de services et par la capacité du réseau de soutien. Cette décision peut entraîner un sentiment positif aux personnes proches aidantes (PPA) soit celui d'un soulagement par rapport au fardeau ressenti et de sécurité face à la prise en charge des soins par une équipe de soins. Elle peut également faire vivre des sentiments difficiles aux PPA comme la culpabilité face au placement et du fait de ne plus pouvoir prendre soin de leur proche.<sup>16</sup> Cette décision est souvent repoussée au maximum par les PPA. Dans l'étude de Carle (2014), les PPA expriment le désir de poursuivre la relation aidante après l'hébergement de leur proche.

Parmi les principes directeurs guidant les orientations de la Politique nationale pour les personnes proches aidantes<sup>17</sup>, la reconnaissance de l'apport considérable des PPA et de l'importance de leur soutien, la préservation de leur santé ainsi que le respect de leur volonté et de leur capacité quant à leur engagement constituent des fondements.

Dans les lieux d'hébergement et de soins de longue durée, la reconnaissance des PPA, de leur expérience et de leurs savoirs est le fondement même d'une approche basée sur le partenariat<sup>18</sup>. Ce partenariat s'inscrit dans le respect des volontés et des capacités des PPA quant à leur engagement auprès de leur proche hébergé. Il est donc essentiel que les infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB soutiennent et accompagnent les PPA dans leur engagement, selon leur volonté.

Le partenariat est essentiel pour s'assurer de l'intégration d'une approche individualisée qui respecte les habitudes, les préférences et les besoins des résidents ne pouvant plus les exprimer eux-mêmes. Les PPA possèdent des compétences relationnelles pour intervenir auprès de leur proche lors de situations particulières comme, lors de refus de soins, car elles partagent des liens étroits avec lui et le connaissent bien. Il est donc primordial que les PPA puissent contribuer lorsqu'elles le souhaitent aux soins de leur proche hébergé (MSSS, 2021b).

Au sens de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les PPA et modifiant diverses dispositions législatives (LQ 2020, c22), une PPA se définit comme suit :

*« Toute personne qui apporte un soutien à un ou plusieurs membres de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non ».*

Des PPA pourraient vouloir poursuivre, lorsque la condition clinique le permet, les soins qu'elles effectuaient auprès de leur proche avant son hébergement, et ce, en partenariat avec l'équipe de soins infirmiers. Rappelons qu'en vertu de l'article 39.6 du Code des professions, les PPA peuvent effectuer

---

<sup>16</sup> Carle, MH (2014). Université du Québec en Outaouais.

<sup>17</sup> MSSS 2021. Politique nationale pour les personnes proches aidantes.

<sup>18</sup> MSSS 2021. Politique nationale pour les personnes proches aidantes.

auprès d'un proche des activités de soins habituellement réservées à des professionnels au sens des lois professionnelles, et ce, sans restriction quant aux lieux.

Pour ce faire, les établissements doivent mettre en place des mesures afin de soutenir cette implication comme de la formation pour les PPA ou la création de comités s'assurant de la mise en place de mesures préventives, de prévention de contrôle des infections (PCI) et de gestion des risques lorsque des soins sont effectués par des PPA. Il importe également aux établissements d'examiner les aspects juridiques et ceux en lien avec la responsabilité afin de favoriser l'implication des PPA désirant offrir des soins à leur proche.

Les PPA doivent être accompagnées et soutenues tant par l'organisation que par l'équipe de soins infirmiers. À tout moment, les PPA peuvent revoir leur niveau d'engagement et d'implication selon leur capacité et leur volonté. Les gestionnaires et les équipes doivent être à l'écoute de leurs besoins afin de pouvoir y répondre.

#### DES PARTENAIRES PRIVILÉGIÉS : LES RÉSIDENTS ET LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

##### Orientation n° 3

- Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée tiennent compte des habitudes de vie, des préférences et des volontés des personnes lors de l'élaboration du plan de soins infirmiers. Le résident est au centre des décisions et les proches sont des partenaires dans les soins.

##### Orientation n° 4

- Les gestionnaires et l'équipe de soins infirmiers accompagnent et soutiennent les personnes proches aidantes (PPA) dans leur engagement en respect de leur capacité et de leur volonté. En tant que partenaires, les PPA peuvent s'impliquer dans les soins directs s'ils le souhaitent et, si la situation clinique le permet.

## 9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS : ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS

Pour mettre en place une organisation des soins flexible et agile utilisant de façon optimale les compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers, une bonne connaissance des activités et compétences relatives aux membres de l'équipe est requise, afin d'assurer leur complémentarité et la collaboration intradisciplinaire.

**Les études démontrent de façon unanime que lorsque les rôles sont bien définis et que les activités de soins attendues sont simples, précises et connues de tous, des erreurs sont évitées, notamment l'omission ou le retard dans certains soins ou encore, la réalisation de soins de manière non adéquate (Bolduc, 2018; Déry et coll., 2021).** La détermination de la composition de l'équipe et le juste équilibre des ressources qui s'y trouvent ont un impact direct sur les résultats de soins dans une perspective de qualité et de sécurité.

L'équipe de soins infirmiers comprend les professionnelles en soins infirmiers, soit les infirmières et les infirmières auxiliaires et les non-professionnels, soit les PAB, qui effectuent des soins fondamentaux. Des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSP) pourraient également compléter l'équipe de soins infirmiers selon leur disponibilité sur le territoire.

## 9.1 Préposés aux bénéficiaires

Le rôle relationnel qu'occupent les PAB auprès des résidents et de leurs proches est majeur. Cela s'explique notamment par le fait qu'ils exercent des activités en grande proximité avec les résidents telles que les soins fondamentaux notamment ceux en lien avec l'hygiène, l'alimentation, l'élimination ainsi que la mobilisation. Leur connaissance des résidents, l'information qu'ils reçoivent des proches ainsi que leurs observations contribuent à la mise en place d'évaluations et d'interventions adaptées aux besoins et aux volontés des résidents et de leurs proches.

Leurs activités principales devraient se concentrer sur les soins directs aux résidents. Tout comme pour l'infirmière et l'infirmière auxiliaire, les tâches logistiques en lien avec le soutien technique, l'approvisionnement ou l'hygiène et la salubrité devraient être réduites le plus possible afin d'avoir un maximum de temps accordé aux soins directs.

Par ailleurs, soutenus par les infirmières et les infirmières auxiliaires, les PAB jouent un rôle déterminant dans la prévention du déconditionnement et de la détérioration des conditions de santé évolutives des résidents hébergés.

Dans ce contexte, l'organisation des soins doit considérer que le PAB fait partie intégrante de l'équipe de soins infirmiers, et ce, notamment lors des moments d'échanges d'informations cliniques et des discussions d'équipe. Cette organisation des soins doit permettre aux PAB d'avoir l'agilité requise à l'adaptation des soins en respect des habitudes de vie et volontés des résidents. Que ce soit en CHSLD publics ou privés conventionnés ou dans les MDA MA, la philosophie de soins individualisés prévaut et les PAB doivent s'adapter aux résidents et à leur proche pour effectuer les soins, et non l'inverse.

La contribution optimale des PAB se situe au niveau des activités suivantes :

- Appliquer une approche relationnelle adaptée aux résidents et à leurs proches;
- Rapporter à l'infirmière et à l'infirmière auxiliaire des informations et observations pertinentes lors d'une situation problématique ou lors des tournées planifiées pour qu'elles assurent le suivi approprié;
- Effectuer des soins et accompagner des résidents dans les soins d'assistance (fondamentaux) aux AVQ (hygiène, alimentation, élimination), selon les besoins cliniques et les directives infirmières;
- Réaliser les activités de mobilisation du résident selon les directives infirmières ou d'accompagnement dans les déplacements ou aide à la marche;
- Accompagner les résidents lors des sorties et des activités;
- Participer aux activités de stimulation et de prévention du déconditionnement;
- Participer aux rencontres d'équipe et collaborer par ses observations à l'élaboration ou la mise à jour des plans de soins, plans de travail ou autres plans d'intervention ou de traitement;
- Appliquer de bonnes pratiques en gestion des risques et en PCI;
- Signaler les situations cliniques à risque et contribuer à l'identification de mesures d'amélioration.

### 9.1.1 Activités de soins non réservées pouvant être effectuées par des PAB

Les PAB peuvent également effectuer des activités de soins dites non réservées à des professionnels lorsque la condition de santé du résident le permet, à la suite d'une évaluation et de directives de l'infirmière.

**Il revient à la DSI d'encadrer par une règle de soins infirmiers les activités non réservées pouvant être confiées à un PAB dans l'établissement.** Ces activités doivent toujours être réalisées selon la règle de soins en vigueur ou selon les directives de l'infirmière. Il revient à l'établissement, le cas échéant, d'assurer la mise à niveau des connaissances et des habiletés du PAB.

À titre d'exemple, le PAB pourrait se voir autoriser par la DSI, à la suite d'une formation et avec un encadrement clinique déterminés par la règle de soins infirmiers, les activités suivantes (liste non exhaustive) :

- La mesure de la glycémie capillaire;
- La mesure de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, de la saturation et de la température buccale, en contexte de suivi régulier;
- L'installation d'une lunette nasale ou d'un masque d'oxygène lorsque le débit est préalablement ajusté par un professionnel habilité;
- L'installation d'un appareil de type CPAP ou BPAP préalablement ajusté par un professionnel habilité;
- Les soins du pourtour d'une colostomie non récente et le changement de sac ;
- L'application d'un pansement sec protecteur;
- L'application de crème protectrice non prescrite;
- Le prélèvement d'un échantillon d'urine par voie naturelle ou de selle pour analyse ou culture.

De plus, contrairement à l'activité d'administration des médicaments, la distribution des médicaments ne constitue pas une activité réservée au sens des lois professionnelles. Toutefois, la distribution des médicaments requiert que **le résident ait la capacité physique et mentale** de s'administrer lui-même ses médicaments de façon sécuritaire. Cela implique donc que le résident connaît sa médication, qu'il la reconnaît et qu'il peut se l'administrer. L'incidence très élevée des résidents ayant un TNCM et autres atteintes fonctionnelles (plus de 80 % des résidents hébergés) rend cette activité moins susceptible d'être applicable en contexte d'hébergement et SLD.

Le MSSS est au fait que des instances réglementaires étudient actuellement les conditions liées à cette activité. Les orientations ministérielles seront ajustées en fonction des avis émis par ces instances, le cas échéant.

Finalement, les PAB doivent documenter les données qu'ils recueillent selon les politiques et procédures en vigueur dans leur établissement. Les infirmières et les infirmières auxiliaires ne peuvent documenter

que les données qu'elles ont elles-mêmes recueillies. N'ayant pas accès au dossier médical du résident, les formulaires permettant aux PAB de documenter leurs données doivent être accessibles.

#### RÔLES ET RESPONSABILITÉS : PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

##### Orientation n° 5

- Les préposés aux bénéficiaires effectuent des activités en soins directs auprès des résidents, particulièrement des soins fondamentaux, des observations et des interventions de prévention du déconditionnement.

## 9.2 Infirmières auxiliaires

Les infirmières auxiliaires sont des professionnelles incontournables qui constituent un maillon central dans l'équipe de soins, et ce, en complémentarité avec les infirmières. Les infirmières auxiliaires contribuent à l'évaluation de la condition de santé des personnes et à la réalisation du plan de soins et du plan thérapeutique infirmier. Il importe donc de recourir à ces professionnelles de façon optimale étant donné leur contribution auprès des résidents ayant des besoins de santé complexes, notamment dans le contexte d'une chute, de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), d'une détérioration subite d'une condition de santé, en présence de syndromes gériatriques et en situation de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV).

Dans une perspective de chevauchement de fonctions, la pleine occupation du champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire a un impact direct favorable sur la pleine occupation du champ d'exercice et l'étendue de pratique infirmière.

L'infirmière auxiliaire est une professionnelle qui participe à la réalisation d'un vaste éventail d'activités de soins infirmiers en collaboration avec l'infirmière et l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Un nombre sous-optimal d'infirmières auxiliaires dans les équipes ne permet pas la pleine utilisation de leurs compétences dans l'organisation des soins, ce qui peut avoir pour effet de les confiner dans certaines activités réservées dominantes, en particulier celle de l'administration des médicaments, en raison du nombre élevé de résidents et de l'omniprésence de polymédication chez les résidents en hébergement et SLD. En plus de l'impact sur la juste utilisation de leurs compétences, ceci a des conséquences sur les soins aux résidents ainsi que sur l'équipe de soins, principalement sur les infirmières qui doivent alors compenser.

Certaines initiatives, telles que le projet d'évaluation et de la personnalisation des soins (PEPS), ont démontré qu'en diminuant l'utilisation des médicaments à valeur non ajoutée, on contribue à augmenter la qualité de vie des résidents et à diminuer les transferts vers les hôpitaux, tout en ayant des retombées positives sur la diminution du temps requis à l'administration de la médication par les infirmières auxiliaires.

La DNSSI est d'avis que l'activité de contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne des infirmières auxiliaires doit être optimisée. Cette contribution s'exerce notamment par :

- L'identification des besoins des résidents et des risques;

- L'initiation de mesures de PCI;
- La collecte de données, le repérage et la complétion d'outils de dépistage relatifs à différents symptômes et problématiques de santé tels que la dysphagie, le délirium, la dépression gériatrique, le risque et les conséquences de chute, l'incontinence urinaire, la constipation, la douleur, les plaies ou les problèmes de sommeil;
- La communication à l'infirmière d'une situation problématique afin que celle-ci procède à l'évaluation clinique et au suivi approprié de la condition du résident;
- L'initiation d'une ordonnance collective en conformité avec son champ d'exercice en collaboration avec l'infirmière;
- L'observation de l'état de conscience et la prise de signes neurologiques;
- La mesure des paramètres vitaux;
- La prestation de soins, notamment de soins invasifs d'assistance aux AVQ et de soins visant à soulager les symptômes et à assurer le confort en SPFV;
- L'administration par voie autre qu'intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et en assurer la surveillance et le suivi;
- La contribution à l'élaboration et à la mise à jour du plan de soins, du plan thérapeutique infirmier et du plan d'intervention interdisciplinaire;
- Le signalement des situations cliniques à risque et contribution à l'identification de mesures d'amélioration.

Outre leur contribution à l'évaluation de la condition de santé des résidents, les infirmières auxiliaires doivent avoir une excellente communication tant auprès des infirmières que des PAB, et ce, afin d'assurer le suivi des plans de soins et des interventions ainsi que de contribuer aux évaluations requises lors de changements à la condition de santé des résidents. Elles participent également aux rencontres d'équipe interdisciplinaire.

Les infirmières auxiliaires sont également en étroite relation avec les résidents et leurs proches. Elles les soutiennent, leur fournissent de l'information et recueillent auprès d'eux des éléments permettant de contribuer à l'évaluation de leur condition de santé physique et mentale. Elles accompagnent les résidents et leurs proches lors de soins de fin de vie. Rappelons que les infirmières auxiliaires sont des professionnelles qui sont responsables et imputables des activités qu'elles effectuent. Par exemple, lorsqu'elles ajustent les plans de soins, elles engagent pleinement leur responsabilité.

L'équipe des soins infirmiers doit néanmoins être complémentaire afin d'assurer des soins infirmiers de qualité qui répondent aux besoins des résidents et de leurs proches. En ce sens, les infirmières auxiliaires travaillent en étroite collaboration avec les infirmières et les PAB.

## RÔLES ET RESPONSABILITÉS : INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

### Orientation n° 6

- L'organisation des soins permet aux infirmières auxiliaires d'occuper de façon optimale leur champ d'exercice et leurs activités réservées.

### 9.3 Infirmières

L'infirmière est la chef d'orchestre des soins infirmiers dans l'équipe de soins directs. Son large champ d'exercice et l'étendue de sa pratique lui confèrent ce rôle afin de coordonner, de superviser et d'assurer la réponse aux besoins des résidents, et ce, en collaboration avec leurs proches et les autres professionnels. Dans les présentes orientations, le terme infirmière est attribuable à tous les titres d'emploi qui requièrent un permis de l'OIIQ, excluant les infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI), les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les fonctions d'infirmières conseillères.

Elle possède les compétences requises pour avoir un impact significatif sur les soins et pour faire face aux défis actuels et émergents. L'occupation partielle du champ d'exercice, largement documenté, n'est pas sans conséquence. Des effets apparaissent alors sur la qualité des soins en augmentant la morbidité et la mortalité ainsi que les durées de séjour lors d'épisodes en milieu hospitalier et en affectent la performance des organisations. En effet, la priorisation de gestes simples, techniques et administratifs se fait au détriment d'activités infirmières qui requièrent leur compétence comme l'évaluation, la surveillance et le suivi clinique, la planification, la coordination des soins, l'enseignement et l'accompagnement et le soutien des proches. D'ailleurs, une étude effectuée en CHSLD québécois par Voyer en 2016 a démontré que 46 % du temps des infirmières était consacré à effectuer des activités qui ne requièrent pas leur expertise et pouvant être exécutées par des infirmières auxiliaires, des PAB ou par des ressources cléricales, administratives ou techniques. Cela a un impact sur leur capacité à assumer leur propre rôle et leurs responsabilités. Parmi ces activités, on retrouve :

- des soins techniques pouvant être effectués par des infirmières auxiliaires;
- des soins d'assistance pouvant être effectués par des PAB (notons que selon la condition des résidents, ces soins fondamentaux peuvent requérir l'expertise infirmière);
- des tâches d'entretien ménager et des tâches administratives.

L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en soins de longue durée requiert des compétences spécifiques, notamment des connaissances scientifiques, des connaissances relatives aux principaux problèmes de santé des résidents et au processus de vieillissement normal versus pathologique ainsi que sur les impacts des transitions sur la condition de santé des résidents. Ces connaissances permettent aux infirmières d'exercer leur jugement clinique, d'accompagner les résidents et leurs proches dans leur trajectoire de vie et d'assurer la réponse aux besoins de soins complexes<sup>19</sup>. Les infirmières cliniciennes détiennent un niveau de formation de baccalauréat et elles possèdent des connaissances leur permettant d'intervenir plus aisément lors de complexité de soins et d'exercer pleinement l'étendue de leur pratique.

---

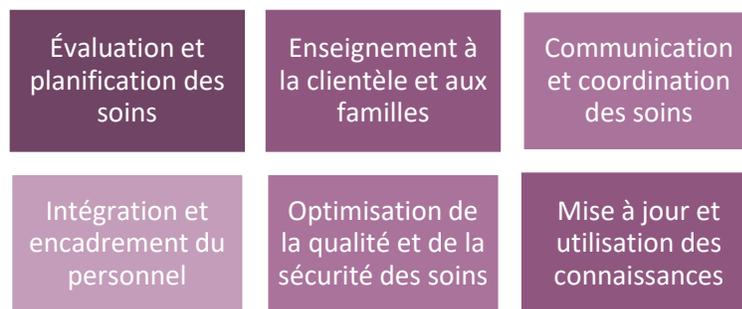
<sup>19</sup> OIIQ, 2018

Il est attendu que l'infirmière exprime un fort leadership clinique au sein des équipes. Celui-ci découle principalement des activités d'évaluation, de surveillance et de suivi clinique, lesquels sont influencés par le niveau de connaissance et d'expertise de l'infirmière.

### 9.3.1 Étendue de la pratique infirmière

Il arrive trop souvent que des infirmières définissent leur rôle en fonction de tâches techniques et fonctionnelles qu'elles effectuent ainsi que selon leur champ d'exercice et leurs activités réservées selon le cadre légal. L'étendue de pratique est un concept qui reflète l'ensemble des activités cliniques professionnelles devant être réalisées par les infirmières, qui s'étend bien au-delà du cadre légal. Il fait état de l'ensemble des responsabilités pour lesquelles les infirmières sont formées et qui ont un impact sur l'organisation des services de santé et le continuum de soins.

Selon les travaux de Johanne Déry et coll. (2018), l'étendue de pratique infirmière fait référence à six dimensions dans lesquelles l'infirmière met en œuvre son champ d'exercice et est en mesure de recourir au maximum de ses compétences. Ces six dimensions décrites ci-dessous font partie intégrante de l'organisation des soins et sont attendues dans le cadre des activités infirmières.



Dans ses travaux de recherche, Clémence Dallaire<sup>20</sup> définit les grandes fonctions infirmières selon cinq catégories, soit :

- La **fonction de soigner** qui comprend les activités de soins infirmiers fondamentaux ainsi que les activités techniques;
- La **fonction éducative** qui vise à éduquer et à renseigner afin de soutenir les résidents et leurs proches dans la prise de décisions éclairées;
- La **fonction de coordination** qui consiste essentiellement à faire circuler l'information entre les différents professionnels et intervenants et faire les liens requis auprès notamment des résidents et de leurs proches;
- La **fonction de collaboration** qui réfère aux actions accomplies conjointement avec les autres professionnels de la santé ou intervenants;
- La **fonction de supervision** clinique qui s'exerce auprès des personnes de l'équipe de soins infirmiers.

<sup>20</sup>Dallaire, C. (2008)

En somme, les gestionnaires doivent considérer l'ensemble des fonctions infirmières pour l'organisation des soins et la planification des effectifs. En conséquence, ils ne peuvent pas se limiter aux activités qu'elles exercent en lien avec leur champ d'exercice et leurs activités réservées.

D'ailleurs, les fonctions infirmières autres que celle de soigner occupent une partie importante de l'exercice infirmier dans les milieux d'hébergement et SLD. Celles-ci se traduisent notamment par :

- les suivis et l'information aux résidents et aux proches ainsi que le soutien à leur engagement, selon une approche familiale systémique;
- la coordination et le suivi de l'application des plans de soins et de traitements intra et interdisciplinaire en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, les médecins, les IPSPL et l'équipe de soins infirmiers;
- le mentorat clinique auprès des autres membres de l'équipe concernant les approches et les bonnes pratiques, notamment en présence de SCPD ou autres comportements perturbateurs;
- la participation au processus d'évaluation et de suivi de la qualité et de la sécurité des soins en signalant les situations cliniques à risque et en contribuant à l'identification des mesures d'amélioration;
- l'intégration et l'encadrement du nouveau personnel, incluant les stagiaires et le personnel de soins nouvellement recruté.

**Quant aux activités relatives à la fonction de soigner**, soit celles notamment liées à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, à la surveillance des personnes dont la condition de santé présente des risques et au suivi clinique requis par la condition des personnes constituent les pierres angulaires de l'exercice infirmier en soins de longue durée. Leur importance s'explique par le fait que l'on compte parmi la clientèle hébergée, les personnes âgées et les personnes ayant des déficiences physiques et intellectuelles les plus vulnérables de la société et celles dont les conditions de santé sont les plus complexes.

Les activités associées à la fonction de soigner se traduisent notamment par :

- L'évaluation en contexte d'instabilité et de conditions de santé aiguës, de délirium, de SCPD et de comportements perturbateurs, de déconditionnement, de chutes, de plaies, de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV);
- L'évaluation des effets de la pharmacothérapie et l'implication auprès des médecins, IPSPL et pharmaciens lors de démarches d'utilisation optimale des médicaments;
- La planification des soins requis par la condition de la personne dont l'élaboration et la mise à jour des plans de soins et de traitements infirmiers (PSTI);
- La surveillance clinique et le suivi de l'évolution de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant l'ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Le suivi des approches et des interventions requises par la condition de santé physique et mentale des résidents.

Déry et coll. (2017) proposent trois stratégies afin que les infirmières puissent occuper pleinement leur rôle :

- 1) Adopter une vision commune, claire, novatrice et concertée du rôle et de l'étendue de pratique, et ce, à même la profession infirmière;
- 2) Mettre en place une gouvernance partagée permettant aux gestionnaires de tous les niveaux d'élaborer des stratégies de gestion suscitant l'implication active des infirmières, en plus de créer une culture organisationnelle qui soutient le développement continu des infirmières;
- 3) Promouvoir l'innovation à l'égard des modes de travail en équipe favorisant une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun des professionnels entre les individus, mais également dans l'ensemble de l'organisation.

### 9.3.2 Droit de prescrire

En 2016, entré en vigueur, le Règlement qui accordait aux infirmières le droit de prescrire.<sup>21</sup> Ce droit est accordé dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants. Au 31 mars 2023, il y avait 12 311 infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ qui s'étaient prévaluées de ce droit soit près de 15 % du nombre total d'infirmières. Après une période de transition ayant permis aux infirmières détenant une formation reconnue et appliquant des ordonnances collectives de se prévaloir du droit de prescrire dans certains domaines, seules les infirmières de formation universitaire peuvent dorénavant obtenir un numéro de prescripteur. Celles-ci doivent également répondre aux exigences réglementaires et avoir obtenu l'autorisation de la Direction des soins infirmiers d'exercer le droit de prescrire dans l'établissement. La DSI est responsable de mettre en place les outils d'encadrement pour l'exercice du droit de prescrire des infirmières.

En hébergement et SLD, les infirmières qui détiennent le droit de prescrire l'exercent essentiellement en lien avec les soins de plaies. Selon les données 2022-2023 de l'OIIQ, 364 infirmières exerçant dans les milieux d'hébergement et SLD détiennent un droit de prescrire au Québec.

Ce droit supplémentaire permet de favoriser l'accès aux soins en temps opportun puisque les infirmières qui possèdent leur numéro de prescripteur peuvent notamment :

- Prescrire les analyses de laboratoire suivantes : préalbumine, albumine et culture de plaie;
- Prescrire des produits, médicaments et pansements.

Afin d'optimiser la contribution des infirmières au sein de l'équipe de soins infirmiers, les gestionnaires doivent connaître les différentes fonctions qu'elles occupent et soutenir l'accès aux outils mis à leur disposition pour améliorer la réponse aux besoins de soins des résidents dans un contexte où les médecins et les IPSPL ne sont pas omniprésents. Aussi, la DNSSI est d'avis qu'il faut accompagner les infirmières cliniciennes exerçant en hébergement et SLD afin qu'elles obtiennent et utilisent leur droit de prescrire.

---

<sup>21</sup> Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, RLRQ, chapitre M-9,a.19, 1<sup>er</sup> al.par. b)

## RÔLES ET RESPONSABILITÉS : INFIRMIÈRES

### Orientation n° 7

- L'organisation des soins permet aux infirmières d'occuper de façon optimale leur champ d'exercice et leurs activités réservées en priorisant les activités découlant de l'évaluation, de la surveillance et du suivi clinique ainsi que de la coordination des soins.

### Orientation n° 8

- Les infirmières cliniciennes qui exercent milieu d'hébergement et SLD sont soutenues par l'établissement et leur gestionnaire afin d'obtenir leur droit de prescrire. Des mesures de soutien à la consolidation des nouvelles compétences sont prévues à cet effet.

## 9.4 Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL)

D'autres infirmières gravitent autour de l'équipe de soins infirmiers, dont les IPSPL. En vertu du cadre réglementaire, les IPSPL exercent leurs activités professionnelles auprès d'une clientèle de tout âge qui requiert des soins de proximité incluant celle qui présente des problèmes de santé mentale<sup>22</sup>.

L'IPSPL est une infirmière en pratique avancée qui, en plus des activités réservées à l'infirmière, peut:

- Diagnostiquer des maladies;
- Prescrire des examens diagnostiques;
- Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudices;
- Déterminer des traitements médicaux;
- Prescrire des médicaments, d'autres substances et des traitements médicaux;
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice;
- Évaluer et administrer les soins de fin de vie (aide médicale à mourir et sédation palliative continue).

Selon une approche axée sur la collaboration interprofessionnelle, l'IPSPL contribue à la planification et la mise en œuvre des soins de santé et de services sociaux qui répondent aux besoins biopsychosociaux des résidents et de leurs proches, et ce, en tenant compte de leurs projets de vie.

Favorisant une relation de partenariat, l'IPSPL accompagne et favorise la réflexion, l'engagement ainsi que l'autodétermination du résident et de ses proches pour l'amélioration de sa santé et de son bien-être. Selon cette même perspective, l'IPSPL habilitée peut déterminer et réviser les objectifs de soins selon les volontés des résidents en partenariat avec ces derniers et leurs proches (OIIQ 2023). Aussi, afin d'assurer une continuité dans les soins, l'IPSPL encourage la discussion ainsi que le partage des projets de vie du résident et de ses proches et ce, pour planifier les soins et les accompagner lors de la transition vers des soins palliatifs et de fin de vie.

En somme, l'implication de l'IPSPL au sein des équipes en soins de longue durée contribue à améliorer l'accès en temps opportun à des soins de santé et services sociaux dans une approche intégrée et adaptée

<sup>22</sup> I-8, r. 15.1.1.1. Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées.

à la trajectoire des personnes hébergées. D'ailleurs, l'étude québécoise menée par Kilpatrick et coll. (2020) documente que l'implantation du rôle de l'IPSPL peut permettre l'amélioration de la qualité des soins aux résidents notamment par la réduction du nombre moyen de médicaments par résident, la réduction du nombre de chutes et de l'utilisation des moyens de contention réduisant ainsi que la réduction des transferts vers les milieux hospitaliers.

L'expertise clinique de l'IPSPL ainsi que ses compétences en matière de leadership, de collaboration, d'érudition, de recherche et d'éducation lui permettent également de contribuer à l'amélioration continue de la qualité, la sécurité et la continuité des soins et des services offerts. En plus de favoriser le partage d'expertise, l'IPSPL contribue au développement professionnel continu des membres de l'équipe de soins infirmiers pouvant agir également comme modèle de rôle, mentore et enseignante/formatrice.

#### RÔLES ET RESPONSABILITÉS : INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DE PREMIÈRE LIGNE

##### Orientation n° 9

- La DSI et la DSAPA s'assurent que le rôle et les responsabilités des IPSPL sont bien connus de l'équipe de soins infirmiers et des autres professionnels afin qu'elles puissent évoluer dans un contexte collaboratif, éviter la fragmentation des soins ainsi que maximiser leur expertise et la pleine occupation de leur champ d'exercice différencié.

## 10. GOUVERNANCE CLINIQUE

### 10.1 Gestionnaire de proximité

Tel que rapporté dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (2021), un modèle de gestion participative et de proximité qui place les choix, les préférences et la qualité de vie des résidents au cœur des décisions s'impose. Ce modèle de gestion qui implique les équipes dans les décisions qui les concernent requiert une plus grande latitude et flexibilité pour les gestionnaires.

Le gestionnaire de proximité avec l'équipe de soins est le chef d'unité. Celui-ci est directement impliqué dans l'organisation des soins et des services ainsi que pour l'utilisation optimale des compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers. Aussi, selon Yoder-Wise (2020), le gestionnaire de premier niveau est imputable de l'application des normes et standards de pratique en soins infirmiers.

Considérant la connaissance des soins infirmiers que requiert l'organisation des soins et l'intégration des bonnes pratiques, et considérant que l'équipe de soins en hébergement est à forte majorité composée de professionnels et non-professionnels en soins infirmiers, les établissements doivent avoir au minimum un ou une majorité de gestionnaires de proximité dans une même installation de profession infirmière. Ces chefs de file ont une occasion unique de rassembler les partenaires pour contribuer à la mission de l'organisation tout en respectant la perspective distinctive des soins infirmiers (Brousseau, 2019). Il appartient aux établissements de s'assurer d'avoir un nombre adéquat de gestionnaires de profession infirmière dans chacune de ses installations d'hébergement et SLD. À défaut de pouvoir y répondre actuellement, les établissements doivent prendre les moyens pour y arriver graduellement lors des prochains affichages de postes.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec celles d'experts, dont le Rapport d'enquête conjoint sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), 2021). Ce dernier rapport souligne d'ailleurs que la présence d'un gestionnaire de profession infirmière est un élément central d'attraction et de rétention des infirmières et des infirmières auxiliaires dans les secteurs de soins.

Les gestionnaires de profession infirmière sont appelés à porter un jugement clinique en lien avec les besoins en soins de santé des résidents ainsi que les compétences et l'expertise du personnel infirmier afin d'ajuster l'organisation des soins selon l'évaluation de la situation et la complexité, les besoins évolutifs des résidents et d'assurer la qualité et la sécurité des soins. En respect des orientations de la DSI de l'établissement, ces gestionnaires contribuent à l'intégration et à la bonne compréhension des normes de pratique en soins infirmiers dans l'ensemble de l'installation. De plus, les gestionnaires de profession infirmière veillent à ce que les infirmières appliquent pleinement l'étendue de leur pratique lorsqu'elles dispensent des soins (Brousseau, 2019).

Au sein de leur direction et de leur groupe de collègues gestionnaires, elles s'assurent, en collaboration avec la DSI, que la perspective en soins infirmiers est appliquée dans l'organisation des soins et au sein de l'équipe interdisciplinaire.

## 10.2 Infirmière occupant une fonction d'assistante

Le rôle de l'infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI) est indéniable au soutien des soins et service dans les milieux d'hébergement et SLD. On peut définir l'infirmière ASI comme une infirmière qui accompagne l'ensemble des membres de l'équipe et qui coordonne l'ensemble des activités de soins d'un secteur défini, généralement pour un quart de travail particulier, et ce, en plus d'assister le supérieur immédiat dans ses fonctions (Bérubé, 2018). Celles qui accèdent aux fonctions d'ASI doivent être en mesure d'exercer leur leadership clinique. Il est attendu que l'infirmière ASI exerce un leadership clinique et administratif en complémentarité avec le gestionnaire de proximité.

Il est démontré que le leadership exercé dans ce type de fonction a des effets concrets sur la qualité des soins infirmiers, la rétention du personnel, la satisfaction des résidents ainsi que la performance globale d'un milieu clinique donné (Sévigny, 2016). Les ASI contribuent à améliorer la qualité des soins et à instaurer une culture basée sur des résultats probants en collaborant aux activités de recherche. Elles font partie de l'équipe de soins infirmiers et effectuent des activités de soins, et ce, même lorsqu'elles n'assument pas de prise en charge directe de résidents. En ce sens, en raison de leur niveau de formation, les infirmières cliniciennes sont mieux préparées à occuper ce type de fonction. Un programme d'orientation et de coaching spécifiques pour les infirmières ne détenant pas de formation universitaire devra être déployé pour soutenir le développement des compétences le cas échéant.

Dans les milieux d'hébergement et SLD, la DNSSI recommande la présence d'ASI libérées de soins directs et de la prise en charge de résidents minimalement sur les quarts de jour et de soir en présence de plus de 40 résidents le jour de plus de 100 résidents le soir. Il importe de souligner que même lorsque les ASI sont libérées de la prise en charge directe, elles exercent, si requis, les fonctions d'infirmières lors des temps de repas ou en situation d'urgence lorsque la condition d'un résident nécessite la présence d'une infirmière.

Afin de déterminer le nombre d'ASI sans prise en charge directe de résidents, les gestionnaires doivent tenir compte des éléments structurels suivants :

- Nombre de résidents et caractéristiques physiques des lieux;
- Profils de la clientèle et complexité des besoins de soins;
- Formation, compétences et expertise des membres de l'équipe de soins infirmiers;
- Stabilité de l'équipe de soins infirmiers;
- Besoin de soutien clinique à l'équipe et des suivis relatifs aux résultats de soins ainsi qu'à la gestion des risques.

Concernant le quart de nuit, la DNSSI recommande que l'ASI ne soit pas systématiquement libérée, mais seulement au besoin selon le contexte. Qu'elle soit libérée ou non d'une charge de soins directs, l'ASI assume, en collaboration avec la gestionnaire, des responsabilités relatives à l'organisation des soins. Elle exerce un leadership clinique afin d'assurer l'application des meilleures pratiques de soins, la continuité des soins et des services aux résidents, le soutien clinique lors de situations de soins complexes ainsi que le suivi d'indicateurs de résultats de soins et de la gestion des risques. Elle contribue au soutien du personnel novice ou peu expérimenté, en collaboration avec la conseillère en soins infirmiers de la DSI ou les autres ressources en soutien clinique. L'infirmière ASI soutient les intervenants afin d'assurer la qualité des soins. Plus spécifiquement, l'infirmière occupant une fonction d'assistante intervient dans les domaines suivants :

- **Coordination des soins**

En collaboration avec les infirmières, elle contribue à la gestion des situations cliniques complexes afin de soutenir l'équipe de soins infirmiers, interdisciplinaire et médicale à conserver une vision d'ensemble de tous les résidents dans un esprit de continuité des soins et de fluidité.

- **Soutien clinique**

Elle occupe un rôle central de soutien clinique auprès de l'équipe de soins. Elle bonifie l'offre de soutien clinique de la DSI déjà en place et agit à titre de personne-ressource au quotidien. Elle assure également une vigie de l'intégration des bonnes pratiques cliniques.

- **Gestion des plaintes et des conflits**

Elle effectue une gestion de proximité des plaintes et la résolution des conflits dans le milieu en collaboration avec le gestionnaire de proximité. Elle assure également une gestion des risques et contribue à l'analyse d'événements indésirables en collaboration avec l'équipe de soins infirmiers et l'équipe interdisciplinaire.

- **Encadrement clinique du personnel et assignation**

Elle organise les soins en fonction de l'effectif infirmier disponible en tenant compte de l'utilisation optimale des compétences. Elle contribue également, avec le gestionnaire de proximité, au développement des compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers.

- **Leadership et travail d'équipe**

Elle exerce son leadership en mobilisant l'équipe de soins infirmiers et interdisciplinaire et en mettant en place des mesures favorisant le travail en équipe afin d'atteindre les objectifs communs. Elle réalise des activités liées à la performance clinique comme le suivi d'indicateurs et l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.

- **Contrôle de la qualité des soins**

Elle exerce un rôle important dans le contrôle de la qualité des soins au sein du milieu où elle évolue. Elle s'acquitte de cette responsabilité de plusieurs façons, soit en effectuant des audits pour évaluer la qualité des soins, en exerçant un rôle de vigie à l'aide d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers ou en implantant des mesures d'amélioration aux soins offerts. En tout temps, les établissements doivent prévoir une formation et un accompagnement au rôle d'ASI lorsqu'une infirmière détient ce poste pour la première fois et selon les compétences à développer. Les gestionnaires doivent également accompagner les infirmières qui obtiennent ce type de fonction.

#### GOUVERNANCE CLINIQUE

**Orientation n°10**

- Les établissements s'assurent d'avoir au minimum un gestionnaire de proximité de profession infirmière, ou une majorité en présence de plusieurs, dans chaque installation d'hébergement et de soins de longue durée.

**Orientation n°11**

- La présence en nombre suffisant d'infirmières ASI libérées d'une prise en charge directe de résidents est assurée minimalement sur les quarts de jour (installations de 40 résidents et plus) et de soir (pour les installations de 100 résidents et plus).

**Orientation n°12**

- Les gestionnaires soutiennent les ASI afin qu'elles exercent leur leadership clinique ainsi que leurs fonctions de coordination des soins, de soutien clinique, de contrôle de la qualité des soins ainsi que de la gestion des plaintes et des conflits, le tout en partenariat avec l'équipe interdisciplinaire et médicale.

## 11. MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS

Le processus décisionnel de la composition des équipes de soins infirmiers doit se baser, entre autres, sur les principes directeurs émis dans le cadre des présentes orientations ministérielles. Ainsi, en cohérence avec ceux-ci, une planification statique des effectifs en soins infirmiers comporte des limites tant pour les résidents que pour les soignants.

En effet, une planification statique qui consiste en une composition d'équipe fixe ne permet pas de tenir compte des données cliniques et évolutives des résidents, et donc, n'est pas en mesure de répondre avec agilité à une augmentation de l'intensité des soins chez les personnes hébergées dans une même installation. En résulte alors une iniquité entre les réponses aux besoins des résidents entre les étages ou les maisonnettes, le cas échéant. Ce type de dotation favorise également l'immobilité du personnel et non l'entraide, et nuit à l'utilisation optimale des compétences<sup>23</sup>.

Aucune littérature scientifique n'a permis de déterminer avec exactitude le nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de PAB requis selon un nombre de résidents dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Selon un rapport élaboré en Colombie-Britannique en 2019, il n'y a aucune donnée standardisée au niveau national concernant les effectifs en soins infirmiers dans ces milieux<sup>24</sup>.

Les résultats d'études sont toutefois unanimes quant à la corrélation positive entre le nombre de ressources infirmières et infirmières auxiliaires, et la qualité des soins en regard des différents indicateurs. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'on augmente le nombre d'infirmières dans l'équipe de soins infirmiers.<sup>25</sup> Essentiellement, les études démontrent que lorsque le nombre d'infirmières augmente dans l'équipe, les résultats de soins sont meilleurs, notamment en lien avec les indicateurs suivants :

- Maintien des capacités fonctionnelles des résidents lors de l'exécution des AVQ;
- Diminution du nombre de résidents ayant des pertes de poids involontaires et des conditions de déshydratation;
- Nombre de plaies et de chutes;
- Nombre de personne ayant des cathétérismes vésicaux;
- Nombre de personnes ayant des mesures de contrôle;
- Nombre de transferts en milieu hospitalier.

Outre ces indicateurs, d'autres paramètres cliniques doivent être pris en considération lors de la détermination de la composition de l'équipe de soins infirmiers, soit<sup>10</sup> :

- Le nombre de prescriptions de médicaments administrés au besoin (PRN), plus particulièrement, les antipsychotiques, antidépresseurs et opiacés;

---

<sup>23</sup> Voyer, P., Savoie, C., & Rey, S. (2021)

<sup>24</sup> BC care providers association (2019)

<sup>25</sup> Spilbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., Bowman, C. (2011)

- La présence d'éclosions;
- La présence de SPCD ou autres comportements perturbateurs.

Considérant les besoins évolutifs et hétérogènes des clientèles hébergées, une réévaluation annuelle des besoins des résidents est minimalement recommandée dans la littérature afin d'effectuer l'ajustement de la composition de l'équipe de soins. Il va sans dire que ces ajustements doivent être effectués en respect des dispositions locales et nationales des conventions collectives en vigueur. En l'absence d'un outil d'acuité de soins validé en français et dans le contexte québécois d'hébergement et SLD, les indicateurs de résultats de soins ainsi que les paramètres cliniques doivent être utilisés pour soutenir la décision d'ajuster ou non les effectifs prévus à l'équipe de soins infirmiers<sup>26-11</sup>. Le profil ISO-SMAF ne peut donc pas à lui seul évaluer les besoins des résidents puisqu'il mesure l'autonomie fonctionnelle et ne permet pas d'identifier les besoins de soins liés à la condition de santé et les défis cliniques à relever.

### 11.1 Modèle de dotation équilibrée

En réponse aux limites d'un modèle de planification des effectifs statique, un nouveau paradigme de gestion des ressources humaines en soins de longue durée émerge, lequel permet l'agilité requise à l'ajustement des ressources ainsi qu'à la répartition de l'équipe de soins infirmiers dans une installation. Il s'agit du **modèle de dotation équilibrée**, lequel permet de s'adapter de façon dynamique aux besoins évolutifs des résidents.<sup>10</sup>

Ce type de modèle de dotation équilibré est centré sur les besoins des résidents et assure une réponse à une augmentation de l'intensité des soins tout en se réajustant lorsque celle-ci diminue. Bien qu'une équipe de soins infirmiers de base soit dédiée aux résidents afin de permettre d'assurer une stabilité, ce modèle n'oriente pas uniquement l'attribution des effectifs en fonction des étages ou maisonnées le cas échéant, puisqu'il est centré sur les besoins des résidents. Les composantes de ce type de modèle doivent toutefois s'appliquer en respect des dispositions locales et nationales des conventions collectives. Ce modèle intègre les quatre composantes suivantes<sup>10</sup> :

#### 1. Dotation orientée vers l'éveil

La dotation basée sur l'éveil permet d'ajuster les effectifs pour accroître leur présence lors des périodes d'éveil des résidents, notamment sur le quart de soir où le besoin de soins est comparable à celui de jour en période d'éveil. Ainsi, la planification des effectifs tient compte d'éléments comme :

- Concentration des soins généralement entre 7 h et 21 h;
- Ajout de quarts de 12 h en chevauchement des quarts de 8 h de jour et de soir;
- Ajout de personnel sur des horaires et des périodes de durée variable, pour répondre aux besoins de soins.

---

<sup>10</sup> Voyer, P., Savoie, C., & Rey, S. (2021)

<sup>11</sup> BC care providers association (2019)

## 2. Dotation verticale

Déplacement des soignants au sein de l'installation pour aider lors des mouvements des résidents, lors d'activités ou lorsque les besoins en soins sont accrus sur un étage ou dans une maisonnée à un moment de la journée. À titre d'exemple, si les besoins sont accrus pour les soins d'hygiène sur un étage ou en présence de syndromes crépusculaires, il pourrait y avoir déplacement de préposés pour quelques heures pour soutenir la réponse aux besoins.

## 3. Dotation dynamique

Réorganisation du personnel pour une certaine période afin de répondre à un défi temporaire comme l'augmentation d'une intensité de soins en raison d'un nombre important de résidents en SPFV, d'augmentation des résidents présentant des comportements perturbateurs ou d'un nombre accru de nouvelles admissions. Cette composante implique une collaboration entre le gestionnaire de proximité et l'infirmière ASI, lesquels doivent alors ajuster la composition des équipes. Une réévaluation fréquente des besoins est alors requise et n'est toutefois pas en opposition avec la planification à long terme.

## 4. Dotation évolutive

Cette composante permet de tenir compte de la condition de santé et du profil évolutif des résidents. Elle fait référence à l'adaptation du personnel en fonction des besoins évolutifs des résidents afin de leur permettre de demeurer dans le milieu et éviter les transitions. La dotation évolutive est d'autant plus justifiée pour répondre aux besoins d'une majorité de résidents atteints de maladies neurodégénératives. C'est dans ce contexte qu'un outil de mesure de l'intensité des soins spécifique aux milieux d'hébergement et SLD ainsi que les indicateurs de résultats permettrait de déterminer l'effectif requis.

### MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS

#### Orientation n°13

- La planification des effectifs en soins infirmiers se fait selon un modèle de dotation équilibrée, en tenant compte des quatre composantes, le tout en respect des dispositions locales et nationale des conventions collectives.

#### Orientation n°14

- L'ajustement des effectifs de base est effectué minimalement une fois par année à la suite de l'évaluation des besoins des résidents ou lors de changement dans la condition de santé des résidents ayant un impact sur la complexité et l'intensité des soins.

## 11.2 Modèle d'organisation des équipes de soins infirmiers

Le modèle traditionnel d'équipes de soins infirmiers organisées en triade composée d'une infirmière, une infirmière auxiliaire et un PAB n'est pas le modèle d'organisation de soins à privilégier dans le contexte d'utilisation optimale des compétences des membres de l'équipe de soins infirmiers dans les milieux d'hébergement et SLD.

Toutefois, la stabilité de l'équipe et la communication au sein de celle-ci demeurent des facteurs incontournables, d'autant plus pour la clientèle hébergée, afin de connaître les histoires de vie, les habitudes de vie et les besoins des résidents ainsi que pour leur assurer des repères rassurants. Ainsi, une équipe de proximité stable composée d'infirmières auxiliaires et de PAB doit être mise en place, laquelle doit être ajustée selon le niveau d'intensité des soins et les indicateurs de résultats. La relation de confiance entre les infirmières auxiliaires et les PAB et, les résidents ainsi que leurs proches, est une condition qui favorise l'échange d'information et des soins adaptés et personnalisés.

Quant aux infirmières, on leur attribue une cohorte de résidents. Elles ne sont donc pas liées à une dyade spécifique d'infirmière auxiliaire et de PAB puisqu'elles exercent auprès de plusieurs dyades. Toutefois, il importe qu'on attribue aux infirmières une cohorte de résidents qui tient compte de la complexité des conditions cliniques et des besoins des résidents, des compétences et du niveau d'expertise requis. L'évaluation, la surveillance, le suivi clinique, l'ajustement des plans d'intervention ainsi que la coordination et la continuité des soins nécessitent que les infirmières connaissent les résidents de leur cohorte. La présence d'une relation de confiance entre les infirmières, les PAB et les infirmières auxiliaires est également requise afin d'assurer une collaboration d'équipe des soins infirmiers efficace. L'attribution d'un groupe de résidents aux infirmières permet de développer une relation de confiance avec ceux-ci et leurs proches afin de connaître leurs besoins et d'assurer un travail d'équipe efficace et des soins de qualité pour les résidents. Cela facilite également l'exercice de l'étendue de la pratique infirmière, tel que décrit dans la section 9.3.

Il importe que les infirmières reçoivent toute l'information de l'équipe de soins de proximité afin qu'elles puissent intervenir au moment opportun. Ainsi, lors de changements ou d'une détérioration dans la condition de santé des résidents ou autres événements cliniques, elles seront interpellées afin de procéder aux évaluations et suivis requis. Il importe de préciser que l'infirmière est notamment responsable de déterminer les soins, les suivis, de coordonner les soins, d'en assurer la continuité et d'accompagner les résidents et leurs proches pour la cohorte attribuée.

La DSAPA et la DSI collaborent afin de déterminer le nombre d'infirmières cliniciennes requis dans l'équipe de soins infirmiers selon la complexité des besoins et des compétences requises. Pour ce faire, ils tiendront notamment compte des besoins des résidents, de la complexité des soins et des compétences requises.

L'ajout de personnel en soutien clérical, administratif et technique ainsi que l'exercice d'activités de soins non réglementées par des PAB permet d'utiliser de façon judicieuse les compétences des infirmières auxiliaires, notamment afin d'améliorer leur contribution aux activités d'évaluation et à l'élaboration des plans thérapeutiques infirmiers.

ÉQUIPE SOINS INFIRMIERS DÉDIÉE À UN GROUPE DE RÉSIDENTS	ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS DÉDIÉE À UNE COHORTE DE RÉSIDENTS
DYADE DE PROXIMITÉ PAR SECTEUR OU MAISONNÉE	ÉVALUATION, SURVEILLANCE, SUIVI, COORDINATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préposés aux bénéficiaires (PAB)</li> <li>- Infirmières auxiliaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistantes du supérieur immédiat</li> <li>- Infirmières et infirmières cliniciennes</li> <li>- Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)</li> </ul>

Concernant la composition de l'équipe interdisciplinaire, la DNSSI laisse aux directions cliniques concernées le soin de déterminer la composition de l'équipe selon les besoins des résidents.

MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS
<b>Orientation n°15</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Un modèle d'organisation des soins infirmiers de base composé d'infirmières auxiliaires et de PAB attribués à un groupe de résidents est en place, tout en misant sur l'utilisation optimale des compétences professionnelles des infirmières auxiliaires.</li></ul>
<b>Orientation n°16</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les infirmières interviennent lorsqu'une situation clinique le justifie afin d'évaluer, d'assurer la surveillance et le suivi clinique ainsi que la coordinations des soins des résidents sous leur responsabilité.</li></ul>

## 12. PLANIFICATION ET GESTION DES EFFECTIFS

### 12.1 Gouvernance relative à la planification des effectifs

Les établissements ont tout à gagner d'une planification rigoureuse des effectifs infirmiers pour l'ensemble des secteurs de soins. D'un point de vue stratégique, en collaboration avec divers partenaires, le plan d'effectifs doit demeurer sous la gouverne du PDG qui intègre les recommandations de la DSI qui, selon les responsabilités conférées par le cadre légal, doit s'assurer de la distribution appropriée des effectifs et de la planification des soins. La détermination de la composition d'une équipe de soins, que ce soit dans le cadre de la révision du registre de postes, la révision d'une organisation de soins ou de la mise en place d'un nouveau service, doit être réalisée par les gestionnaires de proximité en collaboration avec les directions visées. Dans les EPC, les responsabilités légales de la DSI sont les mêmes et la concertation doit se faire avec les directeurs et conseillers visés. Cette planification a un impact direct sur la qualité des soins et des services offerts, mais également à l'égard de l'utilisation judicieuse des compétences professionnelles en soins infirmiers.

Chaque établissement doit mettre en place des mécanismes pour veiller à la gestion efficiente de l'équipe de soins infirmiers en hébergement et SLD, avec la participation des DSAPA, DRH et DSI pour contrer les effets néfastes que peut avoir une mauvaise composition d'équipe de soins infirmiers sur la réponse aux besoins des résidents, les résultats de soins et la santé de l'effectif en soins infirmiers. Il pourrait, par exemple, s'agir de confier ce mandat à un comité au sein duquel les trois directions concernées seraient représentées.

Peu importe le mécanisme choisi, la concertation entre les DSAPA, DRH et DSI est incontournable et permettra :

- D'assurer une compréhension commune des enjeux de main-d'œuvre en soins infirmiers, notamment par le suivi d'indicateurs clés;

- De doter l'établissement d'une main-d'œuvre en soins infirmiers (incluant, infirmières, CEPI, infirmières auxiliaires, CEPIA et PAB) en quantité suffisante et ayant les compétences requises;
- De définir, en partenariat avec les diverses directions cliniques et de programmes services, les titres d'emploi et profils de ressources qui doivent composer les équipes de soins infirmiers et de la compétence attendue;
- De travailler en partenariat notamment avec les équipes de soins infirmiers en place;
- D'impliquer les équipes de soins infirmiers en place et différentes instances concernées, notamment le conseil des infirmières et des infirmiers (CII), dans l'analyse des besoins en soins infirmiers dans le secteur.

Les éléments à considérer pour la composition des équipes sont :

- La perspective des résidents et des PPA;
- L'évaluation constante des besoins des résidents en temps réel, la complexité des soins et l'ajustement de l'organisation des soins;
- Les compétences requises des membres de l'équipe de soins infirmiers et leur plein exercice professionnel;
- La reconnaissance des niveaux de formation par l'attribution de postes d'infirmières cliniciennes;
- L'utilisation d'un modèle de dotation équilibrée;
- Le recours à un outil de mesure de l'intensité et de complexité de soins permettant d'orienter la planification des effectifs en soins infirmiers lorsque disponible ou à des indicateurs de soins le cas échéant;
- La qualité des milieux de pratique, y compris d'un point de vue de la santé et sécurité au travail;
- L'attraction, l'intégration et la rétention de la main-d'œuvre en soins infirmiers;
- La disponibilité des ressources sur le territoire.

Rappelons que l'implication des résidents et de leurs proches est fondamentale pour s'assurer de la réponse aux besoins des résidents.

#### GOVERNANCE ET PLANIFICATION DES EFFECTIFS

##### **Orientation n°17**

- La DSI est partie prenante de toutes révisions d'organisation des soins et variations des titres d'emplois affectant directement ou indirectement la composition des équipes de soins infirmiers. Elle doit en faire l'approbation.

##### **Orientation n°18**

- Chaque établissement met en place des mécanismes impliquant la DSAPA, la DSI et la DRH pour veiller à la gestion efficiente des effectifs infirmiers maximisant la juste utilisation des compétences des membres de l'équipe.

## 12.2 Planification des effectifs

Jusqu'en 2020, une seule étude québécoise avait examiné l'offre de ressources humaines selon les besoins des résidents dans les CHSLD d'un établissement de la région de Montréal<sup>27</sup>. Celle-ci concluait à un déficit entre l'offre de ressources humaines et les besoins des résidents dans les CHSLD. Or, il est démontré que les problèmes de dotation ont des impacts tant au niveau de l'organisation des soins que de la mobilisation des ressources humaines. Ils peuvent entraîner une répartition inefficace des activités entre les travailleurs.

Des études et lignes directrices, émises par des experts américains portant sur les effectifs requis en soins infirmiers pour assurer l'amélioration de la qualité des soins rapportent qu'un minimum de 4,0 heures-soins / résident/ 24 heures sont requises pour assurer la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée<sup>28</sup>. Cette donnée comprend les heures effectuées par les membres de l'équipe de soins infirmiers qui effectuent des soins directs (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB). Toutefois, il est précisé que le nombre d'heures-soins doit s'ajuster et peut être augmenté selon la complexité des soins et les besoins évolutifs des résidents. Quant aux données canadiennes, elles démontrent une variabilité d'une province à l'autre. Il y a toutefois consensus autour de ce minimum.

Dans un autre ordre d'idée, les questionnaires SAPA rapportent qu'il y a de plus en plus de résidents ayant des profils ISO-SMAF de 7 à 10 dans les installations d'hébergement et SLD. Ces résidents présentent souvent de problèmes psychosociaux, des comportements d'agressivité et de désinhibition sexuelle et sont habituellement refusés dans les ressources intermédiaires. Cela engendre donc une pression accrue sur les équipes de soins infirmiers.

Or, au Québec, en 2022-2023, 86 % des CHSLD publics et privés conventionnés offraient plus de 3,6 heures-soins par résidents dont 49 % se situent au-dessus de quatre heures-soins/ résident par 24 heures par l'équipe de soins infirmiers. Seuls 14 % des CHSLD offraient moins de 3,6 heures-soins/ résident sur 24 heures. Les effectifs ont été considérablement augmentés au cours des cinq dernières années en raison de la complexité et de l'intensité accrue des soins dans les milieux d'hébergement et SLD.

Par ailleurs, une étude québécoise menée par CIRANO en 2023, a examiné l'offre de ressources humaines dans 58 CHSLD publics répartis dans quatre établissements en lien avec les besoins des résidents, et ce, avant et pendant la première vague de pandémie.<sup>29</sup> Pour ce faire, trois scénarios présentés dans le tableau ci-dessous ont été utilisés pour examiner la planification des effectifs et les besoins des résidents:

1. Besoins des résidents selon les profils Iso-SMAF et nombre d'heures-soins par résident selon Tousignant (2007);
2. Ratios minimum proposés par Voyer (2016);

---

<sup>27</sup> Borgès Da Silva, 2021

<sup>28</sup> BC care providers association 2019

<sup>29</sup> Rapport de projet CIRANO 2023

3. Standards minimums recommandés par le *US Centers for Medicare and Medicaid Services* (2020).

#1 SELON ISO SMAF	#2 RATIOS MINIMUM VOYER	#3 STANDARDS MINIMAUX US
2007	2016	2020
Nombre minimal d'heures-soins par résidents/ par 24 heures		
<b>Essentiellement entre 3,15 et 4,45</b>	<b>2,81</b>	<b>4,1</b>
Entre 25 et 30 % ressources professionnelles en soins infirmiers	Près de 40 % des ressources professionnelles en soins infirmiers	Entre 30 et 35 % ressources professionnelles en soins infirmiers pouvant atteindre jusqu'à 50 %

Le premier scénario (Tousignant, 2007) présente un calcul d'heures-soins selon les profils Iso-SMAF des résidents. On y observe que le nombre d'heures-soins d'infirmières et d'infirmières-auxiliaires est moindre. Toutefois, les experts s'entendent sur le fait que la complexité des besoins en soins des résidents s'est considérablement accrue au cours de la dernière décennie.

Le second scénario est celui présenté par Philippe Voyer en 2016. Bien que celui-ci situe la proportion de ressources professionnelles en soins infirmiers de façon comparable à ce que la littérature recommande actuellement, le nombre d'heures-soins minimal est inférieur aux données les plus récentes.

Finalement, le dernier scénario est celui des standards minimaux recommandés par le US Centers for Medicare and Medicaid Services en 2020 et celui qui fait consensus actuellement dans la littérature. Concernant le nombre d'heures-soins par résident par jour requis par les professionnels en soins infirmiers, un consensus se dégage pour la répartition suivante :

- Effectif professionnel (infirmières et infirmières auxiliaires) : entre 35-40 %
- Effectif en soins d'assistance (PAB) : entre 60-65 %

De plus, selon la littérature, lorsque le nombre d'heures-soins augmente en raison de l'acuité et de besoins accrus, c'est la proportion d'infirmières et d'infirmières auxiliaires qui augmente laquelle peut atteindre jusqu'à 50 % de l'effectif total en soins infirmiers<sup>12</sup>.

### 12.2.1 Répartition et ajustement des effectifs

Le modèle de dotation équilibrée guide la répartition des effectifs afin de tenir compte des éléments suivants :

- Les besoins en soins d'assistance et le respect des habitudes de vie des résidents;
- Les besoins en soins professionnels selon le niveau d'acuité de soins et les conditions cliniques des résidents;
- Les périodes d'éveil et les activités des résidents;

- Les nouvelles admissions et la surveillance clinique intensifiée en période de transition.

Il est documenté qu'en contexte d'hébergement et SLD, les besoins en soins professionnels et soins d'assistance sur le quart de soir sont comparables à ceux sur le quart de jour en période d'éveil alors que l'effectif est parfois considérablement réduit. Aussi, il n'y a aucune distinction entre les besoins des résidents la fin de semaine et en semaine. Ainsi, la répartition des effectifs doit tenir compte de ces éléments. La combinaison de quarts de travail de 8 heures et de 12 heures permet une meilleure agilité afin d'ajuster les effectifs en soins infirmiers selon les éléments décrits précédemment. Cela doit toutefois se faire dans le respect des dispositions locales et nationales des conventions collectives.

De plus, la configuration des lieux physiques et les normes en vigueur ont un impact sur la répartition des effectifs particulièrement en présence de milieux fermés comme les secteurs prothétiques et les maisonnées dans les MDA MA. La présence d'un membre de l'équipe est requise en tout temps, incluant dans les milieux fermés. Aussi, le regroupement de clientèle ayant des besoins accrus en soins d'assistance et professionnels a également un impact sur le nombre d'effectifs requis. À titre d'exemple, le regroupement de résidents présentant des polyhandicaps ou des comportements perturbateurs comme dans les unités prothétiques influencera à la hausse le besoin d'effectifs minimum. Une analyse spécifique des besoins de soins de la clientèle est requise pour assurer la réponse aux besoins de ces clientèles.

Ainsi, dans ces lieux et selon les besoins de la clientèle, le nombre d'heures-soins pourrait être supérieur à celui que l'on retrouve dans les installations où la configuration est ouverte. D'ailleurs, en raison de ces contraintes, les effectifs requis en soins infirmiers seraient possiblement similaires dans des milieux fermés hébergeant 12 résidents ou 15 résidents.

#### PLANIFICATION DES EFFECTIFS

##### **Orientation n°19**

- La répartition des effectifs tient compte de la complexité des soins, des périodes d'éveil et habitudes de vie des résidents, du regroupement des clientèles ayant des besoins accrus et des normes relatives à la configuration des lieux physiques. Pour ce faire, la juxtaposition de quarts de travail de différentes durées est à préconiser.

##### **Orientation n° 20**

- La planification des effectifs de base de l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, PAB) se situe minimalement à 4,0 heures-soins par résident par 24 heures, dont au moins 1,4 à 1,6 heure-soins par les infirmières et les infirmières auxiliaires (soit 35 à 40 % des heures-soins).

### 12.3 Plan de contingence

Un plan de contingence est un plan préventif, prédictif et parfois réactif. Il permet de faire face à une menace potentielle de bris de service et de maintenir une organisation de soins de qualité et sécuritaires. Ce plan représente une aide à la décision qui propose des solutions alternatives et des moyens afin de permettre une réponse organisationnelle optimale lors d'une atteinte au fonctionnement normal des

équipes de soins en cas de pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers, d'absence de ressources de remplacement (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) ou d'augmentation imprévue de l'intensité de soins ou lors d'une situation de crise exceptionnelle.

Pour chaque installation d'hébergement et SLD, un plan de contingence doit être élaboré en collaboration entre la DSAPA, la DSI et la DRH de l'établissement et approuvé par les hauts dirigeants de l'établissement ou par les directions concernées dans les EPC.

Ce plan comprendra :

- Des critères de priorisation;
- Des paramètres cliniques et organisationnels permettant de rendre opérationnelle une structure de coordination et de planification d'activités de soins et services en contexte de contingence :
  - o Description de situations nécessitant une réorganisation tenant compte de l'ensemble de l'effectif disponible.
- Les options de réorganisation impliquant l'ensemble du personnel présent dans l'installation pouvant contribuer à la prestation des soins;
- Les situations où il sera nécessaire de faire appel à une instance plus élevée pour tenter de mitiger le risque à la sécurité des soins (exemple, moment où un appel au gestionnaire de garde est requis pour entériner des décisions de réorganisation);
- Les critères et les éléments permettant une réorganisation impliquant plus d'une installation de l'établissement dans certaines situations.

Lorsque l'application du plan de contingence est requise, l'ASI ou le gestionnaire de profession infirmière du milieu ou de l'installation tiendra compte des éléments suivants :

- Composition de l'équipe en place (titres d'emploi, nombre de ressources, compétences et connaissance des membres de l'équipe ...);
- Niveau d'acuité des soins dans le secteur et dans l'installation au moment où l'équipe est incomplète;
- Capacité de prise en charge des résidents.

Les mesures prises concerneront notamment la révision de la composition de l'équipe de soins, la réorganisation de la couverture infirmière dans l'installation ou l'établissement, l'utilisation de modes de dispensation de soins virtuels ou autres, la révision de l'organisation des soins pour permettre une utilisation optimale des compétences et la mise en place de soutien clinique ou de jumelage.

Il est important que ce plan soit connu de tous, soit de l'équipe de soins infirmiers, les directions partenaires, le syndicat, les PPA ainsi que du comité de résidents. Lors de l'application d'un plan de contingence, il est fortement recommandé de faire une évaluation a posteriori de l'efficacité et des impacts

des solutions qui ont été mises en place. Cette analyse doit se faire avec des représentants de la DSAPA, la DSI et la DRH et pourrait, le cas échéant, mener à la révision du plan de contingence. Par ailleurs, une révision annuelle du plan est conseillée.

## PLAN DE CONTINGENCE

### Orientation n°21

- Un plan de contingence est élaboré pour chaque installation en hébergement et soins de longue durée. Ce plan est élaboré et approuvé en collaboration par la DSAPA, la DSI et la DRH. Il est révisé sur une base régulière.

## 13. ÉQUIPES EN SOUTIEN

Les équipes en soutien sont les différentes ressources qui gravitent autour des résidents, de leurs proches et des soignants. En accompagnant les soignants dans la réalisation d'activités cliniques ou encore, en soutenant les soins par des activités logistiques et administratives, ces équipes contribuent à assurer un environnement favorisant une prestation de soins de qualité et sécuritaire tout en permettant aux soignants de se consacrer aux activités qui requièrent leurs compétences.

On regroupe ces équipes sous deux grandes catégories, soit :

- Équipe de soutien clinique;
- Équipe de soutien pour les tâches cléricales, administratives et techniques.

### 13.1 Équipe de soutien clinique

Le soutien clinique s'inscrit dans une culture d'amélioration continue des soins et de développement des compétences. Il consiste en un ensemble d'activités structurées individuelles ou en groupe ayant pour but le développement et le perfectionnement des compétences des soignants.<sup>30</sup> Il est essentiel afin de développer et de maintenir les compétences et l'expertise pour faire face à la complexité croissante des soins<sup>31</sup>.

Le soutien clinique est essentiel pour assurer le développement des compétences spécifiques en soins infirmiers, accompagner les soignants lors de situations de soins complexes de même que lors de l'intégration de nouveau personnel en soins infirmiers, de l'implantation des nouvelles pratiques ou encore, lors de réorganisation des soins. Il s'exerce tant auprès de soignants novices que des plus expérimentés. Le soutien clinique peut notamment s'effectuer selon différentes modalités d'après les besoins identifiés par exemple, par l'accompagnement en situation clinique directe, la consultation, le mentorat ou le préceptorat.

<sup>30</sup> MSSS (2008)

<sup>31</sup> Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (2021)

Le soutien clinique peut être offert par différentes ressources professionnelles pour intervenir en situation de soins complexes, généralement par des infirmières reconnues pour leur expertise spécifique (exemple : en soins de plaies, en prévention et contrôle des infections, en soins palliatifs et de fin de vie ou lors d'intervention en présence de SCPD). Plusieurs d'entre elles occupent des fonctions de conseillères cadres ou conseillères en soins infirmiers ou agissent comme infirmières en pratique avancée au sein des DSI. Par ailleurs, des infirmières auxiliaires peuvent également être mises à contribution pour le soutien clinique envers leurs pairs.

Or, au cours des dernières années au Québec, le nombre de postes associés au soutien clinique a considérablement diminué<sup>32</sup>. Plus spécifiquement, de 2013 à 2018, une diminution de 60 % d'infirmières en pratique avancée détenant une fonction de conseillère cadre en soins infirmiers (CCSI) a été rapportée au Québec<sup>33</sup>. Dans ce contexte, il est parfois difficile pour les DSI d'accompagner la pratique des équipes de soins, et ce, dans les différents secteurs d'activités. Cette situation est associée à la diminution des activités de mentorat<sup>34</sup>. Dans ces conditions, la capacité des DSI à assurer du soutien clinique et les suivis relatifs à la qualité et à la sécurité des soins dans ces installations est affectée.

À la suite de ce constat et des impacts sur les soins et les pratiques, les commissaires des États généraux sur la profession infirmière ont recommandé l'accroissement du nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant des fonctions de soutien clinique dans les établissements de santé au Québec, ce que la DNSSI appuie également.

Nous réitérons l'importance d'avoir non seulement des infirmières ayant des expertises spécifiques pour soutenir les équipes de soins infirmiers mais également, des infirmières en pratique avancée détenant une formation de niveau maîtrise en sciences infirmières, dont des infirmières de pratique avancée en soins aux aînés. L'infirmière en pratique avancée exerce son leadership au niveau du personnel soignant, des ASI et des gestionnaires. Elle peut également le faire auprès des autres professionnels de la santé qui gravitent autour de l'équipe de soins infirmiers. Elle facilite l'intégration et l'utilisation des évidences fondées sur des preuves et favorise une culture d'apprentissage.<sup>35</sup> Pour ce faire, elle s'appuie sur de solides connaissances scientifiques, un savoir infirmier approfondi, des compétences en leadership, en collaboration intra et interdisciplinaire, en recherche, en réflexion éthique et en consultation mentorat.<sup>36</sup>

Par ailleurs, des intervenants ou professionnels provenant d'autres disciplines peuvent également contribuer au soutien des équipes de soins infirmiers. Cette contribution concerne les pratiques communes entre ces intervenants et l'équipe de soins infirmiers. À titre d'exemple, du soutien à l'assistance concernant l'alimentation d'un résident dysphagique pourrait être apporté par une nutritionniste. Il

---

<sup>32</sup> Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (2021).

<sup>33</sup> Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018: Le Québec et ses régions*.

<sup>34</sup> Ducharme, F., Salois, R. (2022). Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021 : Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec, un changement porteur d'avenir. 104 p.

<sup>35</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada (2019).

<sup>36</sup> Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophones (2018).

importe que les ressources provenant d'autres disciplines qui offrent du soutien clinique aux équipes de soins infirmiers s'assurent de suivre les orientations cliniques déterminées par la DSI et la DSAPA.

## **13.2 Équipe de soutien pour les tâches cléricales, administratives et techniques**

Dans le but de potentialiser la composition de l'équipe en soins infirmiers et l'exercice d'activités qui requiert la compétence spécifique des soignants, il est essentiel de pouvoir compter sur du personnel de soutien permettant de dégager les cliniciens des tâches cléricales, administratives et techniques. La présence de cette équipe, dont la composition des membres répond aux besoins identifiés et en nombre suffisant, viendra appuyer l'équipe de soins infirmiers ainsi que les intervenants et professionnels de l'équipe interdisciplinaire afin que ceux-ci puissent se concentrer aux soins directs et éviter le temps accordé aux tâches connexes aux soins.

### **13.2.1 Soutien clérical et administratif**

Un des domaines de soutien ayant un grand impact sur l'équipe de soins infirmiers est les domaines clérical et administratif. Ces diverses fonctions soutiennent les équipes cliniques dans les établissements de santé. Le travail des agents administratifs aide à diminuer le fardeau administratif reposant sur les équipes de soins infirmiers afin de libérer du temps pour les activités à valeur ajoutée auprès des résidents. Ainsi, la présence d'agents administratifs doit se traduire en gain réel pour les équipes soignantes.

La DNSSI recommande que les établissements mettent en place des mesures pour optimiser la contribution des ressources occupant des fonctions cléricales et administratives dans le but de retirer les tâches sans valeur ajoutée de cette nature aux membres de l'équipe de soins infirmiers. L'annexe 4 présente une liste non exhaustive de tâches pouvant être accomplies par des agents administratifs.

### **13.2.2 Autres fonctions**

Outre les personnes qui exécutent des tâches de nature cléricale et administrative, d'autres personnes composent l'équipe de soutien. Ces personnes n'ont pas de formation dans le domaine de la santé.

Les tâches pouvant être accomplies par ce personnel sont variées et selon la nature de la fonction, elles peuvent avoir des liens directs ou indirects avec les résidents et leurs proches. Elles permettent aux équipes de soins de se consacrer aux fonctions qui requièrent leurs compétences spécifiques et aux interventions directes auprès des résidents. Le choix de la ressource appropriée dépend des besoins de soutien identifiés. À titre d'exemple, il peut s'agir d'aides de service ou de préposés à l'unité ou au pavillon. L'annexe 4 précise des exemples de tâches pouvant être effectuées par des personnes qui agissent en soutien aux équipes soignantes. La DSI est responsable d'encadrer les activités en lien avec des soins directs ou indirects effectués par des ressources de soutien technique.

Il importe de préciser que la présence de personnel de soutien clérical, administratif et technique ne peut pas pallier l'absence d'un PAB, lequel donne des soins directs aux résidents. Cette équipe permet aux soignants de se consacrer aux activités cliniques qui requièrent leurs compétences spécifiques et d'éviter le temps accordé aux tâches connexes aux soins, optimisant ainsi la prestation des soins et ayant un impact direct sur la gestion des effectifs.

## ÉQUIPE DE SOUTIEN POUR LES TÂCHES CLÉRIQUES, ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES

### Orientation n°22

- L'établissement assure la présence requise de personnel de soutien clérical, administratif et technique selon les besoins des milieux afin d'optimiser l'utilisation des ressources qui effectuent les soins directs.

## 14. ÉQUIPES MÉDICALE ET INTERDISCIPLINAIRE

Le travail en équipe interdisciplinaire efficace doit être complémentaire et partagé. Le principal défi pour le personnel infirmier est de connaître l'apport de chacun des professionnels et intervenants dans le processus de soins et d'identifier les moyens efficaces pour mieux travailler en collaboration (Bilodeau et Laughrea, 2023). Les bases d'une collaboration réussie reposent sur une fine connaissance des rôles, le recours à un langage commun et des mécanismes de fonctionnement bien définis (Yoder-Wise, 2020). À cet effet, le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, publié en 2010 par Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, présente l'ensemble des facteurs à considérer pour mettre en place une collaboration efficiente (annexe 5).

### 14.1 Médecins et infirmières praticiennes spécialisées

La présence d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSP) est indispensable dans les CHSLD, en raison de la clientèle qui présente des conditions de santé complexes nécessitant une prise en charge. L'objectif consiste à fournir une réponse adaptée aux besoins du résident, à éviter les transferts vers le milieu hospitalier et à traiter rapidement la clientèle lors d'épisodes de soins aigus, ainsi qu'à éviter la détérioration de la condition de santé globale et favoriser le maintien des capacités et de la qualité de vie.

En collaboration avec l'équipe de soins infirmiers et l'équipe interdisciplinaire, le médecin ou l'IPSP en milieu d'hébergement et SLD prend en charge les résidents et leurs proches dans une perspective globale de santé. Considérant leur présence non continue dans l'installation, nous invitons les établissements à privilégier leur intégration dans une optique d'interdisciplinarité, en favorisant la plus grande autonomie de chacun des professionnels de l'équipe, et ce, afin d'assurer un suivi adéquat de la clientèle hébergée.

L'accès aux soins passe en effet par une pratique autonome mettant à profit non seulement les compétences et les connaissances scientifiques des infirmières et des infirmières auxiliaires, mais également l'utilisation adéquate d'outils d'encadrement de la pratique, comme des protocoles nationaux lorsque ceux-ci sont disponibles, des protocoles locaux, ou encore, des ordonnances collectives<sup>37</sup>. Ces outils permettent notamment aux infirmières et aux infirmières auxiliaires, le cas échéant, d'initier des médicaments, des traitements, des examens ou des soins requis par la condition des résidents et selon des circonstances précises. Toutefois, le processus d'adoption des ordonnances collectives qui prévaut dans l'établissement doit être appliqué.

<sup>37</sup> INESSS : <https://www.inesss.gc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees.html>

## ÉQUIPE MÉDICALE ET INTERDISCIPLINAIRE

### Orientation n°23

La planification des effectifs médicaux et d'IPSPL se fait avec l'implication et la collaboration des directions concernées dont la DSI, la direction médicale et la Direction SAPA.

## 14.2 Équipe interdisciplinaire

En raison de la complexité et de la fragilité de la clientèle hébergée, la présence d'autres professionnels et intervenants est indispensable en hébergement et SLD. En collaboration avec les autres membres des équipes, les résidents et leurs proches le cas échéant, ils contribuent à assurer le maintien de l'autonomie des résidents, diminuer les risques associés à leur condition et maintenir la qualité de vie des résidents.

L'équipe interdisciplinaire complémentaire est notamment constituée des personnes suivantes :

- Pharmacien
- Technicien en éducation spécialisée
- Nutritionniste
- Physiothérapeute et technologue en physiothérapie
- Ergothérapeute
- Travailleur social et technicien en travail social
- Intervenante en soins spirituels et en loisirs

Il est de la responsabilité des établissements d'établir la composition de l'équipe interdisciplinaire, notamment selon le nombre de résidents et les besoins identifiés. Le cas échéant, l'accès à des services plus spécialisés, comme ceux de médecine dentaire ou d'optométrie, doivent faire l'objet de corridors de services.

## 15. APPROCHES TECHNOLOGIQUES ET DE TÉLÉSANTÉ

Les présentes orientations s'inscrivent en cohérence avec les objectifs et travaux ministériels relatifs au développement et au déploiement de moyens technologiques dans les différents secteurs du RSSS et lorsque disponible.

Ces approches peuvent notamment soutenir le développement ou consolider les compétences de l'équipe de soins infirmiers, favoriser l'accès aux professionnels et aux soins, les discussions d'équipe et la continuité des soins, faciliter la contribution et l'implication des proches auprès des résidents et des équipes soignantes ainsi qu'optimiser et améliorer les processus de soins. Les directions de soins infirmiers doivent être impliquées lorsqu'il s'agit de technologie en lien avec les soins infirmiers, et ce, à toutes les étapes du processus soit de l'analyse des besoins en passant par le choix des technologies jusqu'au déploiement et à l'analyse des résultats.

Elles se traduisent par l'accès à des formations sur les plates-formes en ligne, à des communautés de pratique virtuelles, à des activités de soutien clinique à distance, à des évaluations et discussions cliniques

par la télésanté, ainsi que l'utilisation d'objets connectés en santé, de dossiers de soins informatisés. Ce sont autant de moyens permettant de favoriser l'accès et améliorer les soins tout en soutenant les équipes et leur cohésion.

## 16. INDICATEURS

Le monitoring de données associées à la détermination de la composition des équipes de soins est un outil de suivi important, suscitant l'engagement de chacune des parties prenantes dans l'atteinte des objectifs. La performance clinique associée à la mise en place des présentes orientations ministérielles demeure incontournable et aussi importante que la performance financière. Les établissements, notamment les DSI, doivent demeurer vigilants à l'égard des fluctuations des indicateurs sensibles aux soins infirmiers, notamment lors de modification de la composition des équipes de soins infirmiers. L'objectif d'identifier la juste composition des équipes de soins assurant à la fois la performance et le maintien de la qualité des soins et services offerts ainsi que la sécurité de la clientèle. Il s'agit d'une responsabilité partagée entre la DSI et les directions cliniques partenaires, mais qui doit néanmoins être réalisée en partenariat avec les équipes de soins, dans un esprit de leadership partagé.

Le cadre de gestion de la performance en soins infirmiers proposé par Dubois et coll. (2013) tente de conceptualiser la performance clinique en contexte de soins hospitaliers (annexe 5). Il permet de mettre en relation trois grandes fonctions et quatorze dimensions, accompagnées de nombreux indicateurs potentiellement sensibles aux soins infirmiers. Ce cadre intégrateur permet de faire divers liens afin de déterminer l'efficacité et l'efficience des soins offerts dans nos établissements. Il permet également d'évaluer l'influence de l'environnement social, politique, économique, législatif et professionnel sur la performance clinique en soins infirmiers.

Il a été démontré que les éléments suivants affectent les résultats de soins : la formation initiale et continue, les processus de dotation des ressources infirmières, les conditions de travail, les conditions d'exercice, la gouvernance, le climat de travail, la connaissance et la valorisation des rôles et les organisations de soins en place (Dubois et coll., 2013; Dubois et D'Amour, 2016).

Dans un esprit de gestion efficiente des soins et services, nous privilégions trois grandes catégories d'indicateurs associées à la composition des équipes de soins infirmiers.

<b>Rôles et responsabilités</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Étendue de la pratique infirmière : exercice optimal du champ d'exercice tel que décrit à la section 8.4.1</li><li>▪ Contribution de l'infirmière auxiliaire aux activités d'évaluation</li><li>▪ Temps accordé à l'administration des médicaments par les infirmières auxiliaires par quart de travail</li><li>▪ Activités sans valeur ajoutée exercées par l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, PAB)</li></ul>
<b>Résultats de soins</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Indicateurs sensibles aux soins infirmiers : plaies de pression, erreurs d'administration des médicaments, infection urinaire par cathéter, chutes avec gravité</li></ul>

- Nombre de résidents présentant un SCPD et taux d'utilisation d'antipsychotiques
- Nombre de résidents ayant bénéficié de la démarche d'utilisation optimale des médicaments (démarche PEPS)
- Nombre de transferts vers les milieux hospitaliers
- Satisfaction des résidents et des PPA

**Gestion humaine des ressources**

- Plan de formation continue et coaching à l'implantation des nouvelles compétences
- Présence de soutien clinique (type ressource, nombre d'heures par semaine, etc.)
- Heures travaillées et nombre d'effectifs
- Satisfaction de l'effectif infirmier et qualité de vie au travail
- Taux d'invalidité

La mise en commun des indicateurs cliniques, financiers et en ressources humaines est essentielle afin d'obtenir un portrait global de la composition des équipes et mettre en relation diverses variables ayant toutes une influence les unes sur les autres.

## CONCLUSION

À la lumière des rapports d'experts parus à la suite du contexte pandémique au Québec dans les CHSLD et de la littérature recensée, un constat s'impose quant à l'augmentation de la complexité des besoins de la clientèle hébergée dans les installations de soins de longue durée au Québec et ailleurs.

Dans ce contexte, la conciliation milieu de vie et milieu de soins est incontournable comme en fait foi la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée* (MSSS, 2021). Les soins doivent tenir compte des besoins évolutifs des résidents et être ajustés en fonction de leur complexité, permettant de traiter rapidement la clientèle lors d'épisodes de soins aigus et d'éviter les transferts vers le milieu hospitalier. Ainsi, il est primordial qu'en fonction de ce changement de paradigme de gestion des équipes de soins, l'organisation des soins infirmiers et la composition de l'équipe soient flexibles, permettant les ajustements tout en optimisant l'utilisation des compétences des membres de l'équipe. En somme, un modèle de dotation équilibrée offre l'agilité requise aux besoins évolutifs et variables de la clientèle hébergée.

Les principes directeurs et balises présentés se veulent un guide en soutien aux directions des établissements, aux gestionnaires ainsi qu'aux équipes de soins infirmiers, dans une perspective d'assurer des soins de qualité et sécuritaires, adaptés aux besoins des résidents. Pour ce faire, la collaboration entre la DSAPA, la DSI et la DRH est essentielle, assurant l'adéquation entre les besoins des résidents, les compétences requises pour y répondre, les formations essentielles ainsi que le soutien clinique nécessaire au transfert des connaissances à la pratique et le développement des compétences.

Finalement, ces orientations réitèrent la place centrale des résidents et de leurs proches afin d'assurer leur dignité, leur bien-être ainsi que la réponse à leur besoin dans ce milieu qui sera le plus souvent leur dernier domicile. Les résidents hébergés en soins de longue durée et leurs proches doivent se sentir chez eux, en confiance et en sécurité.

## RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2019). *Advanced practice nursing : A pan-canadian framework*. 64 p. Disponible en ligne : <https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced Practice Nursing framework EN.pdf>
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2012). *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité*. Ottawa. 16 p. Disponible en ligne : <https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be92f6e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Staff Mix Framework 2012 f.pdf>
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN GÉRONTOLOGIE (2021). *Mémoire présenté dans le cadre des États généraux sur la profession infirmière*. 18 p.
- BÉRUBÉ AA, ROCH G, DALLAIRE C. (2018) Complémentarité des rôles clinico-administratifs infirmiers en contexte hospitalier: une étude de cas. *Recherche Soins Infirmiers*. Sept (134):60-9.
- BOLDUC, J. (2018). Mémoire : *Évaluation des liens entre la composition des équipes de soins infirmiers et la qualité et sécurité des soins dans des secteurs de soins critiques*. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal
- BORGÈS DA SILVA, R., DUBOIS, C.-A., Hamel M. (2017). *Part des activités cliniques et non cliniques réalisées par les médecins et les infirmières (2017RP-07, CIRANO)*. Disponible en ligne : [CIRANO /Sommaire / Part des activités cliniques et non cliniques réalisées par les médecins et infirmières - CIRANO](#)
- BORGÈS DA SILVA, R., DUBOIS, C.-A., & PRUD'HOMME, A. (2023). *Gestion de la pandémie de COVID-19 - Analyse de la dotation en personnel dans les centres d'hébergement de soins de longue durée du Québec au cours de la première vague (2023RP-12, Rapports de projets, CIRANO)*. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.54932/FUPO1664>
- BOURBONNAIS, A., DUBÉ, V. (2021). Des soins compétents et humains en CHSLD : Essentiels pour *assurer la dignité et le bien-être en toute circonstance*. Mémoire présenté au Protecteur du citoyen dans le cadre de l'enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD du Québec. 20 p.
- BOWERS J. B., NOLET K. (2013). Developing the green house nursing care team : variations on development and implantation. *The Gerontologist*, vol. 54 : S1; S53-S64
- BRITISH COLUMBIA CARE PROVIDERS ASSOCIATION (2019). *Filling the Gap : Determining appropriate staffing and care levels for quality in long terme care*. 51 p.
- BROUSSEAU, S. (2019). *Standards de pratique et compétences : guide à l'intention des infirmières œuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec*. JFD Edition. 82 p.
- BUSNEL C., LUDWIG C., DA ROCHA RODRIGUES MG (2020). *La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers*. *Recherche en Soins Infirmiers*. Mar (140); 7-16.

Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-1-page-7.htm?ref=doi>

CARLE, M.H. (2014). *L'expérience de séparation telle que décrite par des proches aidants vivant le placement de leur conjoint en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Essai en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières. Université du Québec en Outaouais. 126 p.

CHAVEZ, E.C., YODER, L. H. (2015). Staff nurse clinical leadership: A concept analysis. *Nursing Forum*, 50 (2), 90-100.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC et ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (2021). *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*. 78 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2021). *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés COVID-19 : Rapport préliminaire*. Gouvernement du Québec.

DALLAIRE, C. ET SES COLLABORATEURS (2008). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Gaëtan Morin Éditeur. 488 p.

D'AMOUR, D., DUBOIS, C-A, DÉRY, J. et al. (2012). Measuring actual scope of nursing practice. A new tool for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*. Vol. 42. numéro 5.

DÉRY, J., D'AMOUR, D. et ROY, C. (2017) L'étendue optimale de la pratique infirmière, Une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*. OIIQ. vol 14. numéro 1.

DUBOIS, C. A., D'AMOUR, D., POMEY, M. P., GIRARD, F., & BRAULT, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*, 12(7). Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-7>

DUBOIS, C.A., BORGES DA SILVA, R., LAVOIE-TREMBLAY, M., CLARKE, S. (2020) *Rapport de projet, Effets des législations imposant des ratios minimaux obligatoires de personnel infirmier - Une synthèse des preuves scientifiques* (2020RP-09, CIRANO). Disponible en ligne : <https://www3.cirano.qc.ca/files/publications/2020RP-09.pdf>

DUCHARME, F., SALOIS, R. (2022). *Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021 : Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec, un changement porteur d'avenir*. 104 p.

ESTABROOKS, C.A., STRAUS, S., FLOOD, C.M., ARMSTRONG, P., DONNER, G., BOSCARD, V., DUCHARME, F., SILVIUS, J. et WOLFSON, M. (2020). *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Société Royale du Canada.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code des professions : RLRQ, Chapitre C-26*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2020. Disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les infirmières et les infirmiers, Chapitre I-8*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2023. Disponible en ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-8>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : RLRQ, Chapitre S-4.2*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2023. Disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2023. Disponible en ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2020C22F.PDF>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Règlement sur les infirmiers praticiennes spécialisées, Chapitre I-8, r.15.1.1.1* [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2023. Disponible en ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-8,%20r.%2015.1.1.1>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 15 Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficace*, 2023.

HAMRIC, A.B. et al. (2013). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (4e éd.), Philadelphie (PA), W.B. Saunders.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Disponible en ligne : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/conciliation-du-secteur-de-soins-et-du-secteur-de-vie-en-centre-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree.html>

IRVINE DORAN, D., SIDANI, S. KEATING, M., et DOIGE, D. (2002). An empirical test of the nursing effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), 29-39.

KILPATRICK, K., TCHOUAKET, E., JABBOUR, M., & HAINS, S. (2020). A mixed methods quality improvement study to implement nurse practitioner roles and improve care for residents in long-term care facilities. *BMC Nursing*, 19, 6.

KIMBALL, B., JOYNT, J., CHERNER, D. et O'NEIL, E. (2007). The quest for new innovative care delivery models. *Journal of Nursing Administration*, 37(9), 392-398.

LANDRY, V., KILPATRICK, K., PAQUETTE, L., JABBOUR, M., BEAULIEU, M.-D., DUBOIS, C.-A., TCHOUAKET, E. & GAUTHIER, N. (2020). L'étendue du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans différents milieux de pratique au Québec : une étude de temps et mouvements. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1069>.

MARANDA, J., LESSARD, L. (2017). Prendre sa place : réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec, *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 45-52. Disponible en ligne: <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp->

[content/uploads/2023/01/MarandaetLessard\\_2017\\_InfirmiereClinicienne\\_Vol14no1\\_V2pp45-52\\_000.pdf](#)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*. Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de soutien clinique — volet préceptorat : cadre de référence*. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015) Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et fin de vie. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001531/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et services sociaux du Québec, La prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, 33 pages. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-02W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019a). *Balises ministérielles pour l'élaboration de l'offre de service de la Direction de soins infirmiers*. Direction nationale des soins et services infirmiers. Novembre

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019b) *Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité. Rapport du Groupe de travail national et de la consultation externe (TASK FORCE)*. Document de travail.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021a). *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : Des milieux de vie qui nous ressemblent*. 83p. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021b). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement*. 60 p. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Pour le mieux-être des personnes hébergées — Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026*. 70 p. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Plan d'action national sur les effectifs infirmiers, 2022-2024*. Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003542/?&date=DESC&type=plan-d-action&critere=type>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (2016). *Énoncés de position sur les soins et les services aux personnes hébergées en CHSLD*. Disponible en ligne : [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5473\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5473_doc.pdf)

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (2014). *Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière auxiliaire*. Disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/schema-3-inf-auxiliaire.pdf>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (2016). *Énoncé de position sur l'offre et la prestation de soins et services aux personnes hébergées en CHSLD*, 2 pages. Disponible en ligne : [https://www.oiaq.org/files/content/2016\\_09\\_16\\_OIIAQ\\_enonce\\_position\\_CHSLD.pdf](https://www.oiaq.org/files/content/2016_09_16_OIIAQ_enonce_position_CHSLD.pdf)

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (2014). *Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière auxiliaire*. Disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/schema-3-inf-auxiliaire.pdf>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3<sup>e</sup> édition, 121 pages. ISBN 978-2-89229-682-2. Disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)- Cadre de référence*, ISBN 978-2-89229-713-3. Disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2018) *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018: Le Québec et ses régions*.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (2021). *Passons à l'action pour que les soins aux aînés soient une priorité nationale au Québec : mémoire*. 15 pages. Disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3528-memoire-plan-action-maltraitance-web.pdf>

PROTECTEUR DU CITOYEN (2021). *La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir*. 72 p.

REY, S., SAVOIE, C., VOYER, P., AHOSSI, E.C., BOUCHARD, S., DALLAIRE, C., HARDY, M.S., DUCRAUX, D., ORTOLEVA BUCHER, C., COHEN, C. (2020). *Fondamentaux des soins : un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées*. Recherche en soins infirmiers. Sep (142), 7-30.

SÉVIGNY, I, EFFLO, P. (2016). *L'assistante infirmière-chef d'unité et la qualité des soins*. Perspective infirmière, 13 (4), 25-27. Disponible en ligne : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no04/09-organisation.pdf>

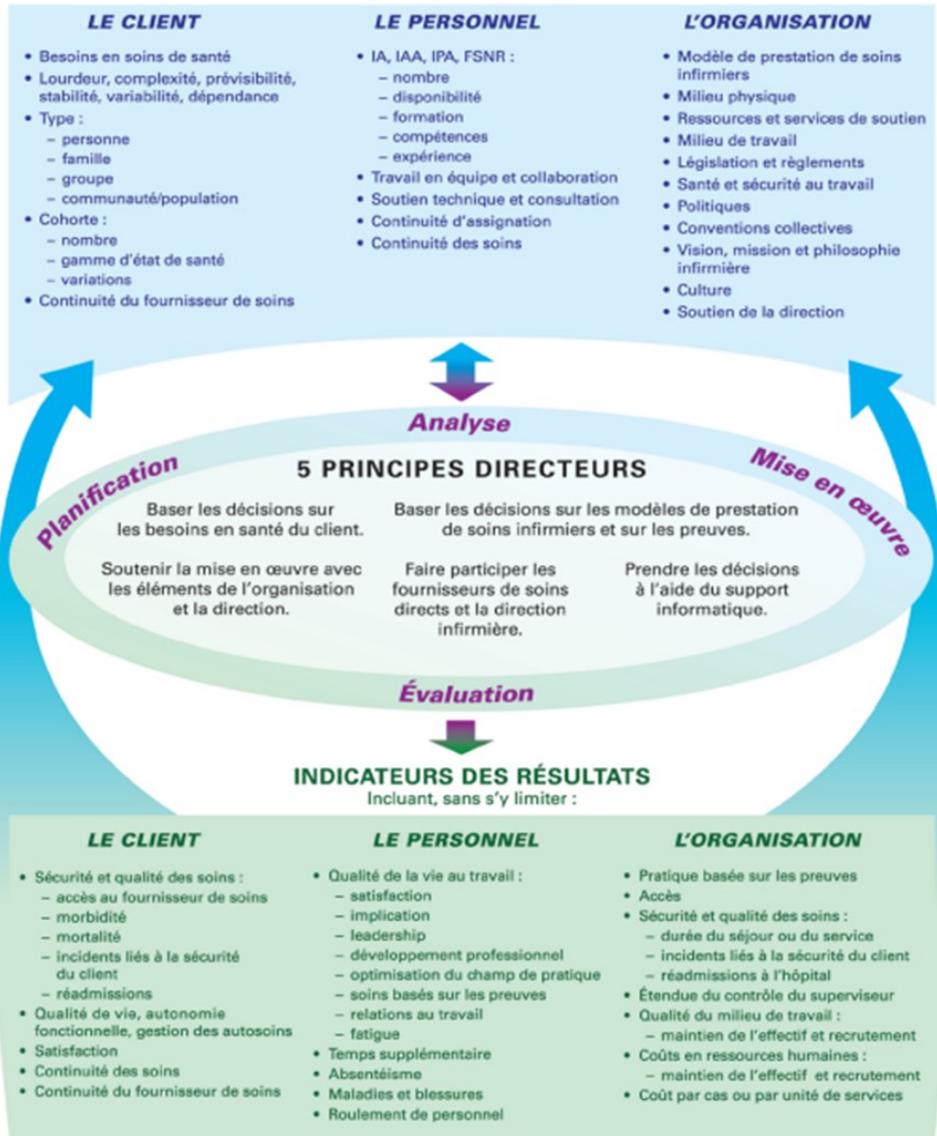
- SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE (SIDIIEF) (2018). La pratique infirmière avancée: vers un consensus au sein de la francophonie. Étude réalisée par Diane Morin. 90 p. Disponible en ligne: <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/2019/07/2018-Pratique-infirmiere-avancee-PDF.pdf>
- SPILBURY, K., HEWITT, C., STIRK, L., BOWMAN, C. (2011). International Journal of Nursing Staffing. Disponible en ligne : <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748911000538?token=5EE86B3BEA2CCF6488E471294DDCD61DF427D02430865CEAB8EC1A4DDA52BEDD85A685760E85E8894EBA9FB83452B3E7&originRegion=us-east-1&originCreation=20211206145122>
- VOYER, P., SAVOIE, C., REY, S. (2021). *Passer d'une dotation statique à une dotation équilibrée pour offrir une réponse adaptée aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement*. 29 p.
- VOYER, P. (2019). *Les ratios et les nouveaux modèles de soins*. Disponible en ligne : [https://youtu.be/98gGUXye\\_Nc](https://youtu.be/98gGUXye_Nc)
- VOYER, P. (2016). Les ratios infirmière-résidents en CHSLD. Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspective infirmière (OIIQ), mai-juin, vol. 13 no. 3, p. 45-50*.
- VOYER, P. (2014). *Les ratios et la qualité des soins en hébergement*. Disponible en ligne : <https://youtu.be/E9OLanlcU9g?list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJIPp72mu1qP>
- VOYER, P. (2013). *Comment analyser les différents ratios. Conférence adressée à la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec*. Novembre. Disponible en ligne : [https://youtu.be/SN-uebjXCY?list=PLDeZyroxJyASvkVOEGB\\_DP-XoK7OZmIHA](https://youtu.be/SN-uebjXCY?list=PLDeZyroxJyASvkVOEGB_DP-XoK7OZmIHA)
- YODER- WISE, P., WADDELL, J., WALTON, N. (2020). *Yoder-Wise's Leading and managing in Canadian nursing*. Second Edition, Toronto, On: Elsevier

## ANNEXE 1 – CADRE DÉCISIONNEL DE LA COMPOSITION DU PERSONNEL INFIRMIER (AIIC, 2012)

### Cadre décisionnel de la composition du personnel

#### FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Incluant, sans s'y limiter :



## ANNEXE 2 – CADRE DE RÉFÉRENCE DE DONABEDIAN (1988)

### EXEMPLE DE CARACTÉRISTIQUES STRUCTURELLES DANS LES SECTEURS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

#### Caractéristiques des résidents

- Intensité des soins variables selon la cote du profil ISO-SMAF. Celui-ci se situe majoritairement entre 10 et 14. Il s'agit de personnes dont les atteintes fonctionnelles, physiques et cognitives sont les plus sévères;
- Multiples comorbidités dont une grande proportion des troubles neurocognitifs majeurs (TNM) auxquels se juxtaposent des syndromes gériatriques, des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et de la polypharmacie;
- Présences des polyhandicaps (déficiences physiques et intellectuelles) et manifestations comportementales associées à une déficience intellectuelle ou à un trouble du spectre de l'autisme et atteintes physiques sévères;
- Conditions de santé évolutives s'accompagnant d'un risque accru de déconditionnement, de détérioration ainsi que d'épisodes de soins aigus;
- Impacts considérables des transitions sur la condition de santé physique et mentale (changements de secteur, de chambre, de personnel et nouveaux résidents).

#### Caractéristiques relatives au personnel en soins infirmiers

- Disparité dans le niveau de formation et les compétences relatives aux soins aux aînés, aux soins aux personnes présentant des polyhandicaps ainsi qu'en soins palliatifs et de fin de vie;
- Composition des équipes de soins infirmiers et proportion des professionnels et des non-professionnels pour répondre aux besoins;
- Difficulté d'attraction et de rétention du personnel en soins infirmiers dans les milieux d'hébergement et SLD entraînant de l'instabilité dans les équipes;
- Difficulté à doter les postes en contexte de pénurie d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires (PAB);
- Présence de personnel instable affectant la réponse aux besoins de résidents, le suivi et la surveillance clinique ainsi que la continuité des soins.

#### Caractéristiques relatives à l'environnement

- Environnement des CHSLD souvent vétuste ou non adapté aux besoins des personnes âgées ou des personnes présentant des polyhandicaps, ne favorisant pas l'application des meilleures pratiques;

- Configuration des lieux physiques en secteurs ou maisonnées fermées ou encore, en secteurs ou maisonnées ouvertes entre elles;
- Nombre de résidents par secteur, étage ou maisonnée;
- Regroupements des résidents ayant des profils comparables ou mixité des clientèles.

**Caractéristique relative à la gouvernance**

- Présence variable de gestionnaires de proximité et d'assistantes du supérieur immédiat (ASI) pouvant soutenir l'organisation des soins infirmiers;
- Niveau d'expérience des gestionnaires;
- Modèle de dotation statique ou flexible tenant compte :
  - des habitudes de vie des résidents;
  - de niveaux d'acuité des soins comparables de jour et de soir;
  - des soins requis par les conditions de santé physique et mentale des résidents;
- Présence variable du personnel de soutien aux soins et de soutien administratif;
- Présence variable de ressources professionnelles en soutien clinique aux équipes.

## ANNEXE 3 – PARTICULARITÉS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES MAISONS DES AÎNÉS ET LES MAISONS ALTERNATIVES (MDA MA)

En MDA MA, la configuration des lieux physiques en maisonnées distinctes et le regroupement des clientèles aînées ou ayant une déficience constituent les principales distinctions avec les installations CHSLD traditionnels.

**Les principes directeurs énoncés dans les présentes orientations s'appliquent également aux MDA MA.** Toutefois, s'ajoutent à ceux-ci des éléments spécifiques devant être considérés dans la détermination de la composition des équipes en soins infirmiers.

Essentiellement, il s'agit de:

- L'administration des médicaments à des horaires variables à même les chambres des résidents et non sous forme de tournées systématiques à l'aide d'un chariot;
- L'absence de tournée nocturne systématique en respect du sommeil des résidents à moins que la condition de santé le requière. Les interventions sont regroupées lors des périodes d'éveil;
- l'horaire des soins d'assistance aux AVQ variable sur tous les quarts de travail y compris pour les repas et les soins d'hygiène;
- Les maisonnées distinctes et fermées entre elles ne permettant pas une circulation de l'équipe aussi fluide sur un même étage;
- La présence en tout temps d'un soignant dans les maisonnées en raison des portes fermées entre celles-ci, et ce, même pendant les périodes de pause;
- Le regroupement des clientèles présentant des polyhandicaps et des besoins accrus dans une même maisonnée (MA);
- Le besoin accru d'effectifs notamment des PAB et des ressources en réadaptation notamment pour les clientèles présentant des déficiences physiques ou polyhandicaps et qui sont:
  - Ventilo-assistées ;
  - Alimentées par voie entérale ;
  - Spastiques ;
  - En situation d'embonpoint sévère ;
  - Intégrées à des programmes de réadaptation en continu.

## **ANNEXE 4 – LISTE NON EXHAUSTIVE D'ACTIVITÉS POUVANT ÊTRE EFFECTUÉES PAR DES RESSOURCES EN SOUTIEN OPÉRATIONNEL**

### **SOUTIEN CLÉRICAL ET ADMINISTRATIF**

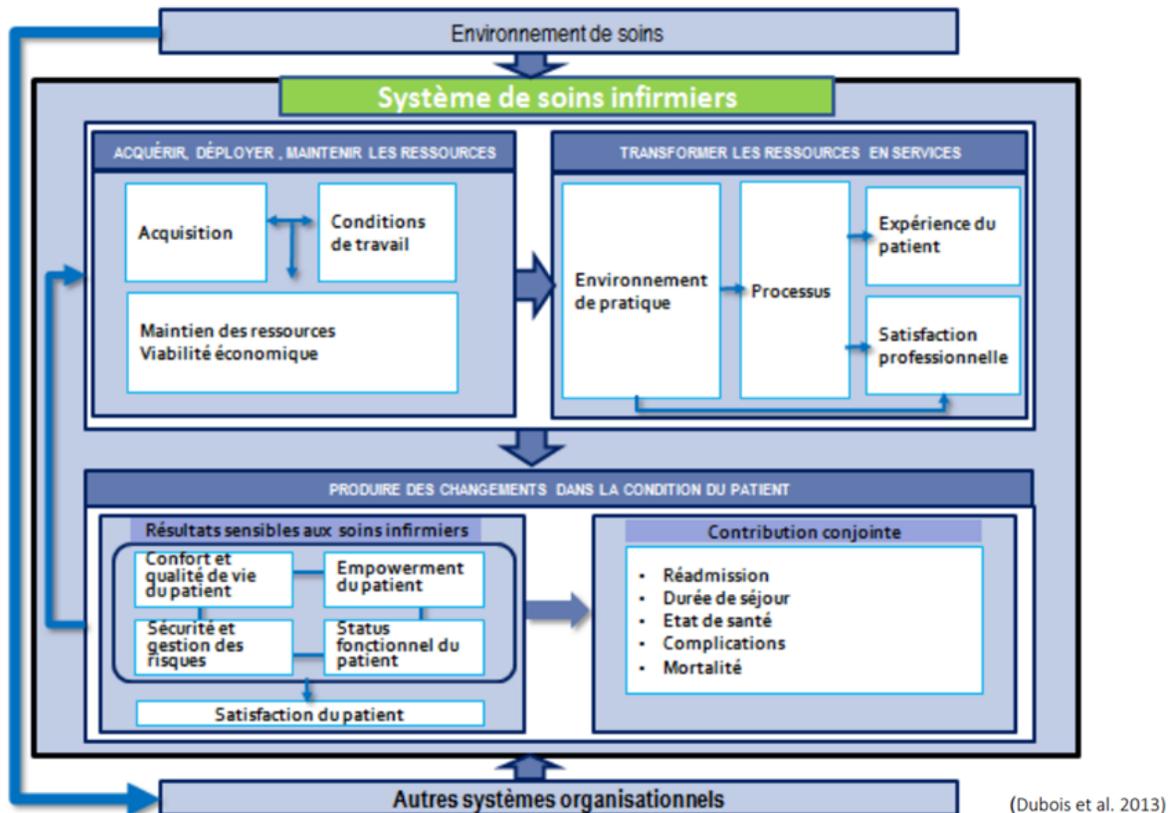
- Recevoir et acheminer des appels téléphoniques;
- Préparer les tubes à prélèvement selon les étiquettes de requête de laboratoire;
- Répondre aux cloches d'appels des résidents et les répartir au personnel soignant;
- Planifier les examens spécifiques et suivis médicaux;
- Classer les documents, les registres et les dossiers selon la procédure établie;
- Préparer et acheminer le dossier du résident lors de transferts ou de l'admission d'un résident;
- Transmettre les documents nécessaires à la pharmacie ou à un autre service clinique à la demande du personnel infirmier;
- Faire préparer le matériel nécessaire à l'arrivée de nouveaux employés;
- Créer les requêtes pour les bris d'équipements informatiques, logistiques ou médicaux;
- Faire les demandes de transports.

### **AUTRES FONCTIONS DE SOUTIEN TECHNIQUE**

- Nettoyage, entretien et rangement du matériel;
- Nettoyage d'articles personnels des résidents tels que les rasoirs et les lunettes;
- Préparation du matériel requis pour un soin (ex. pour les soins d'hygiène);
- Aide au choix des vêtements et à l'habillement;
- Entretien partiel des chambres (changement de literie, faire les lits et le rangement);
- Aide à la préparation et à la distribution des repas, ramassage des plateaux, nettoyage des espaces après les repas;
- Participation aux activités de soutien aux résidents telles que des activités occupationnelles, de l'accompagnement ou de la surveillance (non clinique);
- Aide et stimulation à l'hydratation des résidents lorsqu'autorisé par les infirmières et les infirmières auxiliaires;
- Activités d'entretien ménager, comme le nettoyage et le rangement;
- Réapprovisionnement de matériel dans les secteurs;
- Désinfection du matériel après utilisation.

## ANNEXE 5 – CADRE DE GESTION DE LA PERFORMANCE EN SOINS INFIRMIERS (CAPSI)

(DUBOIS ET COLL. 2013)



Les trois grandes fonctions représentées dans le système de soins infirmiers de Dubois et coll. (2013) sont :

### 1. Acquisition, déploiement et maintien des ressources infirmières

- Dotation (quantité, type, composition)
- Conditions de travail (ressources physiques, matérielles et technologiques) et condition d'emploi (horaire, statut, charge de travail)
- Maintien du personnel (santé et qualité de vie au travail, rétention, absentéisme)
- Viabilité économique (coûts par activité)

### 2. Transformation des ressources en services infirmiers

- Environnement de pratique (autonomie, collaboration, décentralisation des décisions et soutien)
- Processus de soins (planification, gestion des problématiques et des symptômes, promotion et prévention, étendue de pratique)
- Expérience du résident (continuité, participation aux soins)

- Satisfaction professionnelle

**3. Production de changements dans la condition des résidents**

- Résultats directement attribuables aux soins infirmiers (confort/qualité de vie, sécurité, habilitation, capacités fonctionnelles)
- Satisfaction des résidents et des proches
- Contribution conjointe des soins (réadmission, durée de séjour, complications, mortalité)

