

Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD

Collaboration interprofessionnelle



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre des dentistes
du Québec



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

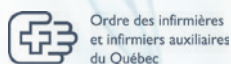
OEQ



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



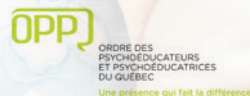
Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec



Ordre des orthophonistes
et audiologistes du Québec



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC
Présent pour vous



ORDRE DES
PSYCHÉDUCATEURSES
ET PSYCHÉDUCATRICES
DU QUÉBEC
Une présence qui fait la différence



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC



ORDRE DES
TECHNOLOGUES PROFESSIONNELS
DU QUÉBEC



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'HUMAIN, AVANT TOUT.



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



Ordre professionnel
des diététistes
du Québec



ORDRE PROFESSIONNEL
DES SOCIOLOGUES
DU QUÉBEC

Regroupement provincial
des comités des usagers
Santé et services sociaux



EXPERTISES PROFESSIONNELLES ADAPTÉES AUX BESOINS DES PERSONNES HÉBERGÉES EN CHSLD

Collaboration interprofessionnelle – CHSLD

Le 8 décembre 2016

ÉDITION

Orientation

Lucie Tremblay, inf., M. Sc., Adm.A., CHE
Présidente, OIIQ

Présidents et présidentes des quatorze ordres professionnels participants

COORDINATION

Johanne Lapointe, M.A.
Adjointe à la directrice générale et à la présidente
Direction générale, OIIQ

RÉDACTION

Pauline Plourde, B. Sc., inf., M. Éd.
Consultante, gestion services de santé

Collaboration

Collège des médecins du Québec
Ordre des dentistes du Québec
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
Ordre des pharmaciens du Québec
Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des technologues professionnels du Québec
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
Ordre professionnel des diététistes du Québec
Ordre professionnel des sexologues du Québec
Regroupement provincial des comités des usagers

PRODUCTION

Service marketing, OIIQ

Claire Demers

Coordonnatrice de l'édition

RÉVISION LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge

Réviseur et conseiller linguistique

Direction, Marketing et événements, OIIQ

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, rue Molson

Montréal (Québec) H1Y 4V4

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

Télécopieur : 514 935-3770

ventepublications@oiiq.org

oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN 978-2-89229-700-3 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016

Tous droits réservés

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

Table des matières

INTRODUCTION	1
QUELQUES CONSTATS.....	2
1. Le profil des résidents en CHSLD et leurs besoins de services	2
2. L'adaptation des soins et services aux besoins des personnes hébergées	3
UNE APPROCHE ET DES PRINCIPES AU CŒUR DES PRATIQUES.....	4
1. Le continuum de vie	4
2. La bientraitance incluant le partenariat avec la personne hébergée et ses proches	5
3. Une pratique collaborative adaptée aux besoins des personnes hébergées.....	6
DES EXPERTISES À DÉPLOYER.....	7
1. Meilleures pratiques et développement des compétences.....	7
2. Bref résumé des meilleures pratiques selon les cibles prioritaires en CHSLD	9
a) Usage optimal des médicaments	10
b) Problèmes nutritionnels et de déglutition.....	10
c) Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	11
d) Gestion de la douleur.....	11
e) Maintien de la mobilité et de l'autonomie	12
f) Alimentation et hydratation.....	12
g) Environnement adapté.....	13
h) Soutien au résident et aux proches.....	13
i) Maintien, prévention de la détérioration et renforcement des capacités intellectuelles et des liens sociaux.....	13
j) Soins de fin de vie.....	13
3. Compétences requises pour l'approche collaborative.....	14
L'ACCÈS À L'EXPERTISE.....	15
1. La révision de l'offre de soins et services	15
2. Les équipes de soins et services.....	15
a) Ratios intervenants/résidents.....	16
b) Conditions d'exercice.....	17
3. Le rôle et les défis du gestionnaire en CHSLD	17
CONCLUSION.....	18
ANNEXE 1	20
RÉFÉRENCES	33

INTRODUCTION

Dans le cadre de la démarche de consultation du ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'offre de services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), quinze ordres professionnels de la santé et des services sociaux, en collaboration avec le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), présentent la contribution interprofessionnelle nécessaire à une offre de soins et de services adaptée aux besoins des personnes hébergées en CHSLD.¹

En effet, conformément à leur mandat de protection du public, les ordres sont soucieux d'assurer leur contribution à des soins et des services de qualité et sécuritaires. Cette responsabilité implique une formation disciplinaire basée sur les meilleures pratiques (formation de base et formation continue) pour tous leurs membres. Les ordres professionnels contribuent, à titre de partenaires dans l'application des connaissances et de l'expertise de leurs membres, au développement de pratiques collaboratives (interprofessionnelles) auprès de personnes hébergées en droit de recevoir une prestation de soins et services qui répond à leurs besoins et qui assure leur bien-être et le maintien d'une qualité de vie malgré la lourde perte d'autonomie. Ainsi, des pratiques collaboratives efficaces sont associées directement aux savoirs disciplinaires de chaque professionnel, tout en soutenant l'implication du résident et de ses proches à la prise de décision concernant ses soins, dans un environnement où l'équilibre entre les objectifs d'un milieu de soins et ceux d'un milieu de vie doit être préservé.

Les CHSLD sont dorénavant réservés à une population très vulnérable, souvent très âgée et très fragilisée par une lourde perte d'autonomie. Les personnes hébergées présentent des profils de santé de plus en plus complexes et leurs besoins de soins et services nécessitent souvent plusieurs expertises professionnelles. De fait, cela implique d'avoir accès à des ressources professionnelles possédant des connaissances et des compétences spécialisées en gériatrie et en gérontologie, appliquées à leur discipline. Les ordres professionnels sont convaincus que les compétences disciplinaires de leurs membres sont un élément de solution et qu'un regroupement de ces expertises est absolument requis dans les CHSLD pour éviter des situations déplorables et pour répondre aux besoins d'une population particulièrement vulnérable, dont les besoins de santé et de bien-être exigent une offre de soins et services significativement réajustée.

Les conditions de vie des personnes hébergées sont tributaires, notamment, de la compétence des intervenants et de leur connaissance des problèmes de santé et des réalités de la vie des personnes hébergées ainsi que de l'organisation des soins et des services. Le groupe interprofessionnel propose au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un modèle de pratique collaborative basé sur le continuum de vie de la personne hébergée, dans une approche de bienveillance et selon les pratiques démontrées efficaces.

¹ Dans le présent document, nous faisons référence aux quinze ordres professionnels de la santé et des services sociaux lorsqu'il est question du groupe interprofessionnel.

Les résidents, la famille, les proches, les gestionnaires, les professionnels et les autres intervenants sont des partenaires incontournables et complémentaires pour un milieu de soins et de vie de qualité, adapté aux besoins des résidents et de leurs proches. Un tel milieu doit également offrir un environnement social et physique adapté aux besoins des personnes et à leur continuum de vie.

QUELQUES CONSTATS

1. Le profil des résidents en CHSLD et leurs besoins de services

Au cours des dernières années, l'autonomie des personnes hébergées en CHSLD a considérablement diminué en raison de plusieurs maladies concomitantes et de facteurs associés. De fait, les CHSLD sont réservés à une clientèle vulnérable, souvent très âgée et fragilisée par une lourde perte d'autonomie. Selon les données recueillies, le profil des personnes hébergées en CHSLD se présente comme suit :

- environ 42 %ⁱ des personnes hébergées sont âgées de plus de 85 ans; ces personnes présentent des incapacités motrices et des limites relatives à la marche et aux déplacements de modérées à sévères;
- les deux tiers des personnes âgées hébergées souffrent de multipathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santéⁱⁱ;
- quelque 80 % des personnes âgées hébergées présentent des symptômes comportementaux souvent associés à la démenceⁱⁱⁱ;
- 40 % à 60 % des personnes âgées hébergées sont en état de malnutrition au Canada;^{iv}
- au moins 20 % souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement associés à un diagnostic en santé mentale;^v
- 90 % des usagers en centre d'hébergement présentent des troubles de communication et 80 % ont des troubles d'audition, qui ont un impact direct sur leur autonomie;
- chaque année, plus de 18 % de la clientèle hébergée requiert des soins de fin de vie^{vi};
- 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 mentale qui limitent de façon importante la réalisation d'activités quotidiennes.

2. L'adaptation des soins et services aux besoins des personnes hébergées

Les orientations ministérielles de 2003^{vii} concernant l'amélioration de la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD et visant tous les établissements du Québec proposaient une vision globale de l'organisation des soins et des services axés sur la qualité de vie et le bien-être des résidents, intégrés à la gamme de services destinés aux adultes. Toutefois, on observe que les orientations ministérielles ne se sont pas actualisées dans tous les centres d'hébergement et que, malgré la bonne volonté, des situations déplorables de manque de soins sont encore malheureusement observées.

À la suite du rapport du Vérificateur général^{viii} et des recommandations de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD, force est de constater que les soins et les services dans certains CHSLD sont de moins en moins adaptés aux besoins de ces clientèles. De fait, si les personnes hébergées ont besoin de soins infirmiers de façon continue (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires), elles ont aussi besoin de soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que des services qui font appel à plusieurs autres professionnels. Les audiologistes, les dentistes, les diététistes-nutritionnistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les orthophonistes, les professionnels de la physiothérapie, les psychoéducateurs, les psychologues et neuropsychologues, les sexologues, les technologues professionnels en appareillage orthopédique et les travailleurs sociaux comptent parmi les professionnels dont les soins et les services sont ou peuvent être requis à un moment ou l'autre durant la période d'hébergement.

Devant des profils de santé de plus en plus complexes et les besoins de soins et de services requis par les personnes hébergées, les ordres professionnels estiment que différents problèmes sont pris en compte de façon insuffisante en centre d'hébergement, ce qui a un impact négatif sur la sécurité et la qualité des services offerts et, conséquemment, sur la qualité de vie des personnes.

Conformément à leur mandat de protection du public, les ordres reconnaissent l'importance d'agir rapidement afin de mieux répondre aux besoins des personnes hébergées et d'éviter d'autres situations déplorables. À cet effet, le groupe interprofessionnel propose de mettre en commun ses expertises au regard de problématiques prioritaires par la mise en œuvre de pratiques exemplaires qui touchent, notamment, la nutrition et l'alimentation, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'usage approprié des médicaments et les soins de fin de vie. Il propose aussi d'implanter les meilleures pratiques qui ciblent la gestion de la douleur, les troubles de la mobilité, les troubles anxieux dépressifs ainsi que l'isolement social.

Le soutien aux proches aidants et l'adaptation de l'environnement des résidents afin d'optimiser leur autonomie et sécuriser les soins, sont aussi des éléments clés pour assurer leur sécurité dans un contexte d'hébergement.

1. Le continuum de vie

Le profil des personnes hébergées en CHSLD témoigne de leur niveau élevé de besoins et de leur vulnérabilité. Pour cette raison, et en conformité avec la philosophie de soins et services préconisée par le MSSS, l'offre de services en CHSLD devrait s'articuler autour du concept de continuum de vie de la personne hébergée, en impliquant étroitement la personne elle-même et ses proches dans les décisions qui sont prises.

Même si l'état de santé de la personne hébergée est en détérioration progressive et accuse des pertes importantes, il faut prévenir certaines détériorations pour assurer sa qualité de vie et son bien-être ainsi que le maintien de sa capacité fonctionnelle optimale.

En concordance avec les récents engagements ministériels et ceux des dirigeants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, pour que les personnes hébergées en CHSLD puissent bénéficier de soins et de services de qualité et sécuritaires, le déploiement d'une offre de services dans tous les CHSLD du Québec devrait :

- s'articuler autour du continuum de vie des personnes hébergées;
- tenir compte de la complexité des besoins et de la vulnérabilité de la personne hébergée;
- s'inscrire dans une approche interdisciplinaire pour assurer le recours à des expertises professionnelles en lien avec des besoins spécifiques;
- permettre la coordination efficace des contributions particulières de chaque professionnel impliqué et la prestation des soins et des services requis en temps opportun, autant en services directs aux résidents qu'en soutien-conseil aux membres de l'équipe;
- s'appuyer sur une gestion organisationnelle qui assure aux membres du personnel l'acquisition et le développement des connaissances, des habiletés et des attitudes appropriées auprès des personnes hébergées en CHSLD;
- rendre disponible une infrastructure d'échange d'information soutenue par un système bien piloté et mis à jour régulièrement (par exemple SICHELD² ou Clinibase qui ne sont pas exploités de façon optimale dans tous les CHSLD).

Continuum de vie : Le concept de continuum de vie est fondé sur une approche centrée sur la personne et une philosophie humaniste. Il s'articule autour de la reconnaissance que la personne hébergée en CHSLD nécessite des soins et des services adaptés qui visent le bien-être et le maintien de sa qualité de vie, telle qu'elle est définie par la personne et ses proches.

² Système d'information clientèle en centre d'hébergement

2. La bientraitance incluant le partenariat avec la personne hébergée et ses proches

Les besoins et la situation de santé souvent complexes des personnes hébergées impliquent aussi le respect de leurs choix et de leurs droits en matière de services de santé. Pour ce faire, une offre de soins et de services basée sur un réel partenariat entre les professionnels et avec le résident et ses proches* est requise. Cette approche implique d'accompagner la personne dans le développement de ses propres compétences ou de celles de ses proches, afin qu'elle puisse prendre les décisions qui la concernent en matière de santé et de services. Au-delà de la dimension de santé physique, cette approche reconnaît :

- les dimensions psychologiques, sociales, culturelles, voire spirituelles, du partenariat avec la personne hébergée;
- qu'une décision est adaptée aux spécificités du contexte de la personne et de ses proches (continuum de vie) et ne s'appuie pas uniquement sur des facteurs de succès et de risques d'échecs;
- le savoir expérientiel de la personne hébergée (lorsque possible) et de ses proches ainsi que leur capacité à développer une compétence de soins et à devenir des acteurs à part entière de ce processus.

C'est ainsi que l'approche de bientraitance devrait être la philosophie de soins et de services à mettre en œuvre en CHSLD. Elle s'inscrit dans une relation de soins au sens large. Plus précisément, cela signifie qu'elle peut aussi bien se retrouver dans une relation entre un professionnel de la santé et un résident ou encore entre un enfant et le parent dont il a la charge. Les principes primordiaux qui sous-tendent la bientraitance sont avant tout de replacer l'individu au centre de sa relation de soins, d'en faire l'acteur principal et non un sujet de soins. Le souci de la personne, de son bien-être et de son épanouissement est primordial. En fait, l'approche du patient partenaire, élément clé de la bientraitance, implique un réel partenariat entre les professionnels, le résident et ses proches. Il s'articule aussi autour de la reconnaissance que la personne hébergée en CHSLD nécessite des soins et des services adaptés qui visent son bien-être et le maintien de sa qualité de vie telle qu'elle est définie par la personne elle-même et ses proches.

Pour structurer une réelle approche de bientraitance en CHSLD, des mécanismes la favorisant devront être mis en œuvre systématiquement dans tous les centres. Cela implique le maintien d'un cadre organisationnel stable et ces mécanismes doivent être régis par des règles claires et sécurisantes qui refusent catégoriquement toute forme de violence ou d'abus envers les personnes vulnérables. Qui plus est, les intervenants doivent être bien formés, reconnus, soutenus et accompagnés dans la qualité et dans le sens qu'ils donnent à leurs actes. Il en est de même pour les gestionnaires de ces services.

* On considère les proches du résident comme étant les personnes significatives et les mandataires, y compris le Curateur public pour certains résidents.

D'ailleurs, les compétences requises des gestionnaires des centres d'hébergement devraient faire l'objet d'exigences spécifiques en lien avec le mandat d'un centre d'hébergement, notamment en ce qui concerne les besoins des résidents et des proches, la capacité de mettre en œuvre des processus d'amélioration de la qualité ainsi que la gestion des ressources humaines dans un milieu de travail où les deuils sont multiples, jour après jour.

3. Une pratique collaborative adaptée aux besoins des personnes hébergées

La pratique collaborative est définie comme un « processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions »^{ix}, pratique qui, en centre d'hébergement, interpelle toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue, dont les objectifs sont :

- d'orienter l'organisation des soins et des services autour du continuum de vie du résident;
- de reconnaître et d'identifier les besoins spécifiques de chaque résident afin d'assurer une prise en charge adéquate;
- de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé.

La pratique collaborative implique deux types de processus de collaboration, soit la collaboration des intervenants entre eux et celle entre le résident et ses proches avec les intervenants. Ces processus de collaboration prennent plusieurs formes, de la rencontre résident/intervenant, aux rencontres interdisciplinaires incluant le résident et ses proches, et doivent comprendre obligatoirement, pour permettre une communication efficace entre les partenaires, des outils d'échange et de communication formalisés et structurés.

La pratique collaborative est reconnue, notamment comme étant un des moyens privilégiés pour répondre aux besoins des personnes hébergées et ainsi :

- assurer les meilleurs soins et services selon les besoins du résident;
- favoriser l'usage optimal des médicaments;
- éviter les transferts lors de situations aiguës de soins par la prévention des détériorations et la gestion des risques.

Conséquemment, l'accès aux ressources professionnelles pertinentes pour les besoins spécifiques de chaque personne hébergée implique une évaluation rigoureuse sur une base régulière, ainsi que la capacité et la possibilité de référer au professionnel requis lorsque cela s'avère nécessaire. Cette référence au professionnel requis implique le développement de critères de consultations systématisées et d'accès à ces professionnels en temps opportun.

DES EXPERTISES À DÉPLOYER

1. Meilleures pratiques et développement des compétences

En considérant que l'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux relève du ministère (MSSS), force est d'admettre que la capacité d'agir des professionnels selon les meilleures pratiques est largement tributaire de l'offre de soins et services des établissements et de l'organisation du travail, conditions essentielles au déploiement de l'expertise au moment requis.

Le mandat de protection du public des ordres professionnels et leurs responsabilités face aux compétences de leurs membres sont complémentaires à ceux du MSSS et ils interviennent dans les volets suivants :

- définir le rôle de chaque professionnel selon son champ d'exercice dans le contexte spécifique des CHSLD³ (ce qui permet le développement de critères de consultation au professionnel concerné par les besoins du résident);
- s'assurer que la formation initiale disciplinaire des professionnels concernés inclut la gériatrie et les pratiques collaboratives;
- soutenir les professionnels dans le choix de formations continues appropriées et pertinentes à leur pratique;
- compléter au besoin l'offre de formation continue en gériatrie et en approche collaborative pour que les professionnels maintiennent le meilleur niveau de compétence;
- développer les lignes directrices, pratiques exemplaires et formations continues dans le domaine et les diffuser efficacement;
- instaurer des mécanismes de communication interordres permettant d'identifier les pratiques à risque en CHSLD.

³ Voir en annexe la contribution des différents professionnels selon leur champ d'exercice.

À cet effet, le groupe interprofessionnel propose de mettre en commun ses expertises au regard de problématiques prioritaires en CHSLD par la mise en œuvre de meilleures pratiques qui touchent, notamment :

- l'usage optimal des médicaments;
- les problèmes nutritionnels et de déglutition;
- les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence;
- la gestion de la douleur;
- les soins de fin de vie;
- le maintien de la mobilité et de l'autonomie;
- les troubles anxieux dépressifs ainsi que l'isolement social;
- le soutien aux proches aidants;
- l'adaptation de l'environnement des usagers afin d'optimiser leur autonomie et assurer leur sécurité;
- le maintien, la prévention de la détérioration et le renforcement des capacités cognitives et des liens sociaux.

Bien entendu, des conditions sont requises pour permettre la pertinence et la qualité des interventions centrées sur les besoins spécifiques de chaque usager, soit la formation initiale de chaque professionnel et non-professionnel (préposés aux bénéficiaires), le nombre suffisant d'intervenants par groupe de résidents (ratio) et l'accès aux professionnels avec une expertise particulière, le cas échéant.

Cette synthèse vise à décrire une prise en charge interdisciplinaire qui répond aux besoins des personnes hébergées, en mettant l'accent sur l'importance d'une collaboration entre les intervenants et le résident et ses proches, tout en considérant les ressources et le contexte actuel de pratique, toujours en tenant compte du bien-être et du respect des droits des personnes hébergées et de leurs proches.

Prémises générales :

- La détermination du niveau d'intervention médicale (NIM)-niveaux de soins⁴, en collaboration avec chaque résident et ses proches, y compris en ce qui a trait aux soins de fin de vie, et l'engagement envers une diffusion efficace de la décision à l'équipe.
- L'offre d'une formation adéquate (initiale et continue) à l'ensemble des professionnels en gériatrie, y compris les grands syndromes gériatriques, l'éthique, le consentement aux soins et l'approche collaborative.
- L'accès à l'expertise professionnelle diversifiée afin de conseiller et de soutenir l'équipe de base ou d'obtenir un service spécifique selon les besoins du résident.
- La détermination et le suivi systématique d'un plan d'intervention interdisciplinaire ou disciplinaire selon les standards professionnels reconnus.
- La formalisation de l'infrastructure d'échange de l'information concernant le résident.
- L'optimisation des outils de documentation et de communication.
- La performance de systèmes de gestion de l'information qui permettent l'accès à l'information en temps opportun (évaluations disciplinaires et plans d'interventions disciplinaires et interdisciplinaires).

2. Bref résumé des meilleures pratiques selon les cibles prioritaires en CHSLD

L'évaluation de l'état de santé de la personne, l'utilisation d'outils de dépistage validés ainsi que les diverses collectes de données menant notamment à un diagnostic médical ou étiologique, sont des préalables à la mise en œuvre des bonnes pratiques qui permettent d'orienter le plan d'intervention interdisciplinaire spécifique à la condition du résident. Notons aussi que pour chacune des cibles, d'autres professionnels que ceux mentionnés peuvent être impliqués selon les besoins spécifiques du résident et selon certaines expertises spécialisées.

⁴ Selon l'INESSS, le processus des NIM correspond à la traduction des valeurs et des volontés exprimées par le patient sous la forme d'objectifs de soins, résultant d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin sur l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des

a) Usage optimal des médicaments

Principaux professionnels concernés : infirmière⁵, infirmière auxiliaire, médecin, pharmacien.

- Réalisation et analyse du bilan comparatif des médicaments à l'admission;
- Évaluation de la thérapie médicamenteuse à l'admission, lors du retour d'une hospitalisation et périodiquement par la suite, soit au moins deux fois par année (pertinence, ajustement, etc.);
- Mise en œuvre d'un circuit du médicament sécuritaire et efficace afin de réduire, notamment, la survenue d'incidents ou d'accidents médicamenteux;
- Surveillance clinique de manifestations d'origine potentiellement pharmacologique;
- Suivi clinique de la réponse aux traitements et de l'atteinte des cibles thérapeutiques;
- Conscientisation du résident et de ses proches à l'utilisation appropriée des médicaments.

b) Problèmes nutritionnels et de déglutition

Principaux professionnels concernés : dentiste et hygiéniste dentaire, diététiste-nutritionniste, ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, orthophoniste, pharmacien.

- Dépistage systématique de la malnutrition, de la dysphagie et de problèmes bucco-dentaires lors de l'admission et périodiquement à l'aide d'outils validés;
- Suivi de l'état nutritionnel en assurant notamment la pesée à l'admission et à chaque mois;
- Évaluation de la pertinence des plans de traitement nutritionnel à l'admission et périodiquement;
- Soutien et formation au personnel pour des pratiques sécuritaires et optimales d'alimentation incluant notamment l'environnement, le positionnement, les aides techniques et différentes techniques compensatoires.

⁵ Au titre d'infirmière sont associés les titres d'infirmière praticienne spécialisée, conseillère en soins infirmiers, infirmière clinicienne et infirmière. Par ailleurs, le féminin est utilisé aux seules fins d'alléger le texte et désigne autant les hommes que les femmes.

c) Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, orthophoniste/audiologiste, pharmacien, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, psychoéducateur, psychologue⁶, sexologue, travailleur social.

- Dépistage des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence à l'admission et lors des réévaluations, minimalement sur une base annuelle ou au besoin, selon les changements de la condition du résident;
- Utilisation de grilles de dépistage ou d'évaluation clinique validées;
- Évaluation interdisciplinaire de la nature, de la fréquence, du contexte d'apparition et de la gravité des symptômes;
- Communication des interventions spécifiques au préposé aux bénéficiaires pour les soins d'assistance, notamment lors de résistance aux soins d'hygiène, lors de comportements agressifs, etc.

d) Gestion de la douleur

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, pharmacien, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, psychologue.

- Dépistage systématique des signes et symptômes de la douleur;
- Évaluation systématique de la douleur et du soulagement selon la situation de chaque résident par, notamment, l'infirmière et l'infirmière auxiliaire selon une échelle validée et harmonisée;
- Plan de gestion de la douleur incluant la détection des facteurs contributifs à la douleur, les interventions pharmacologiques ainsi que les interventions complémentaires à la médication.

⁶ Au titre de psychologue est aussi associé le titre de neuropsychologue.

e) Maintien de la mobilité et de l'autonomie

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique.

- Dépistage systématique des troubles de la mobilité, y compris les risques de chutes et les risques de plaies de pression;
- Évaluation de l'autonomie fonctionnelle de chaque résident à l'admission dans son nouvel environnement, et au besoin par la suite;
- Portrait fonctionnel de l'équilibre et de la mobilité de tous les résidents mis à jour annuellement ou lors d'un changement de la condition du résident;
- Plan d'activités de mobilité selon les capacités de la personne;
- Prévention des accidents, notamment par l'évaluation du risque de chute par le professionnel concerné;
- Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Soutien au préposé aux bénéficiaires pour des pratiques de mobilisation sécuritaires selon la situation du résident (prévention des chutes et des blessures).

f) Alimentation et hydratation

Principaux professionnels concernés : diététiste-nutritionniste, ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin.

- Élaboration d'une offre d'alimentation qui répond aux principes de la nutrition normale et thérapeutique, y compris les textures et consistances adaptées. Les menus doivent répondre notamment aux critères du cadre de référence ministériel de la politique alimentaire. Pour ce faire, le budget alloué doit assurer un coût aliment minimal qui est indexé annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation (aliments);
- Disponibilité d'un environnement physique et humain adéquat pour la prise de repas;
- Présence d'équipement nécessaire dans les installations permettant de produire l'offre alimentaire définie et respectant les critères ainsi que les normes d'hygiène et de salubrité reconnues.

g) Environnement adapté

Principaux professionnels concernés : audiologiste, ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, optométriste, orthophoniste, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, psychoéducateur, psychologue.

- Disponibilité d'un environnement adapté au résident pour optimiser son autonomie et assurer sa sécurité;
- Unités adaptées selon, notamment, différents types et niveaux des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (unités de petite taille de 12 à 15 résidents, semblables à un milieu de vie naturel, aires communes conviviales, etc.);

h) Soutien au résident et aux proches

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, psychoéducateur, psychologue, travailleur social.

- Adaptation à l'hébergement, prévention des abus, accompagnement relatif aux deuils;
- Faire connaître les droits et mécanismes de protection;
- Mise en œuvre de stratégies et de mécanismes de communication efficaces entre les équipes d'intervenants, le résident et ses proches.

i) Maintien, prévention de la détérioration et renforcement des capacités intellectuelles et des liens sociaux

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, psychoéducateur, psychologue, sexologue, travailleur social.

- Maintien des acquis intellectuels et relationnels par l'engagement du résident avec ses proches dans des activités significatives;
- Stimulation cognitive.

j) Soins de fin de vie

Principaux professionnels concernés : ergothérapeute, diététiste-nutritionniste, infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, orthophoniste/audiologiste, pharmacien, professionnel de la physiothérapie, psychoéducateur, psychologue, travailleur social.

- Dès l'admission en CHSLD, discussion entre le résident ou son représentant (uniquement si le résident est inapte) et le médecin concernant le niveau d'intervention médicale (NIM), soit l'expression des valeurs et volontés du résident sous la forme d'objectifs de soins selon l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriées et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Le niveau d'intervention doit être évalué en tenant compte des directives médicales anticipées, le cas échéant.
- Évaluation de la situation du résident et discussion avec lui ou son représentant de la possibilité d'une approche de soins de fin de vie si celle-ci est pertinente.
- Le cas échéant, révision du profil des médicaments dans une perspective de fin de vie.
- Évaluation des causes d'inconfort (douleur, dyspnée, constipation, sécheresse buccale, etc.).
- Évaluation et contrôle de la douleur et des autres symptômes physiques et psychologiques en fin de vie par des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques.
- Accompagnement des proches.

3. Compétences requises pour l'approche collaborative

L'approche collaborative et l'utilisation des meilleures pratiques impliquent aussi que chaque membre de l'équipe intervient selon son champ d'exercice et contribue à la prestation des soins et services en fonction de son expertise.

Chaque professionnel constitue aussi une personne-ressource auprès des membres de l'équipe interdisciplinaire pour toutes les activités d'érudition clinique en regard de son expertise.

Pour créer une bonne synergie entre les expertises, outre les meilleures pratiques citées précédemment, les ordres s'entendent pour cibler les connaissances et compétences communes en matière d'exercice professionnel en centre d'hébergement, et ce, pour tous leurs membres.

Ces compétences sont associées aux thèmes suivants :

- le concept de bien-être;
- les dimensions éthiques, y compris les niveaux de soins et l'approche proportionnée de soins;
- le travail d'équipe;
- le leadership collaboratif;
- la communication;
- la prévention et la résolution de conflits;
- la connaissance des rôles et responsabilités de chaque professionnel ainsi que de leur expertise.

Les ordres professionnels pourraient rendre disponible ou compléter l'offre de formation en approche collaborative. Il soutiennent l'importance que leurs membres aient accès à de la formation sur ces thématiques.

L'ACCÈS À L'EXPERTISE

1. La révision de l'offre de soins et services

La révision de l'offre de soins et services et de l'organisation du travail est une condition essentielle à une réponse efficace aux besoins souvent complexes et évolutifs des personnes hébergées en CHSLD.

Cette offre de soins et services est associée inévitablement à une révision du plan d'effectifs requis pour pouvoir dispenser les soins dont les résidents ont besoin. Cela implique d'avoir accès à des ressources possédant les connaissances et compétences pour pouvoir évaluer la situation spécifique de chaque résident et répondre à ses besoins réels en temps opportun.

Conséquemment, la révision de l'offre de soins et services et du plan d'effectifs implique la révision des profils de compétences pour planifier, dispenser et évaluer les soins et services requis par les résidents.

2. Les équipes de soins et services

En CHSLD, l'équipe de base qui est impliquée auprès de l'ensemble des résidents est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, présents 24 heures par jour, 7 jours par semaine, ainsi que de médecins, de pharmaciens, et de diététistes-nutritionnistes.

Les soins et services donnés par ces personnes sont incontournables, mais les profils des personnes hébergées et les besoins multiples et complexes qui les caractérisent font en sorte que l'accès à l'expertise disciplinaire apportée par d'autres professionnels est nécessaire. En effet, l'offre de services professionnels doit être à géométrie variable en fonction des besoins des résidents. Une approche collaborative qui met au service de ces derniers les expertises spécifiques des divers intervenants contribue à une prestation de soins et services sécuritaire, intégrée et personnalisée.

Ainsi, l'ergothérapeute, l'infirmière praticienne spécialisée, le professionnel de la physiothérapie, l'audiologiste, le dentiste, l'hygiéniste dentaire, l'orthophoniste, le psychoéducateur, le psychologue, le sexologue, le technologue professionnel en appareillage orthopédique et le travailleur social doivent, selon le cas, faire partie de l'équipe interdisciplinaire, en services directs ou en soutien-conseil à l'équipe de base. Ils sont alors solidairement responsables des objectifs qui ont été définis en équipe.

La création d'un guichet d'accès à des services multidisciplinaires pourrait être une solution potentielle en vue de permettre une utilisation judicieuse de ces services, une disponibilité de ces ressources en temps opportun et une réponse aux besoins spécifiques et ponctuels évalués, notamment chez les personnes hébergées. Pour ce faire, les établissements ont la possibilité de créer des ententes avec des partenaires pour faciliter la disponibilité de différents professionnels et de soins et services à l'intention de la bonne personne et au bon moment.

Étant donné sa présence sur place 24/7, l'infirmière agit comme gestionnaire de cas et donne les directives de soins à l'infirmière auxiliaire et au préposé aux bénéficiaires. D'ailleurs, l'infirmière est responsable de soutenir l'échange d'information concernant le résident sur une base régulière et prédéterminée. Une infrastructure d'échange d'information à toute l'équipe est un élément majeur de la qualité des soins et permet ainsi à l'infirmière auxiliaire et au préposé aux bénéficiaires d'être responsables, à leur niveau, des soins qu'ils ont à donner. La clarification des responsabilités a démontré, sans aucun doute, l'augmentation de l'engagement à la dispensation de soins personnalisés à chaque résident.

L'infirmière coordonne également les références à l'équipe interdisciplinaire et peut articuler, en collaboration avec cette équipe, l'accès aux expertises spécialisées, lorsque les besoins spécifiques d'un résident l'exigent. D'ailleurs, des critères de référence à chaque professionnel devraient être développés et disponibles dans tous les établissements.

D'autres situations touchant, par exemple, les caractéristiques de l'environnement physique ou social d'un centre pourraient nécessiter notamment des aménagements particuliers, toujours en lien avec la mission du centre d'hébergement et les caractéristiques des clientèles desservies.

a) Ratios intervenants/résidents

Des études ont démontré que des ratios intervenants/résidents qui ont été proposés il y a quelques années fonctionnent, notamment en soins infirmiers. Toutefois, ces ratios doivent être adaptés aux particularités des clientèles et des unités de soins et services. Ces ratios sont proposés pour la présence infirmière en centre d'hébergement jour-soir-nuit, de même pour les ratios infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires. Dans un article récent (mai 2016), Voyer et al^x se sont penchés sur la répartition du temps infirmier dans les unités de soins et ont évalué l'impact des ratios intervenants/résidents. Avec des ratios d'infirmières/résidents variant de 1/14 à 1/50, le soutien et la collaboration des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires sont essentiels. Les résultats de l'étude confirment l'importance d'un nombre adéquat d'infirmières auxiliaires utilisant pleinement les compétences liées à leur champ d'exercice et de préposés aux bénéficiaires, ce qui permet aux infirmières d'assumer pleinement leurs rôle et fonctions, dont l'évaluation de l'état de santé du résident, et ainsi lui fournir les soins dont il a besoin.

Il existe aussi des ratios en nutrition clinique pour les centres d'hébergement. On estime qu'un ratio d'un équivalent temps complet (ETC) pour 100 résidents est optimal et qu'un ratio de 1/150 pourrait être acceptable. On observe un problème important de dénutrition chez la clientèle hébergée et dans le contexte actuel, ce sont les professionnels présents, notamment le médecin et l'infirmière, qui compensent pour le manque de services en nutrition clinique. Actuellement, les ratios de nutritionnistes sont d'environ 1/400 résidents.

De même, les ratios actuellement rencontrés dans la plupart des CHSLD pour les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire ne leur permettent pas une contribution optimale et en temps opportun.

b) Conditions d'exercice

Dans l'implantation des meilleures pratiques, il importe que chaque membre de l'équipe interdisciplinaire, y compris les préposés aux bénéficiaires, joue pleinement son rôle. D'ailleurs, il a déjà été démontré, entre autres dans les travaux du projet FORTERESSS^{xi} en Montérégie, que le rehaussement du rôle de l'infirmière quant à l'évaluation et le travail avec une équipe de base (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) et les autres professionnels, qui connaît bien son rôle et celui de ses collègues, avait eu des impacts majeurs sur la qualité et la sécurité des soins en centre d'hébergement, tout en fidélisant les intervenants (valorisation du rôle de chaque professionnel), ce qui a ainsi permis d'éviter un taux de roulement élevé. Dans la pratique au quotidien, il est démontré qu'un taux de roulement élevé de personnel implique l'utilisation de personnel d'agences de placement (main-d'œuvre indépendante) qui ne connaît pas les résidents ni leurs besoins spécifiques, ce qui a un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins et entraîne souvent l'absence de soins requis.

3. Le rôle et les défis du gestionnaire en CHSLD^{xii}

La gestion des CHSLD présente de nombreux défis. En effet, les soins et les services se donnent dans un environnement qui doit répondre aux besoins évolutifs des personnes hébergées tout en se rapprochant le plus possible d'un milieu de vie. Dans ce contexte, le gestionnaire joue un rôle majeur dans le maintien de l'équilibre entre les objectifs de qualité de vie et les objectifs cliniques. De plus, il doit composer avec des ressources financières souvent à la baisse et un alourdissement progressif des profils des résidents et la complexité de leur condition de santé. Pour répondre à ce mandat, il doit mettre à contribution des compétences autant cliniques que de gestion pour, notamment :

- mobiliser les membres de l'équipe autour d'objectifs communs de qualité et de sécurité des soins et des services;
- recourir aux expertises professionnelles requises et appropriées aux diverses conditions de santé et valoriser la collaboration interprofessionnelle
- susciter l'engagement et la collaboration des membres de l'équipe par des moyens de communication efficaces, individuels ou collectifs;

- rendre disponibles des outils de transfert de l'information concernant le résident, efficaces et en temps opportun;
- soutenir le développement des connaissances des équipes traitantes;
- proposer un plan de formation continue, notamment, selon les besoins évolutifs des personnes hébergées et de ceux des intervenants, ainsi que selon l'évolution des meilleures pratiques, entre autres en ce qui concerne les soins de fin de vie;
- utiliser des indicateurs de qualité et de performance afin de mesurer les résultats obtenus et les diffuser.

D'ailleurs, un référentiel de compétences spécifiques au gestionnaire de centre d'hébergement devrait être développé.

CONCLUSION

Les ordres professionnels reconnaissent l'importance d'agir rapidement afin de mieux répondre aux besoins des personnes hébergées. Ils offrent au MSSS leur soutien à l'amélioration des conditions de vie, de soins et de services des personnes hébergées selon leurs expertises disciplinaires et la mise en commun de ces expertises pour répondre aux besoins spécifiques de la personne et de ses proches.

Le groupe interprofessionnel est d'avis que plusieurs expériences et travaux reconnus sont disponibles quant à la spécificité des soins et services en CHSLD et recommandent au MSSS, dans un objectif d'efficience, d'utiliser ces travaux basés sur les meilleures pratiques pour permettre une action rapide de révision de l'offre de soins et services et des ressources disponibles, ainsi que de l'organisation du travail dans ce secteur d'activités où les deuils sont quotidiens, autant pour la personne hébergée et sa famille que pour les équipes d'intervenants dont la valorisation du rôle n'est que rarement au rendez-vous.

Les professionnels qui offrent des soins et des services en centre d'hébergement travaillent en interdisciplinarité, mais les embûches reliées à l'offre de services ne permettent pas un travail de collaboration optimale selon les besoins de chaque résident. Il est temps de mettre en œuvre des pratiques collaboratives qui impliquent systématiquement le résident et ses proches. L'actualisation de ces pratiques, la transformation de l'offre de services en CHSLD ainsi qu'une organisation du travail qui respecte les champs d'exercice professionnels doivent être une priorité dans tous les centres d'hébergement et faire l'objet d'un engagement et d'une reddition de compte de la part des dirigeants.

Toutefois, d'autres chantiers devront être mis en œuvre, car le vieillissement de la population entraîne un changement majeur dans l'importance relative des maladies et des soins à apporter. Le système de santé doit être recentré autour du lieu de résidence, notamment en soutien à domicile, des personnes atteintes de maladies chroniques et nécessitant des soins à long terme (Hébert, 2009)^{xiii}. De plus, les soins et services que requièrent les personnes âgées et celles

souffrant de problèmes chroniques vont bien au-delà des soins médicaux qui prennent alors une place plus marginale. Ce sont les incapacités découlant des maladies chroniques et du vieillissement qui conditionnent surtout le recours aux soins et services; le soutien professionnel nécessaire pour pallier cette situation devient central.

C'est dans ce contexte que les ordres professionnels pourront apporter leur soutien au MSSS, dans la mesure où il mettra en œuvre des services sécuritaires et mieux adaptés aux besoins des personnes autant à domicile que dans les différents environnements de soins que sont les résidences privées pour aînés, les ressources intermédiaires et, dans le présent cas, les CHSLD.

ANNEXE 1

Contribution des différents professionnels selon leur champ d'exercice

L'approche collaborative implique que chaque membre de l'équipe intervienne selon son champ d'exercice et contribue à la prestation des soins et services en fonction de son expertise, mais constitue aussi une personne-ressource auprès des membres de l'équipe interdisciplinaire pour toutes les activités d'érudition clinique en regard de son expertise.

Audiologiste

L'intervention de l'audiologiste a pour but de réduire les conséquences de la perte auditive chez la personne hébergée pour améliorer sa qualité de vie, son bien-être et sa sécurité en favorisant une communication optimale avec l'équipe interdisciplinaire ainsi que sa famille et les proches aidants.

Intégré à l'équipe interdisciplinaire en CHSLD, l'audiologiste peut notamment :

- donner des renseignements au sujet des troubles auditifs et vestibulaires et leurs impacts (p. ex. : capsules vidéo en ligne qui pourraient être offertes sur tout le réseau);
- apporter des conseils au sujet des attitudes et des moyens à adopter pour faciliter et améliorer la communication avec une personne malentendante (p. ex. : intervenant portant un amplificateur vocal si la personne n'est pas appareillée);
- recommander des mesures d'adaptation du milieu de vie, pour l'ensemble des personnes hébergées, grâce à des aides de suppléance à l'audition (p. ex. : lumières clignotantes en cas d'incendie).

Dentiste

Avec l'aide des membres de l'équipe interdisciplinaire du CHSLD, le dentiste effectue l'évaluation clinique de la condition buccodentaire des personnes lors de leur admission. Il établit un diagnostic en regard du bilan de la santé, de l'état de la dentition et des tissus buccaux, ainsi que des prothèses fixes et amovibles. Il évalue les personnes hébergées dans le but d'éliminer les foyers d'infection, de réduire les sources de douleurs et d'inconfort, les blessures et ulcérations, de permettre une mastication et une élocution adéquates et de faciliter l'entretien quotidien.

Le dentiste agit en fonction des connaissances actuelles en matière de gérontologie, dont les effets du vieillissement sur la dentition (xérostomie, carie des racines, perte osseuse, mobilité dentaire).

Il établit un plan de traitement global énumérant les soins requis, en considération de la condition générale de la personne, et fait des recommandations en ce sens à la personne hébergée, à sa famille et à la direction du CHSLD. Autant que faire se peut, il prévoit à long terme les soins qui pourront être requis selon l'évolution de l'état de santé de la personne hébergée.

De concert avec l'équipe interdisciplinaire, le dentiste fournit toute information pertinente relative aux soins requis en fonction de son diagnostic et obtient les consentements indiqués en fonction de chaque cas en particulier.

Dans son approche thérapeutique, le dentiste tient compte notamment des besoins immédiats et futurs de la personne hébergée, de son état de santé physique et mental, de sa médication ainsi que des considérations matérielles relatives à la fourniture de services (équipements, locaux, transport).

Le dentiste effectue les soins nécessaires ou intervient pour faciliter leur exécution. Il établit un plan de traitement à court et à long terme de la condition buccodentaire.

Diététiste-nutritionniste

Les diététistes-nutritionnistes exercent un rôle élargi auprès de la clientèle en CHSLD. L'approche nutritionnelle auprès des personnes hébergées vise à maintenir ou à rétablir l'état nutritionnel tout en optimisant la qualité de vie et en diminuant les risques de complications liées à un état nutritionnel inadéquat, tels les infections, les chutes, l'exacerbation de troubles cognitifs ou le développement de plaies de pression.

Dans le cadre de leurs activités, les diététistes-nutritionnistes en CHSLD n'interviennent jamais seuls. Comme l'activité de manger est centrale et essentielle, elle implique la collaboration de plusieurs intervenants et le plan d'intervention nutritionnel met à contribution toute l'équipe de soins.

En nutrition clinique, l'évaluation de l'état nutritionnel, y compris, au besoin, l'évaluation de la déglutition, est l'activité clé des diététistes-nutritionnistes. En considérant notamment les habitudes alimentaires, les médicaments, l'histoire de santé, l'âge, les données anthropométriques et les données biochimiques, ils déterminent un plan de traitement approprié selon le niveau de soins souhaité par la personne hébergée. La surveillance de l'état nutritionnel, qui passe par le travail d'équipe, permet de vérifier la réponse au traitement et de l'ajuster.

Les diététistes-nutritionnistes occupent également une place importante au sein des services d'alimentation. À titre de gestionnaires, ils participent à l'élaboration, la planification, la production et la distribution de l'offre alimentaire des personnes hébergées, laquelle doit répondre aux besoins nutritionnels particuliers et complexes de ces derniers.

Ergothérapeute

L'ergothérapeute exerçant en CHSLD collabore étroitement avec les autres intervenants, la famille et les proches aidants de la personne hébergée. Les interventions de l'ergothérapeute visent à optimiser l'autonomie fonctionnelle et la participation active de la personne hébergée dans les activités qui sont importantes pour elle, tout en minimisant les facteurs de risque pouvant entraver cette participation. Ces derniers sont notamment liés aux chutes, aux blessures ou à l'apparition d'une plaie, d'une pneumonie d'aspiration ou d'une douleur d'origine posturale.

En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, l'ergothérapeute :

- favorise le rétablissement, le maintien et le renforcement des capacités de la personne hébergée, notamment sur les plans physique et cognitif, en facilitant l'engagement de la personne hébergée dans des activités qui sont importantes pour elle et en élaborant, entre autres, un programme de stimulation cognitive;
- détermine les modifications de l'environnement, les aides techniques, le matériel et les stratégies facilitant l'autonomie et la participation de la personne hébergée à ses activités de la vie courante, y compris le positionnement au lit ou à un fauteuil, et procède ensuite à l'entraînement de la personne à évoluer dans son environnement (milieu de vie) de façon satisfaisante et sécuritaire;
- a un rôle de soutien et d'éducation auprès de la personne hébergée, des intervenants et des proches, notamment en les informant sur les stratégies adaptées à la personne hébergée en vue de maintenir ou de renforcer ses capacités et de favoriser son autonomie et sa participation dans ses activités de la vie courante;
- participe activement à la mise en œuvre d'interventions et de moyens favorisant la prestation optimale de soins et services à la personne hébergée, notamment à l'égard de la prévention et de la gestion des comportements inappropriés.

Hygiéniste dentaire

L'hygiéniste dentaire de CHSLD agit comme un professionnel consultant et soignant auprès des personnes hébergées et fait partie de l'équipe des professionnels en soutien à l'infirmière. En tant que membre de l'équipe interdisciplinaire, l'hygiéniste dentaire est en mesure de dépister les problèmes de santé buccodentaire lors de l'admission des personnes, de préparer un plan de soins d'hygiène dentaire qui améliore la dignité et la qualité de vie de la personne et de tenir compte des soins jugés importants pour les membres de la famille ou les proches aidants.

De plus, l'hygiéniste dentaire assume un rôle d'éducateur et de support auprès de l'infirmière auxiliaire et des préposés et il établit des partenariats avec d'autres professionnels dentaires en vue de satisfaire les besoins buccodentaires prioritaires de la personne hébergée.

Pour la personne en soins palliatifs, le plan de soins de l'hygiéniste dentaire comprend l'évaluation et la mise en œuvre des soins d'hygiène dentaire et de confort permettant de prévenir ou de gérer les complications buccales à cette dernière étape de la vie.

Infirmière

L'évaluation de l'état de santé et la détermination et la réalisation du plan de soins et de traitement infirmiers, de même que l'administration des soins et des traitements infirmiers et médicaux, constituent les fondements de l'intervention infirmière auprès de la personne hébergée en CHSLD. Les interventions infirmières visent à maintenir ou à rétablir la santé, à prévenir la maladie et à fournir des soins palliatifs ou de fin de vie.

L'infirmière procède à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne hébergée dans une perspective globale afin de déterminer les problèmes de santé et les besoins qui requièrent un suivi clinique, et d'évaluer les résultats des interventions et des traitements.

La présence de l'infirmière est requise sur tous les quarts de travail afin d'assurer le suivi infirmier clinique des personnes hébergées. Cette surveillance inclut le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI). L'infirmière précise les alertes cliniques et anticipe l'évolution de la situation clinique afin de déceler rapidement toute complication ou situation requérant une intervention.

À partir de ces activités déterminantes, l'infirmière, en collaboration avec les autres professionnels, oriente les décisions cliniques, donne des directives de soins à l'équipe de base et assure la coordination efficace des soins donnés par l'équipe interdisciplinaire.

Infirmière auxiliaire

L'infirmière auxiliaire qui exerce sa profession auprès des personnes hébergées en CHSLD collabore principalement avec l'infirmière, le médecin, le préposé aux bénéficiaires et également avec tout autre professionnel du domaine de la santé qui intervient auprès de cette clientèle.

Dans un contexte de soins de longue durée, l'infirmière auxiliaire peut contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins. Elle prodigue tous les soins et traitements infirmiers et médicaux qui relèvent de sa compétence et accompagne les personnes en fin de vie. Elle administre la médication aux personnes hébergées et assure la surveillance qui en découle. L'infirmière auxiliaire est présente en tout temps auprès des personnes hébergées et elle est en relation fréquente avec les familles et les proches aidants.

Médecin

Avec l'aide des membres de l'équipe de soins interdisciplinaire du CHSLD, le médecin s'occupe des problèmes biopsychosociaux des personnes qui y sont hébergées. Dans le but d'assurer le bien-être et la qualité de vie des personnes, il met notamment l'accent sur les éléments suivants :

- les grands syndromes gériatriques : chutes, troubles de la mobilité, troubles neurocognitifs, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, polypharmacie, délirium, problèmes psychiatriques, incontinence, dysphagie, plaies chroniques, troubles d'audition et de vision, etc.;
- les maladies chroniques anciennes ou nouvelles : maladie cardiaque athérosclérotique, fibrillation auriculaire, maladie pulmonaire obstructive chronique, hypertension artérielle, ostéoporose, douleurs chroniques, insuffisance rénale chronique, diabète, problèmes neurologiques, etc.;
- les problèmes ponctuels : infections, fractures et autres atteintes du système locomoteur, décompensation de maladie cardiopulmonaire, etc.;
- l'évaluation de l'inaptitude;
- le choix du niveau d'intervention médicale;
- les soins palliatifs;
- les enjeux éthiques.

La démarche clinique du médecin comprend l'évaluation des symptômes et des signes physiques et mentaux et, lorsque requis, une demande puis une interprétation d'examens complémentaires dans le but d'élaborer un diagnostic différentiel puis de poser un diagnostic. Les diagnostics obtenus permettent une prise en charge pertinente des patients, par exemple en s'assurant qu'un trouble de comportement ne dépend pas d'une étiologie traitable avant de dire qu'il relève de la démence. Les diagnostics servent également à préciser les approches pharmacologiques et non pharmacologiques optimales. Ces dernières sont mises en œuvre en partenariat avec les membres de l'équipe multidisciplinaire. Cette démarche est adaptée aux comorbidités des patients, à leur évolution et aux objectifs de soins pour lesquels ils ont opté. Pour favoriser une prise en charge globale et optimale, le médecin doit développer une approche de partenariat non seulement avec la personne hébergée, mais également avec ses proches aidants lorsque requis.

Orthophoniste

L'intervention de l'orthophoniste a pour but de réduire les impacts des troubles de la parole, de la voix et du langage (parler, comprendre, lire, écrire) pour favoriser la qualité de vie, le bien-être et la sécurité de la personne hébergée, en mettant l'accent sur une communication optimale avec l'équipe interdisciplinaire ainsi que sa famille et les proches aidants.

L'orthophoniste agit également afin de favoriser la sécurité de la déglutition.

Une contribution optimale de l'orthophoniste dans l'offre de soins intégrés par l'équipe interdisciplinaire peut notamment comprendre :

- une intervention directe auprès des personnes en évaluant au besoin les troubles de la communication et de la déglutition afin de cibler les objectifs prioritaires d'intervention pour la prise en charge qu'il réalisera, en tout ou en partie en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et les proches aidants;
- des conseils et du soutien concernant des stratégies adaptées selon le profil des besoins ou la mise en œuvre d'aides de suppléance à la communication;
- des formations sur les troubles de la communication et de la déglutition, leurs impacts sur l'adhésion au traitement, l'autonomie de la personne, les facilitateurs à la communication, les modes compensatoires de communication et les manœuvres et stratégies nécessaires à une déglutition sécuritaire;
- une implication à titre de facilitateur de la communication lors de la transmission d'informations importantes (p. ex. : discussion du niveau de soins médicaux, démarches juridiques, transfert, prise de décision).

Pharmacien

L'utilisation appropriée de la thérapie médicamenteuse, une composante importante des initiatives thérapeutiques visant à assurer la qualité de vie et le bien-être des personnes hébergées en CHSLD, est au cœur même de l'exercice du pharmacien. Cependant, on doit toujours soupeser l'efficacité et l'innocuité de la thérapie médicamenteuse. En effet, un adage bien connu en gériatrie veut que « tout symptôme constaté chez une personne âgée doit être considéré comme un effet indésirable médicamenteux jusqu'à preuve du contraire ».

En collaboration avec l'équipe de soins, le pharmacien en CHSLD assure donc l'utilisation appropriée des médicaments, qu'ils soient utilisés en prévention, en traitement ou en soulagement de la douleur ou dans le cadre des soins de fin de vie.

Pour ce faire, il met en œuvre un processus de révision périodique de la thérapie médicamenteuse des personnes hébergées afin de procéder de façon périodique à la collecte et à la mise à jour des renseignements, des données spécifiques aux problèmes de santé, des mesures cliniques et des résultats d'analyses de laboratoire.

Il s'assure notamment qu'un portrait adéquat (BCM) de la thérapie médicamenteuse d'une personne admise est rapidement réalisé à l'admission et que l'équipe de soins en est informée. Dans le continuum de vie, le pharmacien évalue aussi périodiquement la pertinence de la thérapie médicamenteuse. Ainsi, dans les premiers mois, il analyse la thérapie médicamenteuse pour s'assurer de son efficacité et de son innocuité, après quoi il pourrait ajuster ou annuler certaines ordonnances. Par exemple, dans le contexte de la prévention des chutes chez les personnes hébergées, la pertinence d'utiliser des thérapies médicamenteuses augmentant potentiellement les risques de chutes doit être évaluée. Cette intervention est par la suite répétée périodiquement, à l'aide de la collaboration et de l'expertise des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Finalement, le pharmacien assure, au bénéfice de cette même équipe, un circuit du médicament efficace et sécuritaire visant à minimiser les changements de thérapie médicamenteuse entre les services de distribution et, par le fait même, les manipulations par le personnel soignant.

Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique

D'un point de vue global en milieu d'hébergement, les professionnels de la physiothérapie mettent à profit leurs compétences dans les équipes interdisciplinaires afin d'aider la personne hébergée à retrouver ou à maintenir son rendement fonctionnel optimal. Pour ce faire, ils agissent sur le plan de la promotion et de la prévention de problèmes de santé, de même que de l'évaluation et du traitement des déficiences et des incapacités de la fonction physique chez la personne hébergée.

De façon plus particulière, en collaboration avec le médecin traitant et l'équipe interdisciplinaire, le professionnel de la physiothérapie :

- évalue¹ et traite les déficiences et les incapacités découlant de troubles musculosquelettiques, de troubles cardiorespiratoires, de troubles neurologiques, de maladies chroniques, de plaies, de troubles d'équilibre et de déconditionnement. Il énonce son opinion professionnelle sur la problématique et émet des recommandations à la personne hébergée, à la famille, aux proches aidants ainsi qu'à l'équipe interdisciplinaire pour une prise en charge globale;
- est un acteur important et actif auprès de la personne hébergée en matière de promotion de la santé physique et de la prévention, considérant que bon nombre de problématiques sont des enjeux majeurs dans les milieux d'hébergement, notamment en ce qui concerne la prévention des chutes, la prévention des syndromes d'immobilisation ou la prévention des plaies. Outre son implication dans la mise en œuvre des différents programmes, il promeut, élabore et enseigne à la personne hébergée, à la famille et à l'équipe interdisciplinaire des programmes d'exercices individuels ou de groupe, il recommande et enseigne l'utilisation des aides techniques à la marche ou les modalités alternatives aux contentions et il apporte conseils et recommandations à l'équipe interdisciplinaire en regard de son expertise;

- offre à la personne hébergée des conseils et propose à l'équipe interdisciplinaire des modalités thérapeutiques dans la gestion et la prise en charge de la douleur chronique;
- est impliqué auprès de l'équipe interdisciplinaire en ce qui concerne les enjeux éthiques, la promotion, l'enseignement et le soutien des techniques de mobilisation et de transfert avec les personnes hébergées, notamment en ce qui a trait aux techniques associées aux principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB).

Psychoéducateur

Le psychoéducateur en CHSLD, en lien avec son champ d'exercice, évalue les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne hébergée, conçoit le plan d'intervention, intervient auprès d'elle et contribue au développement des conditions du milieu ainsi qu'au soutien auprès des familles et des proches, afin de rétablir et de maintenir, lorsque possible, lesdites capacités. De plus, en contexte d'interdisciplinarité, il agit à titre de conseiller auprès des membres du personnel impliqués directement ou indirectement auprès de cette personne, et les outille.

Quel que soit son rôle, le psychoéducateur cherche à favoriser l'adaptation optimale de la personne hébergée qui se retrouve dépourvue de ses repères habituels et vit de nombreuses pertes. Ainsi ses actions et ses conseils professionnels visent à comprendre la fonction des comportements d'opposition ou inappropriés qu'elle peut manifester, à prévenir les comportements agressifs ou perturbateurs et à intervenir au quotidien et dans les situations de crise, de manière adaptée, en tenant compte des capacités et limites de la personne.

Le psychoéducateur intervient auprès de la personne hébergée par l'intermédiaire d'activités quotidiennes, où il sollicite ses capacités résiduelles, afin de maintenir son estime d'elle-même et de la stimuler à rester active dans son processus d'adaptation, malgré les limites réelles liées à sa condition. De plus, le psychoéducateur participe à l'enseignement et au soutien auprès des familles et des proches des personnes hébergées. Ses observations, issues du vécu quotidien, lui permettent d'illustrer à la famille et aux proches les évaluations et les conclusions des professionnels, la pertinence des interventions proposées ou entreprises et de témoigner des capacités des personnes hébergées.

Psychologue et neuropsychologue

Le psychologue est habilité à évaluer le fonctionnement psychologique et mental de la personne et sur cette base, à déterminer, à recommander et à mettre en œuvre des interventions et des traitements. Ses interventions s'adressent directement aux personnes hébergées en CHSLD, à leur famille ou à leurs proches. Elles peuvent aussi avoir une portée indirecte, notamment lorsque le psychologue participe à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ou à d'autres manifestations comportementales importantes (souvent associées à un diagnostic en santé mentale), contribue à l'amélioration du milieu de vie et apporte soutien et conseils aux équipes interdisciplinaires.

L'évaluation initiale ou continue du fonctionnement psychologique et mental sert entre autres à :

- dresser un profil des ressources et capacités, notamment sur le plan cognitif, et à déceler la présence de troubles particuliers comme l'anxiété, la dépression ou les troubles de la personnalité;
- dégager les impacts de ce qui précède sur la capacité de la personne à :
 - faire les deuils qu'impliquent les pertes vécues;
 - s'intégrer à son milieu de vie;
 - interagir avec les proches ou les aidants naturels, les autres personnes hébergées et le personnel soignant;
 - prendre soin d'elle-même et de ses biens;
 - consentir à des soins complexes.
- déterminer la nature et le mode des interventions qui peuvent être déployées.

Le psychologue peut ensuite intervenir directement auprès des personnes hébergées ou auprès des proches et des aidants naturels qui sont touchés par la condition de la personne hébergée et qui, en raison de leur dynamique relationnelle, ont une influence importante sur le vécu de celle-ci et son intégration dans son milieu de vie.

Au sein de l'équipe interdisciplinaire, le psychologue partage ses connaissances sur le fonctionnement psychologique et mental ainsi que sur l'incidence comportementale de divers facteurs : environnement physique et social, pertes cognitives ou démence, personnalité et tempérament. Ainsi, il contribue à l'élaboration de :

- plans d'intervention ou de soins qui prennent en compte les besoins, les désirs et les motivations des personnes hébergées et qui misent sur leurs ressources et capacités dans le but de faciliter leurs rapports aux autres, de favoriser leur autonomie, d'assurer leur sécurité et d'améliorer leur qualité de vie;

- stratégies d'intervention et de prévention relativement à des situations à risque ou en situation de crise (adoption de méthodes et d'attitudes le moins coercitives possible et risquant le moins d'être perçues comme menaçantes par les personnes hébergées);
- mesures non pharmacologiques (afin de contrer la surconsommation de médicaments ou l'utilisation de médicaments qui ne sont plus appropriés) visant à prévenir ou à ralentir les pertes anticipées, à compenser les manifestations dépressives ou d'anxiété et à contenir les comportements problématiques, perturbateurs ou agressifs.

Sur le plan des interventions indirectes, le psychologue peut aider les personnes hébergées, le personnel traitant et les équipes de soins en formulant des recommandations ou en intervenant sur ce qui, dans le milieu, génère ou perpétue la souffrance psychologique (solitude, angoisse, détresse, etc.) ou les comportements problématiques.

En tant que consultant, le psychologue se consacre :

- à l'amélioration de la compréhension qu'ont ses collègues des limites, besoins et capacités des personnes hébergées et de leurs proches, de ce qu'ils vivent et ressentent, des impacts sur les comportements que peuvent avoir l'environnement physique et social, les pertes cognitives ou la démence et la personnalité ou le tempérament;
- au développement ou à l'amélioration des compétences ou des habiletés de ceux qui interagissent au quotidien avec les personnes hébergées et leurs proches;
- à l'ajustement ou à l'adaptation de l'environnement physique et social aux besoins émotionnels et affectifs des personnes hébergées.

Il peut également :

- donner de la formation au personnel (et aux bénévoles), à la famille et aux proches aidants sur des sujets comme les symptômes psychologiques, les pertes cognitives, les comportements problématiques;
- enseigner aux intervenants l'utilisation d'approches adaptées;
- donner des avis et conseils aux gestionnaires relativement au climat de la résidence, aux relations interpersonnelles et autres;
- offrir du soutien aux employés (et aux bénévoles), souvent en proie à l'impuissance, bouleversés par ce qu'ils voient et ce qu'ils vivent dans leurs relations avec les personnes hébergées.

Sexologue

La santé sexuelle¹ est une dimension fondamentale de la qualité de vie et du bien-être des personnes hébergées en CHSLD. Dans cette optique, et dans le contexte où les personnes hébergées en CHSLD sont des êtres sexués qui ont des besoins et des désirs sexuels plus ou moins manifestes, la contribution du sexologue est essentielle dans les équipes interdisciplinaires. Leurs interventions contribuent à l'atteinte d'un équilibre entre les besoins sexuels, relationnels et intimes des personnes hébergées et le bon fonctionnement de l'établissement en accord avec les lois et règlements en vigueur.

Pour atteindre cet équilibre et s'assurer de l'expression saine, sécuritaire et épanouissante de la sexualité des personnes hébergées dans leur milieu de vie, l'implication du sexologue en CHSLD s'établit sur différents plans et comprend plusieurs types d'interventions (évaluation, prévention, éducation, accompagnement, thérapie).

Le sexologue agit directement auprès des résidents en évaluant le comportement et le développement de la personne dans toutes les dimensions de la sexualité (biologique, affective, cognitive, sociale, psychologique). Il recommande ou effectue lui-même l'intervention appropriée à la personne hébergée, à sa famille et aux proches aidants. Il participe également aux plans d'interventions interdisciplinaires.

Le sexologue offre du soutien et des conseils à l'équipe interdisciplinaire relativement aux interventions en matière de sexualité. Il dispense aussi des formations sexologiques portant notamment sur l'expression de la sexualité des personnes hébergées dans un contexte institutionnel, le consentement sexuel, les stratégies d'interventions spécifiques en matière de comportements sexuels problématiques envers l'équipe interdisciplinaire ou d'autres personnes hébergées, de même que l'impact des maladies chroniques ou des troubles neurologiques ou mentaux sur la sexualité.

Le sexologue soutient les directions d'établissement en contribuant à établir des lignes directrices qui orientent les interventions en matière de sexualité auprès des personnes hébergées, de leur famille et des proches aidants; il collabore à l'élaboration d'une charte institutionnelle des droits des personnes hébergées à une vie sexuelle, relationnelle et intime.

En visant une contribution globale et complète, tant pour l'équipe interdisciplinaire que pour le bien-être des personnes hébergées, de leur famille et des proches aidants, le sexologue réalise ses activités professionnelles au sein d'une équipe interdisciplinaire et dans une approche collaborative.

Technologue professionnel en appareillage orthopédique

L'utilisation appropriée de l'appareillage orthopédique adéquat est essentielle afin d'atteindre des objectifs de réhabilitation et d'autonomie ainsi qu'à l'amélioration ou au maintien de la mobilité des personnes vivant en CHSLD. Le technologue professionnel en appareillage orthopédique (T.P.) est à même de procéder, avec l'équipe interdisciplinaire, à l'élaboration d'un plan de traitement d'appareillage orthopédique à l'aide d'orthèses, de prothèses ou d'aide technique. Suivant une ordonnance médicale, le T.P. effectue, auprès des personnes hébergées ayant des déficiences physiques (ostéo-articulaire, musculaire ou neurologique), l'évaluation biomécanique, la conception (prise de mesure, empreinte, moulage, devis technique), la fabrication, l'essayage, l'adaptation, l'ajustement, la maintenance, la réparation, la délivrance de l'appareillage orthopédique ou l'apport d'un produit préfabriqué à adapter ou à modifier ainsi que le suivi de l'appareillage, son adaptation, sa maintenance et ses réparations.

Le T.P. assure la transmission de l'information nécessaire au port et au bon fonctionnement de l'appareillage orthopédique à l'équipe interdisciplinaire, à la personne hébergée et à la famille ou aux proches aidants. L'utilisation appropriée des appareillages orthopédiques permet de pallier les déficiences physiques de la personne hébergée et d'atteindre un positionnement optimal, notamment dans un processus de réduction de la sédentarité, comme celle liée aux pertes d'équilibre et aux défauts de déambulation.

Travailleur social

L'évaluation du fonctionnement social réalisée par les travailleurs sociaux porte sur l'analyse des caractéristiques de la personne en interaction avec celles de son environnement immédiat et sociétal, ainsi que des problèmes sociaux auxquels elle doit faire face, afin de comprendre sa situation de manière globale. Le travailleur social intervient donc auprès des individus en interaction avec son environnement. L'intervention du travailleur social se situe en continuum, c'est-à-dire à partir du moment où la personne se prépare à l'hébergement, au cours de l'admission et du séjour, et à la fin de ce séjour.

Le travailleur social exerçant en CHSLD collabore étroitement avec les autres professionnels, la personne hébergée, sa famille et ses proches aidants. Les interventions du travail social en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire visent à :

- élaborer un plan d'intervention favorisant le plein potentiel de la personne en portant une attention particulière aux principes de respect des droits de la personne, de l'autonomie et de l'autodétermination;
- jouer un rôle de soutien auprès de la personne et de ses projets de vie;
- favoriser la liaison et la communication entre la personne hébergée, ses proches et l'équipe interdisciplinaire du CHSLD;
- favoriser l'intégration et l'implication sociales de la personne hébergée;

- prévenir toutes formes d'abus et élaborer des mécanismes de protection;
- soutenir la personne ainsi que ses proches et aidants naturels pour aborder les questions d'adaptation et du maintien à l'autonomie en favorisant une réappropriation de son pouvoir (autonomisation);
- réaliser au besoin l'évaluation (ou la réévaluation) psychosociale dans le cadre des régimes de protection;
- contribuer en ce qui concerne les différents outils d'évaluation de l'autonomie de la personne, notamment l'OEMC.
- participer à la mise en œuvre des soins de fin de vie. Cette phase de la vie de la personne requiert l'implication des proches de la personne hébergée et un suivi du processus où la dignité de la personne doit être assurée.

RÉFÉRENCES

- i 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*. Repéré à <http://www.myvirtualpaper.com/doc/aqesss/nouveau-visage-hebergement-public/2013090302/>
- ii 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*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1082_vieillessepop.pdf
- iii Ministère de la Santé et Services sociaux. (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 du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>
- iv Leydon, Noella, et Dahl, Wendy. (2008). Improving the nutritional status of elderly residents of long-term care homes. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(suppl. 1), 25-29. Doi:10.1258/jhsrp.2007.007017
- v Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- vi Ministère de la Santé et des Services sociaux. (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, QC : MSSH.
- vii Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>

-
- viii Vérificateur général du Québec. (2013). Personnes âgées en perte d'autonomie : Services d'hébergement. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014 : Vérification de l'optimisation des ressources* (Printemps 2013). 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
- ix Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- x Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., . . . Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspective infirmière*, 13(3), 45-50. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>
- xi Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (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*. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3136/Rapport_forteresss.pdf
- xii Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.). Montréal, QC : Éditions du Nouveau Pédagogique.
- xiii Hébert, R. (2009). Home care: From adequate funding to integration of services. *HealthcarePapers*, 10(1), 58-64. doi:10.12927/hcpap.2009.21224



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec