



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

MÉMOIRE

**LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES
HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT
ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)**

**Présenté à la Commission de la santé et des
services sociaux le 18 février 2014**

Adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec le 12 décembre 2013

Janvier 2014

MÉMOIRE

Les conditions de vie des adultes hébergés en
centre d'hébergement et de soins de longue
durée (CHSLD)

**Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
le 18 février 2014**

Adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
le 12 décembre 2013

Janvier 2014

ÉDITION

Rédaction et coordination

Madeleine Lauzier, inf., M. Sc., M.B.A.

Directrice-conseil

Direction, Affaires externes, OIIQ

Johanne Lapointe, M.A.

Directrice

Direction, Affaires externes, OIIQ

Direction principale, Stratégie, Service et Communications, OIIQ

Collaboration

Carole Deshaies, inf., M. Sc.

Directrice

Bureau de surveillance de l'exercice infirmier, OIIQ

Suzanne Durand, inf., M. Sc. DESS (bioéthique)

Directrice

Direction, développement et soutien professionnel, OIIQ

Judith Leprohon, inf., Ph. D.

Directrice scientifique

Direction scientifique, OIIQ

Sylvie Truchon, inf., M. Sc.

Directrice

Bureau du syndic, OIIQ

PRODUCTION

Service des publications

Sylvie Couture

Chef de service

Claire Demers

Adjointe à l'édition

Direction, Services aux clientèles et promotion, OIIQ

Révision linguistique

Odette Lord

Personnes consultées pour la rédaction de la *Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*

Monique Bourque, inf., M.A., conseillère clinicienne en soins infirmiers, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Nancy Cyr, inf., M. Sc., conseillère clinicienne en soins infirmiers, CSSS de la Vieille-Capitale

Francine Lincourt Éthier, inf., M. Sc., directrice des soins infirmiers et des programmes à la clientèle, Résidence Angelica et présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie

Robin Gagnon, inf., M. Sc., directeur de la prestation sécuritaire des soins et services et directeur des soins infirmiers, CSSS du Nord de Lanaudière

Michel Gauthier, inf., M. Sc., responsable des soins infirmiers et conseiller au développement des pratiques professionnelles et collaboratives, CSSS de Thérèse-De-Blainville

Olga Medeiros, inf., M. Sc. inf., directrice des soins infirmiers, CSSS Haut-Richelieu–Rouville

Maryse L. Savoie, inf., M. Sc. inf., directrice des affaires stratégiques, Hôpital Sainte-Anne

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-3770

ventepublications@oiiq.org

oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN 978-2-89229-624-2 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2014

Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé uniquement pour alléger la présentation.

Table des matières

Introduction	1
1. Les résidents	2
1.1 Le profil des résidents	2
1.2 Les besoins des résidents en soins infirmiers	2
2. Les soins infirmiers	4
2.1 Les conséquences à ne pas évaluer faute d'infirmières en nombre suffisant	4
2.2 Les équipes de soins infirmiers	5
2.2.1 Des ratios infirmières/infirmières auxiliaires/préposés aux bénéficiaires	5
2.2.2 Des ratios infirmières/patients.....	6
2.3 La pratique infirmière en CHSLD.....	7
2.4 L'interdisciplinarité et la coordination.....	8
3. Les proches aidants.....	9
4. L'organisation physique et les clientèles particulières	11
5. Le suivi de la qualité des services et des soins	13
5.1 Le suivi de la qualité.....	13
5.2 Les conseils des infirmières et infirmiers, les directrices de soins infirmiers	14
6. Le personnel et l'organisation du travail	16
6.1 Le personnel	16
6.2 Des expériences d'organisation du travail réussies	17
7. La formation du personnel	17
Conclusion	18
Liste des recommandations	19
Annexe 1 Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	25
Annexe 2 Partage des compétences	29
Annexe 3 Profession infirmière : champ d'exercice et activités réservées – Soins de longue durée	31

Introduction

Soucieuse des conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la Commission de la santé et des services sociaux entreprend une consultation sur le sujet. L'OIIQ souligne cette initiative et apprécie le fait de présenter à la Commission de la santé et des services sociaux son point de vue et ses recommandations sur les conditions de vie des adultes hébergés.

Globalement, l'OIIQ est d'accord avec le portrait dressé dans le document de consultation et avec les défis qui y sont exposés.

Toutefois, l'OIIQ est particulièrement préoccupé par l'alourdissement de la clientèle des CHSLD et l'écart qui se creuse entre l'offre de services de ces centres et la réponse aux besoins de leurs clientèles. Les personnes hébergées sont atteintes de plusieurs maladies chroniques, consomment beaucoup de médicaments (en moyenne, 7/jour)¹, près de la moitié ont plus de 85 ans et tout porte à croire que les CHSLD accusent des difficultés à donner les soins et les services requis.

Ainsi, l'OIIQ considère que la qualité de vie des adultes hébergés est étroitement liée à la qualité des soins infirmiers et, en conséquence, il appuiera le présent mémoire sur sa *Prise de position sur la pratique infirmière en CHSLD*, adoptée à son assemblée générale annuelle du 28 octobre 2013 ([Annexe 1](#)). L'OIIQ ne peut se présenter à cette commission sans se référer au débat qui a cours sur la place de l'infirmière dans les CHSLD, aux discussions sur des balises qui servent à la dotation du personnel et à leur rôle respectif au sein des CHSLD, ainsi qu'aux réussites de certains établissements de santé.

L'OIIQ choisit ainsi de concentrer sa contribution à la présente consultation sur les questions de la Commission qui sont liées aux pistes de réflexion sur les services et les soins. De fait, l'OIIQ propose un modèle de soins infirmiers en harmonie avec un milieu de vie pour répondre aux besoins des résidents des CHSLD et, dans ce cadre, l'OIIQ précise la pratique infirmière en CHSLD. Le modèle répondra non seulement aux besoins en soins infirmiers, mais contribuera aussi de façon significative à la qualité de vie et à la sécurité des adultes hébergés en CHSLD.

L'OIIQ souhaite apporter une solution concrète qui permettra de bien prendre soin des personnes hébergées et de s'assurer de leur qualité de vie dans les CHSLD. Pour ce faire, quand il aura dressé le profil des résidents, il mettra l'accent sur la pratique infirmière auprès des personnes hébergées et des proches aidants pour assurer les soins requis par la condition physique et mentale des résidents et leur fournir des conditions de vie de qualité, ainsi que la sécurité. Par la suite, l'organisation physique, les clientèles particulières, le suivi de la qualité des services et des soins, le personnel, l'organisation du travail et la formation du personnel seront abordés.

1. Les résidents

1.1 Le profil des résidents

La clientèle des CHSLD est en grande perte d'autonomie en raison d'une multitude de maladies et de facteurs associés. De fait, dans le continuum de services, les CHSLD sont réservés à une clientèle souvent très âgée et fragilisée par une lourde perte d'autonomie, qui se traduit par une moyenne d'heures-soins requises de 3,22² par jour. Selon la documentation, le profil des personnes hébergées en CHSLD se présente comme suit :

- en 2011-2012, 41 %² des personnes hébergées étaient âgées de plus de 85 ans;
- les données démographiques prévoient que durant les vingt prochaines années, le nombre de Québécois de 85 ans et plus augmentera de 107 %³;
- les deux tiers des personnes âgées hébergées souffrent de multipathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santé⁴;
- quelque 80 % des personnes âgées hébergées présentent des pertes cognitives⁴ et 60 % des troubles cognitifs⁵;
- au moins 20 % souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement⁶;
- chaque année, plus de 18 % de la clientèle hébergée requiert des soins de fin de vie⁷;
- environ 11 % de la clientèle des CHSLD est âgée de moins de 65 ans et présente des déficiences physiques, des déficiences intellectuelles, des maladies dégénératives ou des problèmes de santé mentale²;
- des personnes en évaluation, en transition et en répit s'ajoutent à la clientèle de certains centres.

1.2 Les besoins des résidents en soins infirmiers

En somme, les CHSLD accueillent diverses clientèles dont le dénominateur commun est la lourde perte d'autonomie et les grands besoins en soins infirmiers. Les résidents requièrent des soins favorisant l'utilisation optimale de leurs capacités, un usage judicieux des médicaments et un suivi rigoureux de leur état de santé. De plus, un nombre croissant d'entre eux présente une condition instable qui requiert des soins aigus, alors que près de 2 personnes sur 10² meurent au cours de l'année, ce qui nécessite des soins de fin de vie, dont des soins palliatifs. Cela signifie autant d'admissions car pour chaque personne qui décède, une personne est admise et nécessite une évaluation.

Les personnes hébergées sont très vulnérables et elles ont besoin que leur condition physique et mentale soit évaluée et surveillée, activité réservée aux infirmières et aux médecins. Sans cette évaluation globale, aucune directive de soins ne peut être donnée aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires et aucun programme visant le maintien de l'autonomie ne peut être mis en place pour assurer une qualité de vie optimale et prévenir des problèmes, notamment la déshydratation, la malnutrition, les chutes, les plaies de pression, le délirium, les infections et l'utilisation des contentions. Ces problèmes engendrent des souffrances et des coûts importants, sans parler des conséquences néfastes sur la qualité de vie.

L'histoire de M^{me} Bédard illustre bien un cas, assez fréquent, de personnes hébergées ayant besoin de soins infirmiers. Cette histoire se termine bien si une infirmière est présente et disponible pour intervenir.

M^{me} Bédard, 88 ans, vit en CHSLD depuis un an. Elle souffre de démence mixte et est dépendante en ce qui concerne ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Depuis deux jours, elle est somnolente : elle s'éveille, mais s'endort durant la conversation. Hier, elle ne cessait d'arpenter l'unité pendant la soirée et, la nuit venue, elle a tenté de descendre de son lit pour aller « mettre une bûche dans son poêle à bois ». Aujourd'hui, elle voit des milliers de fourmis qui se promènent sur le plancher. Elle présente une température de 37,8 C, n'a plus d'appétit et n'urine pas.

L'infirmière fait un examen physique et pulmonaire, évalue l'état de conscience, les possibilités d'un délirium, la douleur, le risque de chute, le comportement et l'humeur, prend les signes vitaux et neurologiques et détecte un globe vésical. Elle émet l'hypothèse que M^{me} Bédard présente un délirium hyperactif relié à une infection urinaire. Elle informe le médecin des résultats de son évaluation, documente ses observations et son évaluation au dossier médical, inscrit les directives infirmières au plan thérapeutique infirmier (PTI) et les communique aux infirmières auxiliaires et aux préposés pour qu'ils puissent répondre aux besoins de la résidente jusqu'à son rétablissement.

Cinq jours plus tard, grâce aux soins donnés par les préposés pour les AVQ, M^{me} Bédard s'alimente et boit bien, ses signes vitaux, que surveillent les infirmières auxiliaires, se stabilisent et les antibiotiques prescrits par le médecin font effet. L'infirmière évalue l'état de santé et constate que M^{me} Bédard est revenue à son état d'avant son infection. L'infirmière ajuste le PTI et donne les directives pour prévenir ce type de problème.

2. Les soins infirmiers

2.1 Les conséquences à ne pas évaluer faute d'infirmières en nombre suffisant

Comme on vient de le voir pour M^{me} Bédard, chez les personnes âgées, les manifestations des problèmes de santé sont souvent atypiques : cela nécessite donc une bonne évaluation de la condition physique et mentale de la personne pour anticiper les problèmes potentiels. Les situations suivantes illustrent certaines conséquences possibles pour les résidents qui ne seraient pas bien évalués :

- délirium lié à la constipation non dépistée → agitation, médication, contentions, déconditionnement, perte d'autonomie accentuée;
- pneumonie d'aspiration liée à la dysphagie non dépistée → antibiotiques, solutés, déconditionnement, complications cardiaques, décès;
- chute liée à l'hypoglycémie non dépistée → fracture de hanche, transfert à l'urgence, confusion, contentions. Retour avec plaie de pression au talon, gangrène pouvant aller jusqu'à une amputation;
- confusion liée à la déshydratation → trouble de comportement, fugue, médication, contentions.

Ces situations se présentent malheureusement trop souvent, et ce, faute d'évaluation de la condition physique et mentale de la personne et de directives de soins qui en découlent. Tout comme dans le cas des problèmes survenant à défaut de la mise en place de programmes de prévention, ces situations engendrent des souffrances importantes et des coûts.

Dans son rapport 2012-2013, le vérificateur général du Québec⁸ constate, entre autres, que le profil des personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas à jour et que les ressources ne correspondent pas à leurs besoins.

Par ailleurs, les rapports des évaluations réalisées dans des CHSLD par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁹, au cours de l'année 2013, montrent des lacunes importantes telles que l'absence de plan de traitement dans les quatre à six semaines suivant l'admission, un processus d'accueil incomplet, l'utilisation inappropriée de moyens de contention, l'absence de programme de soins de fin de vie, l'attitude inacceptable de certains employés, une rotation élevée du personnel et, parfois, l'absence d'infirmières.

Pour l'OIIQ, assurer la présence d'infirmières au sein des équipes de soins à tous les quarts de travail constitue de loin la priorité pour répondre à la question de la Commission, soit : « Comment modifier les services et les soins pour améliorer la qualité de vie des résidents des CHSLD ? ».

2.2 Les équipes de soins infirmiers

C'est pour cette raison que l'OIIQ, en parfait accord avec l'approche milieu de vie qui place les résidents au cœur des préoccupations, préconise en premier lieu que les soins infirmiers requis par leur condition physique et mentale leur soient offerts. Les préposés aux bénéficiaires jouent un rôle important en répondant aux besoins de base et en accompagnant les résidents dans les activités de la vie quotidienne. Pour leur part, les infirmières auxiliaires contribuent à l'évaluation, à la surveillance clinique et prodiguent des soins. Quant à l'infirmière, elle évalue la condition physique et mentale, choisit les meilleurs traitements, établit le plan de traitement, donne les directives de soins et prodigue des soins. Le cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale¹⁰ montre bien les interrelations entre ces membres de l'équipe de soins ([Annexe 2](#)).

L'OIIQ recommande aussi que, compte tenu des besoins de santé complexes et souvent imprévisibles des résidents en CHSLD, ces milieux de vie offrent des soins infirmiers complets, de plus en plus de soins aigus, ainsi que des soins palliatifs. L'équipe de soins doit donc comprendre aussi des infirmières conseillères pour intervenir auprès de la clientèle et pour soutenir les équipes de soins.

De plus, comme les résidents sont aux prises avec des maladies chroniques diagnostiquées, la présence d'infirmières praticiennes spécialisées serait d'un grand soutien aux équipes médicales, qui ne sont pas toujours très nombreuses, et ajouterait à la qualité de soins. Comme le précise l'Association des infirmières et infirmiers du Canada¹¹, la présence d'infirmières praticiennes en CHSLD procure plusieurs avantages dont la diminution des hospitalisations inutiles : de 30 à 65 % des résidents soignés par une infirmière praticienne aurait été admis à l'hôpital sans l'intervention de ces professionnelles¹².

2.2.1 Des ratios infirmières/infirmières auxiliaires/préposés aux bénéficiaires

Parler d'équipe de soins oblige à aborder les ratios. Bien qu'il n'existe pas de norme ni de règle, les ratios servent, depuis toujours, à baliser les décisions en matière de dotation du personnel. En ce qui concerne les CHSLD, il est bien connu que le ratio 40/60 (40 % d'infirmières et d'infirmières auxiliaires pour 60 % de préposés aux bénéficiaires) associé à la réorganisation du travail a servi de référence à plusieurs centres pour assurer les soins infirmiers requis. Cependant, ce ratio ne précise pas qu'il doit y avoir un nombre minimum d'infirmières dans le centre de soins et nous constatons qu'il y a une tendance à réduire le nombre d'infirmières et à les retirer la nuit, parfois le soir et les fins de semaine, alors que les besoins en soins infirmiers de cette clientèle augmentent, risquant ainsi de compromettre la protection du public.

Or, étant donné les besoins de soins de la clientèle en CHSLD, l'OIIQ considère que les infirmières doivent être présentes en nombre suffisant pour évaluer, prodiguer des soins, donner les directives de soins et faire les suivis. Les infirmières doivent être présentes en nombre suffisant 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

2.2.2 Des ratios infirmières/patients

La documentation montre un lien clair entre les ratios infirmières/patients et la qualité des soins¹³. Le nombre d'infirmières est directement lié à la qualité des soins¹⁴. Sans infirmière, les résidents ne sont pas évalués, ce qui augmente les incidents, notamment les chutes, les infections et les déliriums, et entraîne des coûts en soins et souvent en transfert dans les urgences.

L'American Nurses Association¹⁵ et le Royal College of Nursing¹⁶ en Angleterre ont établi un ratio en nombre absolu* d'une infirmière pour 10 résidents en CHSLD afin d'assurer la qualité des soins et des services, alors que le ratio actuel des CHSLD du Québec est d'une infirmière pour 20 résidents ou plus.

Dans sa présentation sur les ratios infirmiers en CHSLD¹⁷, Philippe Voyer apporte les nuances et présente les facteurs à considérer en matière de ratios. Les expériences d'organisation du travail de Voyer montrent des ratios infirmières-patients qui sont d'une infirmière pour 12 à 15 résidents. Ces expériences sont basées sur l'utilisation optimale de ressources et la pleine occupation du champ d'exercice infirmier.

À cet égard, les constats qui se dégagent de l'inspection professionnelle réalisée par l'OIIQ dans le cadre de son mandat de protection du public mettent en relief des lacunes importantes dans les conditions d'exercice des infirmières en CHSLD, principalement en ce qui a trait au nombre insuffisant d'effectifs infirmiers.

Il est étonnant de constater que les CHSLD ne misent pas sur la présence infirmière, même si l'on sait que jusqu'à 67 %¹⁸ des hospitalisations peuvent être évitées lorsque les infirmières sont en nombre suffisant pour offrir les soins requis. De plus, il est bien connu que les transferts des personnes hébergées en CHSLD à l'urgence ont des conséquences néfastes, entre autres, la confusion, le délirium, les infections, les chutes, les plaies et la perte d'autonomie ainsi que des souffrances et des coûts importants.

* Le ratio en nombre absolu correspond au nombre d'infirmières par 24 heures par rapport au nombre de résidents (ex. : un ratio de 1/10 correspond à 14 infirmières par 24 heures pour 140 résidents). Plusieurs facteurs influencent les ratios infirmières-patients. Aussi, ceux-ci doivent être établis avec prudence et tenir compte : 1. de l'organisation des soins; 2. de la composition des équipes de travail; 3. du soutien clinique et administratif et 4. de la condition clinique des résidents.

De plus, avec la volonté gouvernementale de réduire la présence des personnes âgées dans les urgences, les CHSLD devraient offrir les soins aigus à leur clientèle afin d'éviter les transferts dans les urgences, ce qui nécessite une présence infirmière en nombre suffisant.

Globalement, l'OIIQ est toutefois d'avis qu'il faut se référer aux ratios avec prudence et que l'utilisation judicieuse des ressources doit dominer, notamment l'occupation du champ d'exercice des infirmières et la contribution optimale de tous les membres de l'équipe de soins.

2.3 La pratique infirmière en CHSLD

Tel que démontré dans son mémoire sur la formation de la relève infirmière au Québec¹⁹, l'exercice infirmier en CHSLD s'est grandement transformé au cours des dernières années. Le schéma sur le champ d'exercice et les activités réservées aux infirmières en soins de longue durée présenté à l'[Annexe 3](#) illustre bien le rôle central des infirmières en CHSLD.

Les différents problèmes de santé, tant sur le plan physique que sur le plan mental, et l'hétérogénéité des clientèles dans certaines unités impliquent une offre de services et des compétences professionnelles à la fine pointe des connaissances en gériatrie. Les personnes âgées requièrent, notamment, des évaluations approfondies de leurs conditions de santé, le choix des meilleurs traitements, le suivi de leur situation de soins, la gestion de leurs médicaments, la prévention, entre autres, des chutes, des plaies, des infections, de la dépression et des idéations suicidaires sans parler de la diminution des mesures de contention. La gestion de comportements perturbateurs demande de plus en plus d'expertise, car les problèmes psychogériatriques observés en CHSLD depuis quelques années sont nombreux, complexes et le nombre de personnes qui en sont atteintes est en nette augmentation.

Ainsi, les personnes hébergées nécessitent divers programmes de soins spécialisés en gériatrie pour prévenir une détérioration plus importante de leur condition et pour optimiser leur qualité de vie. L'infirmière doit connaître ces programmes et les mettre en œuvre pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des résidents.

L'infirmière en soins de longue durée doit être en mesure de prioriser constamment et d'exercer un leadership clinique et professionnel mobilisateur pour mettre à profit la contribution de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité aux résidents. Elle doit être en mesure d'utiliser judicieusement les ordonnances collectives pour initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques et ajuster des médicaments et des traitements médicaux. Elle doit également avoir acquis les connaissances et les habiletés lui permettant de faire une évaluation psychogériatrique et de gérer les comportements perturbateurs.

Des programmes particuliers d'accompagnement et de soins sont nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs proches lors des dernières heures de vie. Dans son mémoire concernant les soins de fin de vie²⁰, l'OIIQ précise que ces soins en CHSLD méritent une attention spéciale, puisqu'ils s'adressent à une clientèle très vulnérable. Les résidents vont vivre le stade avancé et terminal de leur maladie dans ce milieu de vie, qui devrait offrir les services requis par leur condition. Selon Misson *et al.* (2012)²¹, la majorité de cette clientèle n'a pas encore accès à une mort digne et confortable.

L'infirmière constitue un maillon essentiel dans les soins en CHSLD et dans les soins de fin de vie tant auprès des résidents, des familles que des proches. L'infirmière joue un rôle déterminant dans le traitement de la douleur, qui est central dans les soins de fin de vie. Comme mentionné précédemment, l'infirmière évalue, détermine le plan de traitement, prodigue des soins, donne les directives aux équipes de travail, fait le suivi des soins et des services et coordonne les soins et les services.

Par ailleurs, à l'instar de tous les établissements de santé, la pratique infirmière en CHSLD doit être encadrée tel que prévu à l'article 208 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (c. S-4.2)²², soit que : « [...] le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

- « 1° s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans le centre;
- « 2° planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre;
- « 3° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;
- « 4° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation. »

2.4 L'interdisciplinarité et la coordination

Le profil infirmier décrit ci-dessus correspond au profil de l'infirmière en hébergement décrit par Gélinas²³, dont les principales caractéristiques sont le leadership, la gestion des équipes, l'autonomie professionnelle, la qualité des relations avec les résidents et les membres de l'équipe et les connaissances cliniques.

L'infirmière travaille au sein d'une équipe interdisciplinaire qui devrait être composée principalement de médecins, de pharmaciens, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de nutritionnistes et de travailleurs sociaux. L'interdisciplinarité est incontournable dans les soins en CHSLD. L'infirmière développe et entretient une relation privilégiée avec le résident et ses proches et, de ce fait, elle apporte une contribution unique à l'équipe, car elle connaît le résident et ses besoins de même que ceux de sa famille et de ses proches, notamment dans les soins de fin de vie.

En CHSLD, l'infirmière travaille aussi avec une équipe de soins, qui est habituellement composée d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires, dont elle coordonne les activités. Les équipes de soins ont besoin de directives précises de même que du soutien d'infirmières conseillères spécialisées dans ce domaine de soins tel que mentionné ci-dessus. Celles-ci donnent des soins, enseignent les meilleures pratiques et guident les équipes dans leurs activités de soins. Elles jouent un rôle important, particulièrement en ce qui concerne le transfert des connaissances et le développement des pratiques novatrices, et elles participent activement à l'amélioration continue de la qualité.

Le modèle de soins que propose l'OIIQ apporte des réponses aux questions posées dans le document de consultation sur les services et les soins, notamment sur l'utilisation optimale des capacités des résidents et l'autonomie fonctionnelle, qui seront une des cibles des plans d'interventions et des directives de soins.

RECOMMANDATION

L'OIIQ recommande que tous les CHSLD adoptent le modèle de soins proposé dans sa prise de position, soit que les CHSLD offrent à leurs résidents, dans leur milieu de vie, les soins infirmiers requis par leur condition physique et mentale :

- en se basant sur les besoins réels des personnes hébergées en CHSLD, en fonction de leur profil actuel et évolutif;
- en fixant comme offre de services minimale en CHSLD :
 - le suivi infirmier des résidents, basé sur l'évaluation de la condition physique et mentale et les directives infirmières permettant d'assurer ce suivi;
 - les divers soins requis par cette clientèle, notamment la gestion des médicaments, la prévention des chutes et des plaies, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'instauration de programmes de soins spécialisés et de programmes d'accompagnement et de soins pour les personnes en fin de vie et leurs proches;
- en assurant l'expertise d'infirmières en nombre suffisant :
 - pour répondre aux besoins individuels des résidents en matière de soins;
 - pour coordonner les soins de manière à optimiser la contribution de tous les membres de l'équipe de soins, ainsi que la collaboration interprofessionnelle pour assurer des services sécuritaires et de qualité;
- en facilitant ou en organisant le recours à des infirmières praticiennes spécialisées, ainsi qu'à des infirmières conseillères spécialisées pour soutenir les équipes dans les milieux cliniques.

3. Les proches aidants

Il est maintenant bien connu que les aidants n'abandonnent pas leur proche lors de l'hébergement et qu'ils désirent s'impliquer et maintenir une relation significative avec lui²⁴. L'admission en hébergement est un moment crucial pour les aidants : en plus de confier son proche aux soins de personnes étrangères, l'aidant doit établir de nouvelles façons d'être en lien avec son proche : le faire à domicile doit laisser place au faire-faire en CHSLD.

Les aidants se préoccupent d'assurer le bien-être physique, psychologique et social de la personne âgée et voient à la gestion de leurs biens. Les aidants se font un devoir de protéger leur proche, de le stimuler et de surveiller le travail du personnel de l'établissement, ce qui peut se traduire de différentes façons et provoquer des relations tendues avec le personnel du centre. Aussi, dès l'admission, les attentes des aidants doivent être bien cernées afin d'établir un plan d'intervention qui tient compte de ces attentes. L'OIIQ croit qu'un partenariat aidant/personnel du CHSLD doit être établi et formalisé et que les aidants doivent être autant que possible partie prenante des soins et des services en CHSLD.

L'OIIQ est en parfait accord avec les recommandations énoncées par la Chaire Desjardins dans son mémoire sur l'assurance autonomie²⁵ : la dyade aidant-aidé est centrale chez les personnes en grande perte d'autonomie. L'OIIQ considère donc que la dyade aidant-aidé doit être privilégiée et soutenue en CHSLD et que l'engagement des aidants doit être encouragé.

Ainsi, les questions de la Commission sur les proches aidants trouvent réponse dans la dyade aidant-aidé considérée comme partie prenante des CHSLD. L'histoire de cas qui suit montre l'importance de la dyade aidant-aidé.

M. Charron, 97 ans, veuf, a un seul fils et il vit au centre depuis un an. Il souffre de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'insuffisance cardiaque, de perte d'appétit et de poids graduelle, depuis six mois, et de démence de type Alzheimer. Lorsque le fils visite son père au centre, son anxiété se communique rapidement au personnel soignant, qui s'esquive dès qu'il le voit, car le fils n'a que des plaintes à formuler et de multiples questions auxquelles il ne peut répondre. Le fils est toujours mécontent quand il trouve son père sans oxygène et mal coiffé. M. Charron avoue quotidiennement qu'il se sent mal, qu'il est prêt pour « le grand voyage » et le fils est angoissé à l'idée de perdre son père.

L'infirmière rencontre le fils pour cerner ses attentes et ses besoins, détermine le plan de traitement en tenant compte des attentes du fils, présente les directives de soins à l'équipe de soins et coordonne les soins et les services.

RECOMMANDATION

L'OIIQ recommande que la dyade aidant-aidé soit prise en compte. Les professionnels doivent établir un partenariat avec les proches aidants et tenir compte de leurs attentes.

Les préposés assistent M. Charron dans ses AVQ et veillent à ce qu'il ait son oxygène et que ses soins d'hygiène soient bien faits. Les infirmières auxiliaires contribuent à l'évaluation de la fonction respiratoire du résident et lui administrent ses médicaments selon les directives de soins. L'infirmière fait le suivi et observe que l'anxiété du fils a diminué. De plus, elle note une meilleure communication avec le personnel soignant.

4. L'organisation physique et les clientèles particulières

L'OIIQ souligne l'importance de l'organisation physique des lieux sur la qualité de vie des résidents et le milieu de vie. Les caractéristiques environnementales décrites dans le document de consultation sont déterminantes selon l'OIIQ. L'environnement physique doit favoriser l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle et psychosociale des résidents dans leurs activités quotidiennes. Cet environnement doit aussi assurer la sécurité et le bien-être physique et psychologique des résidents. L'OIIQ tient à rappeler que l'état de santé des résidents des CHSLD commande également des soins infirmiers qui doivent être donnés dans ces milieux de vie.

L'OIIQ entérine la proposition concernant la création de micromilieus regroupant une douzaine de personnes selon leurs caractéristiques et leurs besoins. Bien qu'il ne soit pas toujours possible de faire tous les regroupements souhaitables, certaines clientèles devraient vivre dans des lieux aménagés pour répondre à leurs besoins.

L'OIIQ considère que toutes les clientèles des CHSLD ont des besoins spécifiques. La clientèle particulière des personnes âgées de moins de 65 ans (11 %) décrite dans le document de consultation soulève la question de leur hébergement dans les CHSLD. Cette clientèle, bien qu'elle nécessite des soins complexes jusqu'à la fin de sa vie, doit avoir une qualité de vie et être en mesure de s'épanouir malgré ses incapacités physiques ou intellectuelles. Aussi, l'OIIQ croit que ces résidents devraient être regroupés dans des lieux autres que les CHSLD et que leurs besoins devraient être mieux documentés afin d'établir une offre de services agencée à leurs besoins.

La recension sommaire des écrits et des pratiques sur les milieux de vie adaptés à la clientèle en perte d'autonomie non liée au vieillissement, réalisée par Gélinas pour l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie²⁶ montre, sans équivoque, l'importance de regrouper ces personnes dans des lieux adaptés à leur condition avec des programmes spécifiques. En plus des soins d'assistance souvent complexes, cette clientèle a besoin, notamment, de counseling, de services spécialisés, de réadaptation, d'activités de loisir et d'activités qui lui permettront de jouer des rôles sociaux propres à son âge. Les activités actuellement proposées en CHSLD ne sont pas appropriées à cette clientèle.

L'OIIQ suggère aussi d'instaurer des programmes particuliers et des regroupements dans tous les CHSLD pour la clientèle qui présente des troubles de comportement liés à des problèmes psychiatriques de même que pour la clientèle qui présente une déficience intellectuelle.

De même, les personnes qui sont aux prises avec des déficits cognitifs de type Alzheimer devraient être regroupées dans des îlots prothétiques, ce qui leur permettrait de circuler librement et d'optimiser leur potentiel d'autonomie. L'OIIQ tient à souligner l'initiative de plusieurs centres qui offrent ces îlots prothétiques.

Afin d'offrir ces types de services et de programmes dans toutes les régions, les regroupements devraient être davantage encouragés. Dans tous les cas, les ressources infirmières doivent être en mesure de donner les soins, d'appliquer les programmes spécialisés et, comme le précise Voyer (2013)²⁷, d'assurer un confort physique et psychologique minimal aux résidents pour qu'ils puissent retirer ce qu'il y a de meilleur des interventions de stimulation et de qualité de vie.

L'histoire de M. Marchand témoigne des avantages à regrouper certaines clientèles.

M. Marchand, 94 ans, vit depuis cinq ans en CHSLD. Il souffre de : maladie d'Alzheimer, état de stress post-traumatique, dégénérescence maculaire, surdité, diabète, hypertension artérielle et syndrome des jambes sans repos. Depuis trois mois, on observe une détérioration progressive de son état général : chutes, dont une avec trauma crânien, perte d'appétit, déshydratation, agitation motrice, agressivité physique et verbale, et errance dans les chambres des autres résidents. Ces comportements sont de plus en plus dérangeants pour les autres résidents et représentent un défi pour l'équipe soignante.

L'équipe interdisciplinaire décide de transférer M. Marchand dans une unité prothétique (Îlot prothétique). L'épouse, très présente, exprime des inquiétudes en ce qui concerne ce transfert.

L'infirmière discute avec l'épouse de ses inquiétudes et planifie une rencontre prétransfert entre l'équipe interdisciplinaire de l'unité de départ, l'unité d'accueil et la famille, afin de présenter les soins, les besoins du résident et de sa famille et l'approche à préconiser. Pendant six semaines, l'infirmière visite périodiquement le résident à la nouvelle unité, évalue son adaptation et fait les suivis auprès de l'équipe d'accueil.

Après six semaines, M. Marchand est bien adapté, il est calme, souriant, circule librement et son épouse est contente. Les préposés connaissent ses besoins et l'aident dans ses AVQ, avec son épouse. Les infirmières

auxiliaires contribuent à l'évaluation de l'état de santé du résident et surveillent l'effet des médicaments selon les directives de soins.

Tel que mentionné, l'OIIQ appuie totalement le concept milieu de vie pourvu que les soins requis y soient dispensés. Aussi, l'OIIQ considère que sa position sur l'aménagement des espaces répond aux questions posées dans le document de consultation de la Commission sur l'organisation physique et sur les clientèles particulières.

De plus, l'OIIQ endosse sans réserve la personnalisation des lieux et l'organisation de l'environnement physique, favorisant le respect de l'identité et de l'intimité, tout en assurant la sécurité, d'où l'importance pour l'OIIQ d'offrir à chaque résident une chambre privée.

Enfin, en relation avec le concept milieu de vie, l'OIIQ considère que les approches alternatives, mentionnées dans le document de consultation, contribuent indéniablement à animer le milieu de vie, mais qu'elles doivent être utilisées à la lumière de leur efficacité démontrée par des résultats probants. Cependant, comme l'expose Adam (2013)²⁸, les interventions individualisées, découlant de l'évaluation globale de la personne, sont les interventions les plus efficaces et doivent être privilégiées. Ces interventions aident la personne à utiliser son potentiel, d'où l'importance d'évaluer la condition physique et mentale de chaque résident.

RECOMMANDATION

L'OIIQ recommande que les CHSLD offrent davantage d'espaces de vie aménagés spécifiquement pour certaines clientèles qui bénéficieraient d'approches particulières telles : 1. des espaces de vie réservés à la clientèle âgée de moins de 65 ans, 2. des regroupements pour les résidents présentant des troubles de comportement et 3. des îlots prothétiques pour la clientèle souffrant de déficits cognitifs.

5. Le suivi de la qualité des services et des soins

5.1 Le suivi de la qualité

Il existe un nombre considérable d'entités et d'organismes impliqués dans le suivi de la qualité des services et des soins comme le montre le document de consultation :

- le Protecteur du citoyen exerce les fonctions du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux;
- le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des usagers et veille à leur satisfaction;
- le Comité de vigilance et de la qualité s'assure du suivi des recommandations formulées par le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur des usagers;

- le Comité des usagers de chaque établissement ou installation promeut l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évalue leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus;
- des équipes ministérielles font des visites d'appréciation de la qualité des services offerts aux personnes hébergées en CHSLD;
- le processus d'agrément est défini comme un processus d'autoévaluation et d'évaluation externe que les établissements de santé et de services sociaux intègrent afin d'estimer la qualité de leurs soins et de leurs services;
- les ordres professionnels font la surveillance de l'exercice de la profession et voient à assurer la protection du public.

Bien que ces mécanismes soient souhaitables, ils sont principalement axés sur le contrôle et la surveillance. L'OIIQ déplore la lourdeur engendrée par autant de mécanismes qui risquent de se chevaucher, où il peut y avoir duplication et qui, parfois, sont contradictoires. De plus, pour les centres, ces multiples mécanismes exigent énormément de temps de préparation, de rencontres et de suivis.

L'OIIQ endosse l'importance de faire le suivi de la qualité des services et des soins et il privilégie des mécanismes d'appréciation continus et constructifs favorisant l'amélioration continue de la qualité, qui se situe en amont des résultats cliniques.

5.2 Les conseils des infirmières et infirmiers, les directrices de soins infirmiers

À cet égard, le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) est une instance consultative officielle prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²². Son mandat est de formuler des recommandations au conseil d'administration, notamment en ce qui concerne l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans le centre, ce qui appelle des activités de soutien de la qualité en amont.

Le contrôle de la qualité de l'exercice infirmier est incontournable de même que l'évaluation relative à l'atteinte de résultats. L'article 207 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* précise les responsabilités de la directrice des soins infirmiers (DSI) en matière de contrôle de la qualité des soins. « Sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

- « 1° surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre;
- « 2° s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;

« 3° veiller au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre. »

La DSI doit être en mesure de jouer son rôle dans les CHSLD et de donner les directives générales relatives aux soins infirmiers. Cette gouverne en soins est déterminante pour le milieu de vie et les soins infirmiers. Des infirmières-conseils doivent être présentes dans les CHSLD pour identifier les indicateurs de qualité les plus appropriés et en faire le suivi, assurant ainsi la qualité et la sécurité des soins.

Il importe donc que les CHSLD adoptent une culture organisationnelle axée sur la qualité et la sécurité des soins. La gouvernance clinique s'impose. Tel que défini par Brault *et al.*²⁹, la gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations et de savoirs entre les acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé. Ses composantes sont :

- la recherche et le développement scientifique (partie intégrante des initiatives d'amélioration continue de la qualité);
- la vérification clinique (évaluation des pratiques cliniques) dans une perspective de rétroaction;
- l'efficacité clinique (développement de guides de pratiques cliniques);
- la formation et le développement professionnel (la formation continue s'avère essentielle au maintien des qualifications, au développement de l'expertise des professionnels et aux interventions de qualité);
- la gestion des risques;
- la transparence.

De plus, pour prendre les bonnes décisions et établir les directives requises, l'infirmière doit avoir les outils qui lui donnent les informations à jour sur les besoins des résidents et sur les résultats atteints. Aussi, l'OIIQ trouve urgent et déterminant de rendre disponibles les outils informatiques pertinents qui permettent à l'infirmière de planifier, de coordonner et d'assurer le suivi des soins.

L'OIIQ considère que les CHSLD doivent se concentrer sur des mécanismes de suivi et de contrôle de la qualité liés aux responsabilités, prévues dans la loi, de la gouverne clinique. Les DSI et les CII doivent être outillés et supportés pour s'acquitter de leurs responsabilités, ce qui apporte des réponses aux questions sur le suivi de la qualité des services et des soins.

RECOMMANDATION

L'OIIQ recommande que les CHSLD adoptent des modalités de suivis de la qualité des soins et des services en relation avec les résultats de soins et que les mécanismes visent l'amélioration continue de la qualité et qu'ils soient constructifs.

6. Le personnel et l'organisation du travail

6.1 Le personnel

Conformément à leur mission, les CHSLD doivent offrir des soins et des services dans un milieu de vie. L'OIIQ est d'accord avec les propos du document de consultation quant aux catégories de personnel : 1. des intervenants qui dispensent des services d'aide et d'accompagnement, des soins spécialisés comme les soins infirmiers, médicaux et de réadaptation; 2. des intervenants qui dirigent des activités utilitaires, récréatives, sociales et spirituelles; 3. le personnel de soutien et les administrateurs.

Rappelons que l'OIIQ propose un modèle de soins basé sur une équipe composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires avec un partage des rôles et des responsabilités. Concernant les infirmières, en 2002, la « Loi 90 » leur a conféré un champ d'exercice élargi. Paradoxalement, cet élargissement n'a pas donné lieu à une utilisation optimale des infirmières ni à une révision des modèles d'organisation des soins, ce qui a entraîné une sous-exploitation du champ d'exercice infirmier.

Pourtant, ce champ d'exercice, avec les activités réservées qui s'y rapportent, témoigne du rôle stratégique des infirmières en matière de soins de santé. Il leur confie une grande autonomie et reconnaît leur compétence clinique et leur responsabilité au regard de l'évaluation clinique, de la surveillance clinique et du suivi infirmier, y compris le monitoring, la détermination et l'ajustement du PTI.

Tel que mentionné dans le document de consultation, dans un souci de continuité des services, il importe de limiter le roulement de personnel, ce qui a une incidence sur la qualité de vie des résidents. Les difficultés de recrutement et de rétention du personnel devraient être l'objet d'une attention particulière : les problèmes sont nombreux et s'accroissent continuellement, laissant les CHSLD aux prises avec des pénuries importantes de professionnels, ce qui les oblige à recourir à des agences. Cette pratique devrait cesser pour assurer la stabilité des équipes de soins, la continuité des soins et une sécurité optimale des soins et des services.

L'OIIQ croit qu'un plan de promotion du travail en CHSLD devrait être établi à l'échelle provinciale et que chaque CHSLD devrait offrir des programmes d'intégration avec mentorat de même qu'un programme de rétention clairement établi. L'OIIQ considère qu'il est capital de valoriser le travail en CHSLD et que des programmes de reconnaissance devraient exister dans chacun de ces établissements.

L'OIIQ considère que l'organisation du travail doit viser l'utilisation optimale de tous les membres de l'équipe de soins et l'occupation du champ d'exercice infirmier. Les projets réalisés dans cette perspective donnent des résultats positifs et les CHSLD devraient s'en inspirer.

6.2 Des expériences d'organisation du travail réussies

Depuis plus de 10 ans, le réseau de la santé et des services sociaux explore des modèles d'organisation du travail. L'OIIQ tient à souligner certaines expériences positives telles que celle du CSSS de la Vieille-Capitale³⁰ et le plan FORTERESS³¹ de la Montérégie qui ont démontré l'impact positif sur la sécurité et la qualité des soins d'une offre de services axée sur le développement de compétences spécifiques en soins infirmiers gériatriques et sur la fidélisation du personnel.

Ces expériences ont misé sur la pleine utilisation du champ d'exercice infirmier, dont le suivi. Il importe d'organiser le travail de manière à ce que les infirmières fassent le suivi sur les résultats attendus et qu'elles suivent les indicateurs de qualité des soins et des services. Le contrôle de la qualité doit être l'objet d'une grande vigilance pour éviter les interventions inutiles et miser sur les interventions qui ont fait leurs preuves.

RECOMMANDATION

L'OIIQ recommande que l'organisation du travail capitalise sur l'utilisation optimale des compétences de tous les membres de l'équipe de soins et sur l'occupation pleine et entière du champ d'exercice infirmier.

7. La formation du personnel

L'OIIQ est d'accord avec les propos de la Commission quant à la place centrale de la formation et il appuie l'importance de la formation de tous les membres du personnel, particulièrement pour les préposés aux bénéficiaires.

Concernant la formation infirmière, l'OIIQ a largement démontré la nécessité de la formation au baccalauréat dans son mémoire sur la formation de la relève infirmière, et ce, en raison de la complexité des soins qui doivent être prodigués en CHSLD et de l'évolution de la pratique.

De plus, outre la formation initiale, de la formation continue doit être offerte en relation avec les nouvelles pratiques afin d'assurer une pratique à la fine pointe des connaissances. La complexité et les changements rapides des innovations cliniques et technologiques nécessitent le maintien des connaissances et des compétences. De plus, il est bien connu que la formation continue est étroitement liée à la rétention du personnel. D'ailleurs, les projets Vieille-Capitale et FORTERESS illustrent cet effet.

RECOMMANDATION

L'OIIQ recommande que la relève infirmière soit formée au baccalauréat pour exercer en CHSLD et que des programmes de formation continue soient offerts pour maintenir et développer les compétences en gériatrie.

Aussi, l'OIIQ considère que la formation initiale des infirmières doit être rehaussée pour la relève infirmière et que de la formation continue doit être offerte à tous les membres du personnel, ce qui répond aux questions sur la formation du personnel de la Commission. Cette formation doit obligatoirement inclure le processus de vieillissement et les soins requis.

Conclusion

L'OIIQ croit qu'il est urgent d'implanter le modèle de soins proposé dans les meilleurs délais dans tous les CHSLD du Québec. Intégrer les soins infirmiers dans les milieux de vie est incontournable en raison des besoins des clientèles des CHSLD.

De plus, l'OIIQ recommande que les plans d'effectifs infirmiers dotent chaque CHSLD d'infirmières en nombre suffisant, d'infirmières spécialisées de même que d'infirmières praticiennes spécialisées afin de répondre aux besoins de soins et de services et d'assurer la qualité de vie et la sécurité de chaque résident.

Bien que l'OIIQ reconnaisse la pertinence des propos du document de consultation, il recommande que l'offre de services des CHSLD inclut clairement la pratique infirmière et que l'organisation du travail mise sur le plein exercice infirmier. L'heure est venue d'enrichir les milieux de vie par la présence d'infirmières pour exercer auprès des clientèles des CHSLD.

Enfin, l'OIIQ tient à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de lui avoir permis de donner son point de vue sur le sujet et de faire des recommandations qui contribueront à fournir des conditions de vie de qualité et à assurer la sécurité aux adultes hébergés en CHSLD.

Liste des recommandations

L'OIIQ recommande que tous les CHSLD adoptent le modèle de soins proposé dans sa prise de position, soit que les CHSLD offrent à leurs résidents, dans leur milieu de vie, les soins infirmiers requis par leur condition physique et mentale :

- en se basant sur les besoins réels des personnes hébergées en CHSLD, en fonction de leur profil actuel et évolutif;
- en fixant comme offre de services minimale en CHSLD :
 - le suivi infirmier des résidents, basé sur l'évaluation de la condition physique et mentale et les directives infirmières permettant d'assurer ce suivi;
 - les divers soins requis par cette clientèle, notamment la gestion des médicaments, la prévention des chutes et des plaies, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'instauration de programmes de soins spécialisés et de programmes d'accompagnement et de soins pour les personnes en fin de vie et leurs proches;
- en assurant l'expertise d'infirmières en nombre suffisant :
 - pour répondre aux besoins individuels des résidents en matière de soins;
 - pour coordonner les soins de manière à optimiser la contribution de tous les membres de l'équipe de soins, ainsi que la collaboration interprofessionnelle pour assurer des services sécuritaires et de qualité;
- en facilitant ou en organisant le recours à des infirmières praticiennes spécialisées, ainsi qu'à des infirmières conseillères spécialisées pour soutenir les équipes dans les milieux cliniques.

L'OIIQ recommande que la dyade aidant-aidé soit prise en compte. Les professionnels doivent établir un partenariat avec les proches aidants et tenir compte de leurs attentes.

L'OIIQ recommande que les CHSLD offrent davantage d'espaces de vie aménagés spécifiquement pour certaines clientèles qui bénéficieraient d'approches particulières telles : 1. des espaces de vie réservés à la clientèle âgée de moins de 65 ans, 2. des regroupements pour les résidents présentant des troubles de comportement et 3. des îlots prothétiques pour la clientèle souffrant de déficits cognitifs.

L'OIIQ recommande que les CHSLD adoptent des modalités de suivis de la qualité des soins et des services en relation avec les résultats de soins et que les mécanismes visent l'amélioration continue de la qualité et qu'ils soient constructifs.

L'OIIQ recommande que l'organisation du travail capitalise sur l'utilisation optimale des compétences de tous les membres de l'équipe de soins et sur l'occupation pleine et entière du champ d'exercice infirmier.

L'OIIQ recommande que la relève infirmière soit formée au baccalauréat pour exercer en CHSLD et que des programmes de formation continue soient offerts pour maintenir et développer les compétences en gériatrie.

Références

- 1 Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Saint-Laurent, Montréal : Éditions du Renouveau pédagogique.
- 2 Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*. Montréal, Québec : AQESSS. Repéré à <http://www.myvirtualpaper.com/doc/agesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/>
- 3 Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. (2013). *L'autonomie pour tous : Livre Blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf>
- 4 Choinière, R., & Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- 5 International Psychogeriatric Association (2012). Module 8 - Long-term care. Dans *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): Specialists guide*. Northfield, IL: Auteur.
- 6 Lesage, A., & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2241968>
- 7 Santé et services sociaux Québec, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, Direction de la gestion intégrée de l'information, & Service du développement de l'information. (2008). *Info-hébergement : Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement et l'habitation des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1763453>
- 8 Vérificateur général du Québec. (2012). Chapitre 4 - Personnes âgées en perte d'autonomie - Services d'hébergement. Dans *Vérification de l'optimisation des ressources - Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014, printemps 2013*. Québec, Québec : Auteur. Repéré à http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf
- 9 Rapports d'appréciation des CHSLD visités, par région. (s. d.). *Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visites.php
- 10 Cyr, Nancy (2009). *Cadre de référence sur le partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement*. Québec : CSSS de la Vieille-Capitale.
- 11 Association des infirmières et infirmiers du Canada (s.d.) *Infirmières et infirmiers praticiens en soins de longue durée : document d'information sur l'ICIIP*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- 12 Carrie, A., McAiney (2005). *Evaluation of the Nurse Practitioner in Long-Term Care Projet*. Repéré à http://www.shalomvillage.on.ca/NP_report.pdf
- 13 Decker, F. H. (2008). The relationship of nursing staff to the hospitalization of nursing home residents. *Research in Nursing & Health*, 31(3), 238–251. doi:10.1002/nur.20249
- 14 Kim, H., Harrington, C., & Greene, W. H. (2009). Registered Nurse Staffing Mix and Quality of Care in Nursing Homes: A Longitudinal Analysis. *The Gerontologist*, 49(1), 81–90. doi:10.1093/geront/gnp014

- 15 Lineweaver, L. (2013). *Nurse Staffing 101: A Decision-making Guide for the RN*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- 16 Hayes, N., & Ball, J. (2012). *Safe Staffing for older people's ward: RCN full report and recommendations*. London, UK: Royal College of Nursing. Repéré à http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/476379/004280.pdf
- 17 Voyer, P. (2013). *Les ratios en CHSLD: une mise à jour - Comment analyser les différents ratios?* Conférence prononcée à l'invitation de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Repéré à [http://www.fsi.ulaval.ca/fileadmin/templates/images/Content/Personnel/Capsules_Voyer/Conferences%20Web/Ratio_en_CHSLD_mise_jour\(FIQ\).flv](http://www.fsi.ulaval.ca/fileadmin/templates/images/Content/Personnel/Capsules_Voyer/Conferences%20Web/Ratio_en_CHSLD_mise_jour(FIQ).flv)
- 18 Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., ... Saliba, D. (2010). Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 627–635. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x
- 19 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). *La relève infirmière du Québec – Une profession, une formation*. Westmount, Québec : Auteur.
- 20 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013). Mémoire – Projet de loi n° 52. Loi concernant les soins en fin de vie. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Westmount, Québec : Auteur.
- 21 Misson, L., Arcand, M., Aubin, M., Durand, P. J., & Verreault, R. (2012). Éléments de bonnes pratiques de soins palliatifs en CHSLD. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 12(2), 36–49.
- 22 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.
- 23 Gélinas, M.-C. (2012). *Le profil de l'infirmière en hébergement et les pratiques favorisant la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI)*. Longueuil, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3399/2013-01-25Rapport_final_D%C3%A9nominalis%C3%A9_Profil_infCHSLD_R%C3%A9ductionMOI.pdf
- 24 Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées : Enjeux, défis et stratégies*. Montréal, Québec: Beauchemin Chenelière Éducation.
- 25 Ducharme, F., Lévesque, L., Bourbonnais, A., Dubé, V., & Saulnier, D. (2013). *Soutenir les proches aidants de personnes en perte d'autonomie... des avenues à considérer. Mémoire présenté au Ministre de la santé et des services sociaux et Ministre responsable des aînés portant sur la création d'une assurance autonomie*. Montréal, Québec: Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Repéré à http://www.chairedesjardins.umontreal.ca/documents/MemoireCDJ_Assuranceautonomie_oct2013.pdf
- 26 Gélinas, M.-C. (2013). *Milieus de vie adaptés à la clientèle en perte d'autonomie non liée au vieillissement: recension sommaire des écrits et des pratiques*. Longueuil, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3485/VF_Hebergement+adultes+avec+DP_version+veille.pdf
- 27 Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.). Montréal, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- 28 Adam, S. (2013). Au-delà des dimensions cognitives : la santé de la personne. Présenté à 11^{ème} Colloque du CESCO – Ensemble dans l'action : Les outils en soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, Montréal, Québec : CESCO.

- 29 Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratique et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.
- 30 St-Jacques, S., & Dussault, J. (2013). *La dotation du personnel dédié aux soins et à l'assistance aux résidents en centre d'hébergement : assurer une offre de qualité*. Québec, Québec: CSSS de la Vieille-Capitale. Repéré à <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=999>
- 31 Viens, C., & Audet, J. (2011). *Expérience de réorganisation des soins, des services et du travail dans les centres d'hébergement de la Montérégie, bilan des réalisations du plan FORTERESSS*. Longueuil, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3136/Rapport_forteresss.pdf

Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

22 octobre 2013

1. **CONSIDÉRANT QUE** dans le continuum de services, les CHSLD sont réservés à une clientèle souvent très âgée et fragilisée par une lourde perte d'autonomie, laquelle se traduit par une augmentation de 5% du nombre d'heures-soins dans les CHSLD depuis 2007-2008, portant la moyenne d'heures-soins requises pour répondre aux besoins des résidents à 3,22 par jour¹;
2. **CONSIDÉRANT QU'**en conséquence, le défi des CHSLD est d'offrir, dans un milieu de vie, des soins de plus en plus complexes et spécialisés à une clientèle hétérogène, souvent en fin de vie ;
3. **CONSIDÉRANT QUE** les stratégies utilisées tendent à réduire la présence infirmière alors que les besoins en soins infirmiers de cette clientèle augmentent, risquant ainsi de compromettre la protection du public ;
4. **CONSIDÉRANT** le profil actuel de la clientèle en CHSLD :
 - en 2011-2012, 41 %¹ des personnes hébergées étaient âgées de plus de 85 ans ;
 - les données démographiques prévoient que durant les vingt prochaines années, le nombre de Québécois de 85 ans et plus augmentera de 107 %² ;
 - les deux tiers des personnes âgées hébergées souffrent de multipathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santé³ ;
 - quelque 80 % des personnes âgées hébergées présentent des pertes cognitives⁴ et 60 % des troubles cognitifs⁵ ;
 - au moins 20 % souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement⁶ ;
 - chaque année, plus de 18 % de la clientèle hébergée requiert des soins de fin de vie⁷ ;
 - environ 11 % de la clientèle des CHSLD est âgée de moins de 65 ans et présente des déficiences physiques, des déficiences intellectuelles, des maladies dégénératives ou des problèmes de santé mentale¹ ;
 - des personnes en transition et en répit s'ajoutent à la clientèle de certains centres ;
5. **CONSIDÉRANT QUE** les constats qui se dégagent de l'inspection professionnelle réalisée par l'OIIQ dans le cadre de son mandat de protection du public mettent en relief des lacunes importantes dans les conditions d'exercice des infirmières en CHSLD, principalement en ce qui a trait au nombre insuffisant d'effectifs infirmiers ;
6. **CONSIDÉRANT QUE** plusieurs directrices de soins infirmiers et de nombreuses infirmières ont attiré l'attention de l'OIIQ sur le problème du retrait des infirmières des CHSLD et l'impact de ce retrait sur la sécurité et la qualité des soins ;

7. **CONSIDÉRANT** la nécessité d'avoir le nombre d'infirmières requis pour assurer la qualité et la sécurité des soins^{8,9};
8. **CONSIDÉRANT QUE** l'American Nurses Association¹⁰ et le Royal College of Nursing¹¹ en Angleterre ont établi un ratio en nombre absolu* d'une infirmière pour dix résidents en CHSLD afin d'assurer la qualité des soins et des services, alors que le ratio actuel des CHSLD du Québec est d'une infirmière pour vingt résidents ou plus ;
9. **CONSIDÉRANT QUE** le Vérificateur général du Québec¹², dans son rapport 2012-2013, constate que :
 - les balises concernant l'offre de services et les critères d'accès aux ressources dans les CHSLD, prévues depuis sept ans, tardent à s'implanter ;
 - le profil des personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas à jour et que les ressources ne correspondent pas à leurs besoins ;
10. **CONSIDÉRANT QUE** les rapports des évaluations réalisées dans des CHSLD par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)¹³, au cours de l'année 2013, montrent des lacunes importantes telles que l'absence de plan de traitement dans les quatre à six semaines suivant l'admission, un processus d'accueil incomplet, l'utilisation de moyens de contention, l'absence de programme de soins de fin de vie, l'attitude inacceptable de certains employés, une rotation élevée du personnel et, parfois, l'absence d'infirmières ;
11. **CONSIDÉRANT QUE** de 45 %¹⁴ à 67 %¹⁵ des hospitalisations peuvent être évitées lorsque les infirmières sont en nombre suffisant pour offrir les soins requis ;
12. **CONSIDÉRANT QUE** des expériences ont démontré l'impact positif sur la sécurité et la qualité des soins d'une offre de services axée sur le développement de compétences en soins infirmiers gériatriques basées sur l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes, activité réservée aux infirmières¹⁶ ;
13. **CONSIDÉRANT QUE** l'article 83 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁷ définit la mission des CHSLD comme suit :

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

* Le ratio en nombre absolu correspond au nombre d'infirmières par 24 heures par rapport au nombre de résidents (ex. : un ratio de 1/10 correspond à 14 infirmières par 24 heures pour 140 résidents). Plusieurs facteurs influencent les ratios infirmière-résidents. Aussi, ceux-ci doivent être établis avec prudence et tenir compte : 1) de l'organisation des soins ; 2) de la composition des équipes de travail ; 3) du soutien clinique et administratif et 4) de la condition clinique des résidents.

L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, dont la fonction principale est d'assurer la protection du public, demande au gouvernement du Québec d'établir dans les meilleurs délais l'offre de services en CHSLD ET de donner à ces établissements les moyens d'offrir à leurs résidents, dans leur milieu de vie, les soins infirmiers requis par leur condition physique et mentale :

- en se basant sur les besoins réels des personnes hébergées en CHSLD, en fonction de leur profil actuel et évolutif ;
- en fixant comme offre de services minimale en CHSLD :
 - le suivi infirmier des résidents basé sur l'évaluation de la condition physique et mentale et les directives infirmières permettant d'assurer ce suivi ;
 - les divers soins requis par cette clientèle, notamment la gestion des médicaments, la prévention des chutes et des plaies, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'instauration de programmes de soins spécialisés, ainsi que de programmes d'accompagnement et de soins pour les personnes en fin de vie et leurs proches ;
- en assurant l'expertise d'infirmières en nombre suffisant :
 - pour répondre aux besoins individuels des résidents en matière de soins ;
 - pour coordonner les soins de manière à optimiser la contribution de tous les membres de l'équipe de soins, ainsi que la collaboration interprofessionnelle pour assurer des services sécuritaires et de qualité ;
- en facilitant ou en organisant le recours à des infirmières praticiennes spécialisées, ainsi qu'à des infirmières conseillères spécialisées pour soutenir les équipes dans les milieux cliniques.

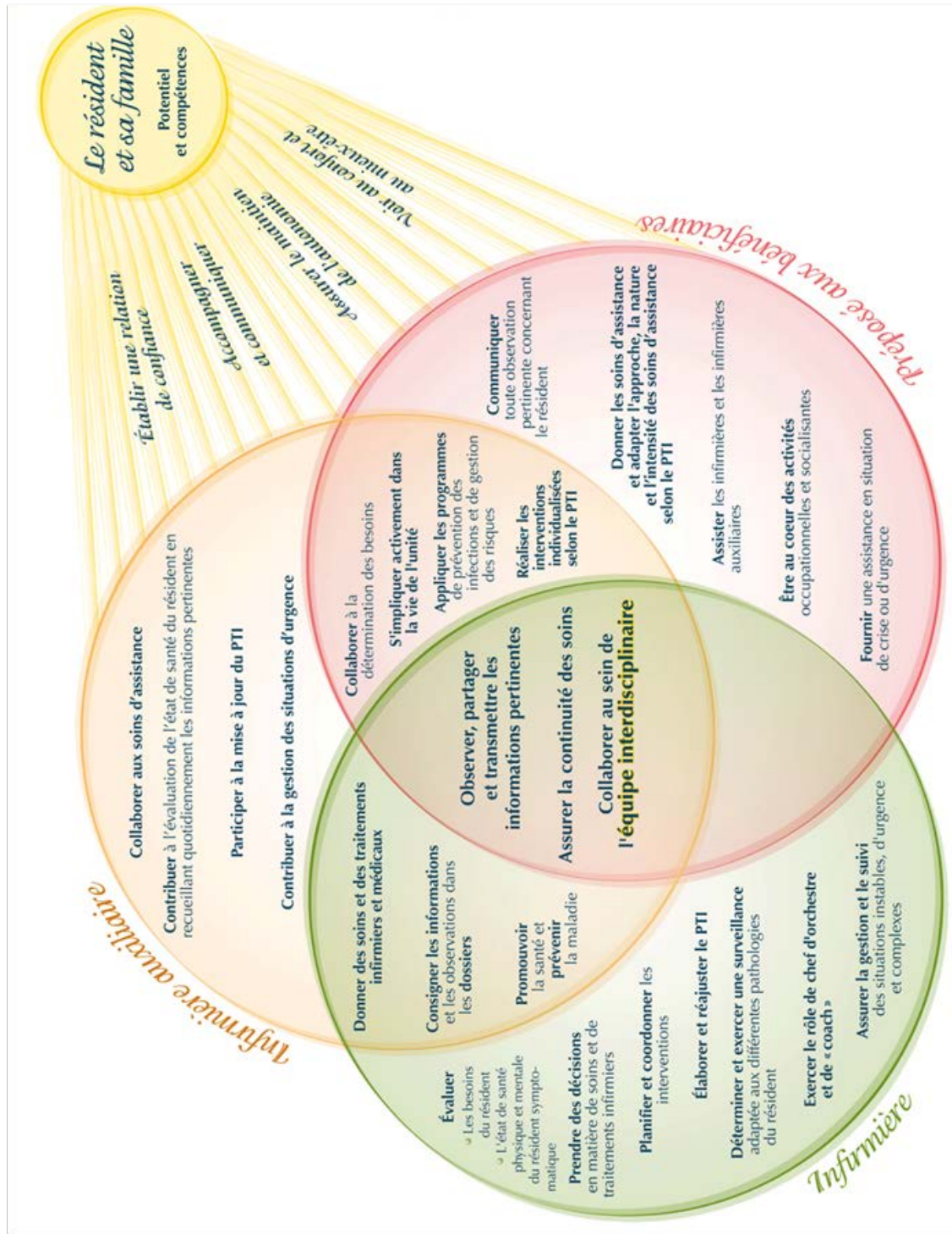


Crédit photo : Centre Gériatrique Donald Berman, Maimonides

RÉFÉRENCES

1. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2013). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*. Montréal, Québec: AQESSS. Repéré à <http://www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. (2013). *L'autonomie pour tous : Livre Blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf>
3. Choinière, R., & Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Montréal, Québec: Institut national de santé publique du Québec.
4. Bergman, H., & Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence: rapport*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1903412>
5. International Psychogeriatric Association. (2012). Module 8 - Long-term care. In *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): Specialists guide*. Northfield, IL: Auteur.
6. Lesage, A., & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2241968>
7. Santé et services sociaux Québec, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, Direction de la gestion intégrée de l'information, & Service du développement de l'information. (2008). *Info-hébergement: Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur l'hébergement et l'habitation des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1763453>
8. Decker, F. H. (2008). The relationship of nursing staff to the hospitalization of nursing home residents. *Research in Nursing & Health*, 31(3), 238–251. doi:10.1002/nur.20249
9. Kim, H., Harrington, C., & Greene, W. H. (2009). Registered Nurse Staffing Mix and Quality of Care in Nursing Homes: A Longitudinal Analysis. *The Gerontologist*, 49(1), 81-90. doi:10.1093/geront/gnp014
10. Lineweaver, L. (2013). *Nurse Staffing 101: A Decision-making Guide for the RN*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
11. Hayes, N., & Ball, J. (2012). *Safe Staffing for older people's ward: RCN full report and recommendations*. London, UK: Royal College of Nursing. Repéré à http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0009/476379/004280.pdf
12. Vérificateur général du Québec. (2012). Chapitre 4 - Personnes âgées en perte d'autonomie - Services d'hébergement. In *Vérification de l'optimisation des ressources - Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014, printemps 2013*. Québec, Québec: Auteur. Repéré à http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf
13. Rapports d'appréciation des CHSLD visités, par région. (s. d.). *Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visitesCHSLD.php
14. O'Neill, C., Harrington, C., Kitchener, M., & Saliba, D. (2003). Quality of care in nursing homes: an analysis of relationships among profit, quality, and ownership. *Medical Care*, 41(12), 1318-1330. doi:10.1097/01.MLR.0000100586.33970.58
15. Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., ... Saliba, D. (2010). Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 627–635. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x
16. Voyer, P., Cyr, N., Gaudreault, A., & Viens, C. (2013). Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants. *La gérontoise*, 24(1), 16-22.
17. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.

Annexe 2 Partage des compétences



Annexe 3 – Profession infirmière : champ d'exercice et activités réservées

SOINS DE LONGUE DURÉE

