

COLLABORATION  
INTÉGRITÉ RESPECT  
BIENVEILLANCE  
ENGAGEMENT

**CADRE DE RÉFÉRENCE**

# La transformation des milieux d'hébergement

Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées  
Hébergement en CHSLD

Adopté / approuvé par le conseil d'administration / comité de direction / autre instance  
pertinente  
du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides  
le 23 octobre 2020

Québec 

# Cadre de référence

<b>Titre</b>	<b>La transformation des milieux d'hébergement</b>	
<b>N°</b>	<b>CREF 2020 DSAPA-HEB 025</b>	
<b>En vigueur</b>	2020-10-23	
<b>Révision</b>	Ne s'applique pas	
<b>Approbation</b>	2020-10-23	Comité de direction du CISSS des Laurentides
<b>Validation</b>	2020-08-03	Validation : Comité stratégique projet Maisons des aînés et Maisons alternatives Élaboration : Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) - Hébergement en CHSLD Collaboration : Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique (DPDRP)
<b>Diffusion</b>	2020-10-26	
<b>Responsable(s) de l'application</b>	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) Hébergement en CHSLD Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique (DPDRP)	
<b>Application et personnes concernées</b>	Tous les gestionnaires, employés, médecins, stagiaires et bénévoles qui participent au quotidien, de près ou de loin, à la réalisation de la mission des milieux d'hébergement tels que les Maisons des aînés, les Maisons alternatives et les CHSLD	
<b>Document(s) remplacé(s)</b>	Ne s'applique pas	
<b>Document(s) initiateur(s)</b>	Ne s'applique pas	
<b>Document(s) en découlant</b>	Ne s'applique pas	



HISTORIQUE DE CRÉATION DU DOCUMENT

Nom	Activités	Date
<p>Janelle, Maryse, directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Hébergement en CHSLD, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</p> <p>Johnson, Patrick, directeur adjoint bassin Sud programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Hébergement en CHSLD, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</p> <p>Labelle, François, directeur adjoint bassin Nord programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Hébergement en CHSLD, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</p>	<p>Conception initiale</p>	<p>2020-02-24</p>
<p>Bourque, Nancy, conseillère cadre Hébergement Nord, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</p> <p>Reid, Lyne, agente de planification, de programmation et de recherche (volet hébergement), Direction des services multidisciplinaires</p>	<p>Rédaction initiale</p>	<p>2020-06-29</p>
<p>Comité stratégique projet Maisons des aînés et Maisons Alternatives</p>	<p>Validation préliminaire</p>	<p>2020-08-03</p>
<p>Latour, Réal, patient partenaire de soins</p> <p>Landry, Daniel, patient partenaire de soins</p> <p>Legros, Lise, patient partenaire de soins</p> <p>Daviault, Richard, patient partenaire de soins</p> <p>Lacoste, Gilles, patient partenaire de soins</p> <p>Lebel, Suzanne, médecin, Direction des services professionnels et Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p>	<p>Lecture critique et recommandations</p>	<p>2020-10-06</p>

<p>Bergeron, Janic, médecin, Direction des services professionnels</p> <p>Côté, Geneviève, travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Lihu, Manon, éducatrice spécialisée, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Terreault, Guylaine, monitrice loisirs, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Richer, Julie, assistante en réadaptation, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Marcoux, Frédérique, travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Bertrand, Myriam, préposée aux bénéficiaires, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Côté, Kim, infirmière, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Bolduc, Isabelle, infirmière, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Dagenais, Mélanie, infirmière, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Hervieux, Marie-Ève, travailleuse sociale, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Hébert, Geneviève, infirmière auxiliaire, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Ouzilleau, Vanessa, infirmière auxiliaire, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Lépine, Sabrina, infirmière auxiliaire, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Cantin, Mélanie, pharmacienne, Direction des services professionnels</p> <p>De Block, Luke, coordonnateur, Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique</p> <p>Dinel, Manon, conseillère cadre en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers</p> <p>Leblanc, Nicole, conseillère cadre, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Cyr, Jean-Philippe, architecte, conseiller en bâtiments, Direction des services techniques</p> <p>Hanchay, Sylvie, chargée de projet, activités alimentation, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Vézina, Martine, chef de service des infirmières praticiennes spécialisées, Direction des soins infirmiers</p>		
--	--	--

<p>Lévesque, Nadine, professionnelle en performance et amélioration continue, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique</p> <p>Dubé, Geneviève, chef de service Dotation interne, Direction des ressources humaines</p>	<p>Collaborateurs spéciaux</p>	
<p>Gauthier, Michel, chargé de projet Maisons des aînés, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées</p> <p>Lemieux, Julie, conseillère à la qualité, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique</p>	<p>Rédaction finale</p>	<p>2020-10-08</p>
<p>Comité de direction</p>	<p>Adoption</p>	<p>2020-10-23</p>
<p><b>Commentaires : Remerciements aux participants de la journée de remue méninge de Labelle (2019-08-22) dans le cadre du projet de reconstruction du CHSLD de Labelle dont les idées ont initié les travaux du présent cadre de référence.</b></p>		

## Table des matières

1.	Préambule .....	7
	1.1. Contexte.....	7
	1.2. Démarche.....	8
2.	Domaine d'application .....	8
	2.1. Clientèle visée.....	8
	2.2. Personnes concernées .....	8
3.	Objectifs du cadre de référence .....	9
4.	Fondements.....	9
	4.1. Assises légales, stratégiques et philosophiques .....	9
	4.2. Vision.....	10
	4.3. Philosophie de soins .....	12
5.	Orientations et principes directeurs .....	13
6.	Modalités d'application du cadre de référence .....	20
	6.1. Milieu de vie adapté pour se sentir comme à la maison.....	20
	6.2. Gestion participative .....	25
	6.3. Compétences, dotation et mobilisation du personnel.....	28
	6.4. Accompagnement aux transitions de soins .....	33
	6.5. Processus d'amélioration continue de la qualité.....	38
7.	Conclusion .....	43
8.	Mécanisme de suivi et de révision.....	44
9.	Demande de renseignements .....	44
10.	Annexe 1 : Liste des acronymes .....	45
11.	Annexe 2 : Références .....	46

---

N.B. Le genre masculin est utilisé comme générique  
dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

---

## 1. Préambule

### 1.1. Contexte

L'approche milieu de vie a été mise à l'avant-plan en 2003 par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Elle vise à créer, dans les établissements d'hébergement, un lieu résidentiel et un mode de vie familial « comme à la maison », se rapprochant le plus possible de l'environnement antérieur de la personne hébergée.

Au fil des années, les besoins des usagers et ceux de leurs proches ainsi que les différentes approches de soins ont évolué. Afin de répondre à la demande en hébergement de plus en plus grandissante, le MSSS a développé le concept des Maisons des aînés (MDA) et Maisons alternatives (MA). Ce concept s'inscrit dans l'annonce de transformation majeure des milieux d'hébergement du MSSS le 26 novembre 2019 qui promet des espaces mieux adaptés aux besoins de la clientèle et une approche innovante, favorisant la qualité de vie du résident ainsi que son épanouissement, celle de ses proches aidants et de l'ensemble des personnes qui œuvrent dans ces milieux d'hébergement.

À cet effet, le MSSS a octroyé à la région des Laurentides le financement pour la construction de quatre (4) MDA et une (1) MDA-MA d'ici septembre 2022, ce qui représente un ajout de 288 lits d'hébergement pour notre région. Ces nouvelles installations seront construites à Prévost, Ste-Agathe-des-Monts, Ste-Anne-des-Plaines, Blainville et St-Canut. Les Maisons des aînés accueilleront des aînés en perte d'autonomie modérée à sévère qui seront accompagnés à travers leur évolution et ce, jusqu'en fin de vie. Les Maisons alternatives permettront, quant à elles, d'accueillir une clientèle adulte ayant des besoins spécifiques.

Au CISSS des Laurentides, cette transformation s'inscrit en continuité des approches relationnelles de soins et milieu de vie qui concerne l'implantation des Maisons des aînés et maisons alternatives, mais également de l'ensemble des CHSLD du territoire. Cette approche est individualisée et centrée sur le respect des besoins, du rythme et des choix des résidents ainsi que sur la qualité du milieu de vie et sur des pratiques innovantes favorisant l'ouverture sur la communauté où la ressource d'hébergement est établie. L'offre de soins de santé est holistique, juste et appropriée à la condition des résidents et leur permet de profiter pleinement de leur milieu de vie. Les soins de santé font appel à une gamme de professionnels plus large que les équipes traditionnelles (psychoéducateur, massothérapeute, zoothérapeute, IPS, ...) et sont réalisés dans un cadre de collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le résident

et ses proches, selon son projet de vie et en respectant ses désirs.

Il importe de préciser que cette nouvelle approche, basée sur le partenariat de soins et de services, est privilégiée et met à profit une collaboration fondée sur le partage des responsabilités de la qualité des services rendus en fonction des rôles respectifs à chacun.

## 1.2. Démarche

Ce projet nécessite la mise en place d'un cadre de référence innovant qui permettra d'effectuer des changements de paradigmes<sup>1</sup>, de redéfinir l'offre de soins et services et de préparer les acteurs concernés à toutes les étapes de cette transformation. Ce projet nous donne l'opportunité de revoir les pratiques cliniques et de gestion dans tous les milieux d'hébergement existants et futurs, notamment par l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

Le présent cadre de référence résulte d'une vaste démarche de consultation auprès de différentes instances de l'organisation dont le comité de travail « chantier clinique » dans lequel plusieurs partenaires ressources ont été impliqués, notamment des patients partenaires de soins et plusieurs intervenants du milieu.

## 2. Domaine d'application

### 2.1. Clientèle visée

- Aînés en perte d'autonomie modérée à sévère ;
- Clientèle adulte ayant des besoins spécifiques (déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme).

### 2.2. Personnes concernées

- Tous les gestionnaires, employés, médecins, bénévoles et stagiaires qui œuvrent au CISSS des Laurentides et qui participent au quotidien, de près ou de loin, à la réalisation de la mission des milieux d'hébergement énoncés précédemment ;
- Tous les résidents, leurs proches et leur famille ;
- Toutes les personnes de la communauté qui contribuent aux activités qui se déroulent dans un milieu d'hébergement.

---

<sup>1</sup> Modèle de pensée



### 3. Objectifs du cadre de référence

Le présent cadre de référence vise principalement à soutenir les acteurs concernés dans la transformation de la culture institutionnelle clinico-administrative vers une culture de milieu de vie résidentiel et familial pour le résident et ses proches.

De façon plus spécifique, il a pour objectifs :

- D'assurer le bien-être des résidents et leurs proches, ainsi que le bien-être des gestionnaires, employés, médecins et bénévoles qui œuvrent en milieu d'hébergement ;
- D'améliorer la complicité et les interactions entre l'ensemble des acteurs qui vivent, travaillent et fréquentent les milieux d'hébergement ;
- De clarifier la nouvelle philosophie de soins telle que « l'approche orientée sur la qualité de vie du résident » ;
- De soutenir le changement dans le développement, l'harmonisation et la mise en œuvre de pratiques cliniques et de gestion innovantes ;
- De guider l'offre de services, l'organisation du travail, le programme de formation destiné aux employés ainsi que l'aménagement requis des milieux d'hébergement qui répondra aux besoins des résidents ;
- D'assurer une prestation de services sécuritaires et de qualité aux résidents dans une perspective d'amélioration continue.

## 4. Fondements

### 4.1. Assises légales, stratégiques et philosophiques

- Ce cadre prend ses assises sur l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) qui mentionne que « 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 soutien de leur entourage» ;

- Il s'appuie sur les orientations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Il est inspiré des travaux du professeur Philippe Voyer, des publications de l'INESSS, des meilleures pratiques de notre CISSS, de modèles européens et de nouveaux milieux d'hébergement au Québec tels qu'Humanitae et la maison l'Étincelle ;
- Il s'inspire du vécu expérientiel qui nous est transmis par nos patients / proches partenaires de soins ;
- Il prend appui sur le code d'éthique du CISSS des Laurentides. En effet, l'organisation réitère son engagement en regard de :
  - La reconnaissance du droit à toute personne de recevoir des soins et des services de qualité au sein de ses installations;
  - L'adoption de comportements exemplaires, d'une approche humaine dans l'intérêt des usagers et d'un haut niveau de qualité dans les soins et les services offerts à la population ;
- Les valeurs organisationnelles :
  - Le respect
  - La collaboration
  - L'engagement
  - L'intégrité
  - La bienveillance

#### 4.2. Vision

Dans le cadre de cette transformation des milieux d'hébergement, notre vision est celle d'un chez-soi accueillant, où l'unicité du résident est reconnue, où les capacités et les forces de tous les acteurs sont mises à contribution pour le bien-être de chacun et ce, en complicité avec la communauté.

Notre vision se définit selon cinq (5) axes, soit :

**Axe 1 : Le résident**

- Connaître et reconnaître l'histoire de vie, la personnalité et les capacités de la personne afin de l'accompagner dans la réalisation de son projet de vie ;
- Favoriser l'implication et la contribution de la personne et ses proches à la vie de la maison afin qu'elle s'accomplisse selon ses intérêts, ses choix, ses capacités, son rythme et son autonomie.

**Axe 2 : Les employés, médecins, stagiaires et bénévoles**

- Créer une équipe dynamique qui prend part aux décisions et s'implique dans la planification des activités de la maison afin d'avoir une organisation de travail structurée, flexible et adaptée à l'unicité du résident, ses attentes, ses besoins, ses habitudes, son rythme et ses capacités ;
- Créer et maintenir un milieu de travail accueillant, où on valorise les talents et les intérêts des employés et des bénévoles et où on les met à contribution dans la réalisation des activités de la maison ;
- Développer des mécanismes pour stabiliser les équipes, assurer la continuité des activités et mettre en place des conditions d'exercices favorisant un climat bienveillant et positif.

**Axe 3 : La communauté**

- Mettre en place les conditions favorisant l'implication et la contribution des acteurs de la communauté à la vie de la maison ;
- S'investir et contribuer à la vie de la communauté.

**Axe 4 : Le milieu de vie**

- Créer et maintenir un chez-soi accueillant, chaleureux, intime, divertissant et familial pour les résidents, leurs proches et la communauté ;
- Dissimuler les éléments de fonctionnement institutionnel et de dispensation de soins et services.

## Axe 5 : Les soins de santé

- Adhérer à une approche holistique et participative qui permet aux résidents et familles de maintenir le pouvoir sur leurs objectifs de vie et de santé en tenant compte de l'avis des intervenants pour concilier le mieux possible leurs besoins cliniques et leur projet de vie;
- Promouvoir le confort et le mieux-être en tout temps et à chaque étape de vie, en ajustant les soins de santé aux objectifs exprimés par le résident afin d'offrir des soins équilibrés et des interventions qui respectent ses choix et son rythme;
- Innover en reconnaissant et en appréciant les diverses expertises disponibles et en créant des corridors de services (inter directions, régional, communautaire, ...) afin de développer une offre de soins de santé complète et diversifiée qui répond aux choix et aux besoins exprimés par le résident.

### 4.3. Philosophie de soins

Il est important de privilégier une approche où la personne et ses proches font partie intégrante de l'équipe de soins et services. Ils sont impliqués dans l'ensemble du processus de réflexion, décision et suivi. Il est également essentiel de prioriser une philosophie d'intervention mettant l'accent sur les caractéristiques et les besoins de la personne hébergée, ainsi que sur un environnement social et physique propice au maintien de son identité et de son bien-être.

Cette approche fait aussi référence à l'expérience de soins et de services que la personne hébergée vit, au soutien et à l'intégration des familles et des proches, au travail en équipe interdisciplinaire et à une organisation flexible du travail. En somme, elle vise l'équilibre entre le milieu de vie et le milieu de soins. Le résident doit pouvoir se sentir comme à la maison tout en recevant des soins de santé et d'assistance de qualité, professionnels, évolutifs et réalisés selon les meilleures pratiques.

À cet effet, le CISSS des Laurentides s'engage à tout mettre en œuvre pour adopter une philosophie de soins selon **l'approche orientée sur la qualité de vie du résident**.

Il existe cinq (5) caractéristiques essentielles d'un milieu de vie de qualité, soit :

- Un milieu qui permet de se sentir comme à la maison ;
- Un milieu qui adopte une gestion participative ;
- Un milieu qui peut compter sur du personnel compétent, engagé et reconnu ;
- Un milieu qui prête attention aux transitions ;
- Un milieu qui s'engage dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

Ainsi, cette philosophie orientée sur la qualité de vie des résidents favorise la création de micromilieus (maisonnées) ouverts où les résidents sont regroupés par goûts et intérêts plutôt que par profil ou diagnostic.

## 5. Orientations et principes directeurs

La nouvelle philosophie de soins selon l'approche orientée sur la qualité de vie du résident énoncée précédemment se décline en six (6) grandes orientations dans lesquelles sont définis les principes directeurs. Ceux-ci guideront les choix organisationnels en matière de gestion, d'intervention, d'aménagement et dirigeront les modalités de prestation des soins et services aux personnes hébergées.

### **Orientation 1 : Adopter les approches complémentaires « humaniste » et « positive de la personne »**

*L'approche humaniste* est traditionnellement utilisée auprès des résidents âgés dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées, alors que *l'approche positive de la personne* est utilisée davantage auprès des résidents adultes atteints de déficiences. Les deux approches comportent de nombreuses similitudes et peuvent être complémentaires. Leur cohabitation est logique et l'utilisation simultanée des deux approches auprès de l'ensemble des résidents dans nos milieux d'hébergement est à développer avec les équipes de soins et services.

*L'approche humaniste* est à la base de l'approche relationnelle de soins et de l'approche milieu de vie. Elle est fondée sur l'adaptation des intervenants au résident, qui doit toujours être considéré comme une personne à part entière avec son cheminement et ses intérêts plutôt que de le présenter avec ses pertes et son diagnostic médical. Elle se base sur la philosophie du lien, du soutien et de l'accompagnement dans laquelle chacun est considéré comme quelqu'un d'autonome, qui peut faire ses propres choix et sait ce qui est le mieux pour lui.

### Principes directeurs

- La reconnaissance du résident comme une personne à part entière avec son cheminement et ses intérêts ;
- Miser sur les capacités du résident plutôt que sur ses limites ou son diagnostic médical ;
- Les intervenants agissent avec bienveillance (regard tendre envers le résident, parler au résident lors des soins, le toucher surtout lorsque la parole n'est plus là, ...) **en respect de la dignité.**

*L'approche positive de la personne*, quant à elle, consiste en une conception holistique qui met de l'avant l'idée que la personne peut devenir un apport social significatif en misant sur la compréhension de ses besoins et une implication véritable en l'aidant à actualiser ses talents et à créer des liens de réciprocité avec les gens qui l'entourent. Ainsi, cette personne est un citoyen à part entière qui peut se développer et participer à la vie de sa communauté.

### Principes directeurs

- La **croissance que la personne peut se développer et changer** tout au long de sa vie en considération de ses caractéristiques propres, des expériences qu'elle vivra et des environnements qu'elle côtoiera. Sa famille occupe une place prépondérante dans son projet de vie personnel et possède des caractéristiques, des valeurs, des ressources et des besoins qui lui sont propres ;
- La **considération que le résident et sa famille sont des interlocuteurs incontournables** qui peuvent influencer et questionner nos positions comme individu et intervenant ;
- La **reconnaissance que la personne est un citoyen à part entière** qui a les mêmes droits et obligations que tout individu et qui peut s'autodéterminer dans divers domaines de sa vie ;
  - L'organisation tient compte de l'interaction et de l'inter-influence des éléments suivants pour favoriser l'**adaptation** du résident et de ses proches :
    - La personne elle-même (son hérité, son histoire, ses désirs, ses capacités et habiletés, ses besoins, ses incapacités, etc..) ;
    - Son environnement humain (famille, amis, quartier et ses ressources, réseau de soutien communautaire, école, milieu de travail, etc..) ;

- Son environnement physique (lieu de résidence, adaptations physiques, moyens de transport, possessions personnelles, etc.) ;
  - Le contexte politique, économique, social et culturel ;
  - Les intervenants (compétences professionnelles, engagement, croyances, etc..) ;
  - Les établissements dispensateurs de services (mission, valeurs, orientations, cohérence, ressources, etc..).
- 
- Les intervenants spécialisés favorisent la **réadaptation** du résident. Ils le soutiennent et l'aident à améliorer ses habiletés et ses possibilités adaptatives. Ils travaillent aussi avec l'environnement pour favoriser des ajustements ou des adaptations susceptibles d'avoir un impact positif sur sa participation sociale, sur la coadaptation (ajustement mutuel) personne / environnement et enfin, sur le mieux-être à la fois de la personne et de son environnement ;
  - La **qualité de vie** est envisagée dans une perspective collective de réponse aux besoins spécifiques et globaux de la personne et est composée des mêmes dimensions que celles évaluées par tout citoyen. Elle est fondée sur les besoins individuels et les occasions de faire des choix et d'exercer du contrôle sur sa vie. Elle est multidimensionnelle et est influencée par de multiples facteurs. Une amélioration de la qualité de vie est vécue quand les besoins de la personne sont rencontrés et quand elle a les mêmes occasions que tout un chacun pour poursuivre et réaliser des objectifs dans les situations et domaines de la vie.
  - Le **projet de vie personnel** s'intéresse au bien-être de la personne et aux facteurs qui le favorisent. Les intervenants s'inscrivent dans un processus d'accompagnement du résident et leur soutien est essentiel quant à la participation active de celui-ci aux décisions qui concernent les aspects importants de sa vie. Le projet de vie est soutenu par le partenariat de soins implanté au CISSS des Laurentides. Il implique le résident et sa famille dans ses besoins au quotidien et ses choix en termes de fin de vie.

## **Orientation 2 : Contrer la maltraitance et prôner la bientraitance**

Appliquer la *politique visant à lutter contre la maltraitance envers toute personne majeure en situation de vulnérabilité* et veiller au mieux-être des personnes.

La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée.

### **Principes directeurs de prôner la bientraitance**

- Placer la personne au centre des actions. La personne aînée juge si l'action accomplie ou suggérée lui convient, si elle est bientraitante pour elle ;
- Favoriser l'autodétermination et l'empowerment de la personne aînée afin de lui permettre de prendre en main le cours de sa vie, de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, ses habitudes de vie, sa culture, etc... ;
- Respecter la personne et sa dignité afin qu'elle se sente considérée et qu'elle développe son estime personnelle ;
- Favoriser l'inclusion et la participation sociale pour apporter du bien-être aux personnes aînées qui souhaitent briser leur isolement et contribuer à la société ;
- Déployer des actions et des interventions alliant compétences (savoir-faire) et jugement (savoir-être) ;
- Offrir un soutien concerté afin de poser les gestes les plus appropriés pour chaque dimension de la vie de la personne aînée (ex. : habitation, santé, alimentation, vie amoureuse et familiale, etc...), toujours en respectant les choix de cette dernière.

### **Principes directeurs de contrer la maltraitance**

- Développer une culture de « tolérance zéro » à la maltraitance ;
- Responsabiliser tous les acteurs sociaux dans la lutte pour réduire et éliminer la maltraitance ;
- Assurer le développement des habiletés des intervenants, gestionnaires et médecins à prévenir, repérer, détecter, dépister et signaler les situations de maltraitance ;



- Promouvoir les différentes stratégies de prévention, faire connaître les ressources existantes et les recours possibles pour gérer les situations de maltraitance.

### **Orientation 3 : Favoriser la liberté du résident**

*La liberté de faire des choix* fait référence à l'appropriation, par le résident, de son pouvoir sur sa propre situation. Elle doit être au cœur même de toute intervention. Cette liberté doit se refléter dans le partenariat de soins, par la mise à contribution du résident, de ses proches et des intervenants pour définir des éléments de solution au moment d'établir des stratégies propres à réduire ou à résoudre les difficultés vécues par la personne et d'améliorer ainsi sa qualité de vie.

#### **Principes directeurs**

- L'organisation du travail est flexible afin de respecter le rythme et les choix du résident tant au niveau des activités quotidiennes qu'au niveau des soins que choisit de recevoir le résident.

*La liberté de se déplacer*, quant à elle, fait référence notamment à la capacité et au désir de la personne de circuler à l'intérieur comme à l'extérieur du site d'hébergement, l'objectif étant de maximiser et non de restreindre la mobilité de la personne. Ainsi, le résident peut se déplacer librement sans contrainte dans sa maisonnée et les différentes aires communes de l'établissement. Nous mettons en premier plan la liberté de mouvement, ce qui signifie que l'utilisation de mesures de contrôle, qui constitue une entrave à cette liberté et va à l'encontre de cette valeur, sera proscrite. Le développement et l'utilisation de mesures alternatives efficaces, efficaces et respectueuses seront favorisés et encouragés pour éviter le recours aux mesures de contrôle (proscrire). Toutefois, dans un contexte de vie en communauté, la liberté des uns ne doit pas compromettre la liberté et la sécurité des autres.

#### **Principes directeurs**

- L'organisation assure la disponibilité des ressources et des équipements afin de faciliter cette liberté et d'assurer la sécurité des résidents.

#### **Orientation 4 : Accepter les risques inhérents aux approches préconisées**

L'acceptation des risques fait référence à la gestion raisonnable des risques inhérents à l'approche milieu de vie et l'approche positive de la personne qui accepte l'existence et la probabilité de réalisation de certains risques. Ces derniers doivent être gérés dans une perspective de vie à domicile et en communauté. Ils doivent faire l'objet d'une éducation et d'une collaboration entre les acteurs du milieu, notamment en ce qui a trait à la liberté de déplacement et aux activités occupationnelles significatives. Chacun des risques doit être évalué dans un cadre interdisciplinaire, en collaboration avec le résident et sa famille, en fonction de l'individu, du groupe et de l'environnement.

#### **Principes directeurs**

- La reconnaissance de la capacité du résident et ses proches à faire des choix éclairés ;
- L'implication et la responsabilisation du résident et des proches dans la gestion des risques ;
- L'engagement de l'établissement à respecter la liberté de choix du résident et ses proches et à adapter les interventions en conséquence ;
- L'engagement des acteurs du milieu à gérer les risques pour le mieux-être des individus et du groupe de façon responsable et à toujours tenir compte de l'évolution du contexte et de l'environnement ;
- L'engagement de l'établissement à mettre en place un guide pour gérer les risques et prévenir leur réalisation dans une perspective de vie à domicile.

#### **Orientation 5 : Favoriser une vie sociale active et la tenue d'activités occupationnelles significatives**

Une vie sociale active ainsi que des activités occupationnelles significatives visent à combattre l'ennui des résidents en développant et maintenant des activités de loisirs et de stimulation. Ceci permet leur épanouissement durant leurs périodes d'éveil et diminuent les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) qui sont difficiles à gérer pour les intervenants et sont souvent en cause dans les situations problématiques vécues en hébergement. Il en va de même pour les résidents en maison alternative qui, pour diverses raisons, peuvent présenter des comportements difficiles à gérer.

## Principes directeurs

- La reconnaissance de la primauté des besoins de socialisation, d'accomplissement et de développement des résidents et la réponse individualisée à chacun d'eux ;
- L'encouragement au résident à exprimer ses sentiments, ses émotions, ses désirs, ses intérêts, ses talents, ses besoins et ses choix personnels pour se sentir compris et respecté ;
- L'engagement de l'organisation à développer ou préserver l'autonomie fonctionnelle du résident à travers les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique ;
- Soutenir la formation, le coaching et le soutien des intervenants dans le changement d'approche ;
- L'engagement de l'établissement à impliquer les résidents, leurs proches, les employés, les médecins et les bénévoles dans l'identification des activités significatives, le développement de la programmation et la mise en œuvre d'une grande variété d'activités répondant aux intérêts et besoins exprimés ;
- S'engager à mettre en place une organisation du travail souple, flexible et adaptée aux besoins et au rythme des résidents ;
- Soutenir une adaptation continue de la planification des activités quotidiennes en fonction des intérêts des résidents et des groupes de participants ;
- L'encouragement soutenu au résident à participer à la vie quotidienne, sociale, récréative et culturelle dans son milieu par des activités et des occupations valorisantes et significatives.

### **Orientation 6 : Favoriser l'intégration dans la communauté**

L'intégration dans la communauté fait référence au comité des résidents, aux bénévoles, aux proches et familles des résidents, à la municipalité, aux organismes communautaires et à la population environnante dont la contribution est indispensable à l'atteinte des objectifs du programme, notamment en ce qui a trait à l'offre d'activités sociales et occupationnelles dans les milieux de vie. Une collaboration avec la municipalité, les dirigeants de la communauté et les commerçants est essentielle pour donner une couleur locale aux activités intégrées, entre autres, dans les maisons des aînés.

Une collaboration avec les organismes communautaires est également encouragée pour favoriser les activités intergénérationnelles ainsi que la présence de bénévoles engagés. Ces derniers sont d'ailleurs recrutés en fonction des intérêts personnels qu'ils ont en commun avec les résidents et du potentiel qu'ils ont pour générer des activités significatives pour eux.

### Principes directeurs

- Favoriser l'implication et l'épanouissement social du résident en facilitant l'accessibilité aux ressources, commerces et activités de la communauté (ex : salon de coiffure, jardin communautaire, bibliothèque, ... ) ;
- Favoriser la tenue d'activités pour la communauté sur le site des milieux de vie ;
- Soutenir l'évaluation en préadmission et l'implication des intervenants de l'hébergement dans celle-ci afin de favoriser l'assignation du résident à la bonne maisonnée lors de l'admission et de regrouper les résidents par goûts et intérêts ;
- L'aménagement d'un milieu de vie attrayant pour les familles et la communauté qui répond aux besoins de socialisation des résidents et dissimule les activités institutionnelles en arrière-scène afin de mettre l'accent sur l'aspect domiciliaire.

## 6. Modalités d'application du cadre de référence

### 6.1. Milieu de vie adapté pour se sentir comme à la maison

Cette dimension fait appel à la capacité de l'organisation de tenir compte de plusieurs facteurs (psychologiques, sociaux et environnementaux) qui ont un effet sur le bien-être des résidents.

#### *Reconnaissance et respect des habitudes et des valeurs*

La réponse aux besoins de la personne constitue la pierre angulaire sur laquelle repose l'offre de service. Il est donc primordial de connaître l'histoire de vie du résident, ses intérêts et son projet de vie (ou fin de vie) pour lui offrir des activités, des soins et des services personnalisés.

#### *Autonomie et contrôle*

L'autonomie décisionnelle est favorisée afin de permettre au résident de faire ses propres choix; par exemple, choisir l'heure de son coucher, l'heure de ses repas et sa participation aux

activités. La routine de soins est flexible et respecte les habitudes et préférences du résident. Un résident qui n'a pas l'habitude de déjeuner tôt le matin pourra avoir son repas au moment qui lui convient.

### *Relations avec le personnel*

La relation entre le résident, ses proches et le personnel est une relation de partenariat. Les proches font partie intégrante du milieu de vie et l'implication auprès du résident est encouragée et favorisée. Par exemple, le proche d'un résident âgé peut offrir un bain à son parent s'il avait l'habitude de le faire à la maison. Il en va de même pour les résidents en maisons alternatives qui peuvent aussi changer et adopter de nouvelles habitudes, comme intégrer dans leur routine une nouvelle personne qu'ils apprécient et affectionnent. Les intervenants auront donc à s'adapter aux besoins et habitudes des résidents. Les prises de décision seront partagées.

### *Interactions sociales*

Les interactions sociales et les rassemblements fréquents sont également favorisés afin d'avoir des relations interpersonnelles de qualité entre le résident, les proches, le personnel et les bénévoles. De plus, les bénévoles sont orientés dans les maisonnées selon leurs intérêts similaires avec les résidents, ce qui favorise une implication accrue de ces derniers.

### *Interaction avec les proches*

Des espaces communs sont aménagés pour permettre d'organiser des activités (ex. : fête, rencontre, etc...) et impliquer les familles dans le milieu de vie. Des salles familiales sont aménagées pour permettre aux proches, lors des visites, de demeurer avec le résident ou d'être également présents la ou les premières nuits suivant l'admission afin de faciliter la transition ou permettre l'accompagnement lors de périodes de crise et en fin de vie. À cet effet, certains sites d'hébergement ont des studios en mode locatif afin de permettre aux conjoints ne nécessitant pas un hébergement en CHSLD de continuer de vivre auprès de la personne hébergée.

### *Présence d'animaux*

La zoothérapie a démontré le bienfait que procure la présence d'animaux auprès des résidents en hébergement. À cet effet, certains animaux domestiques, tels poissons et oiseaux, peuvent donc être présents dans les milieux de vie. De plus, les proches peuvent amener des animaux de l'extérieur mais sous certaines conditions, afin de tenir compte des risques liés à cette pratique et assurer la sécurité de tous.

### *Micromilieus*

Nous nous attardons ici principalement à l'aménagement du milieu de vie qui permet de répondre aux besoins du résident et de respecter les principes énumérés précédemment.

Le milieu de vie est subdivisé en petites maisonnées (micromilieus) de 12 chambres privées, regroupant les résidents selon certaines caractéristiques semblables, autour d'aires communes (cuisine, salon, ...). Ceci permet à la personne et ses proches de se sentir comme à la maison, dans un milieu de vie harmonieux et normalisant. Il est d'ailleurs démontré dans la littérature que de nombreux avantages sont liés à la qualité de vie des résidents qui habitent dans de petits milieux. Par exemple : une participation accrue dans les activités de la vie quotidienne, une meilleure qualité de sommeil, une diminution de la médication et une réduction des SCPD et des chutes. Ce type d'aménagement encourage également les interactions spontanées et accroît la participation des résidents aux activités qui sont adaptées aux intérêts manifestés par le groupe. Le fait qu'ils demeurent plus longtemps dans les espaces communs contribue même à augmenter l'apport nutritionnel et liquidien. De plus, notamment dans une perspective de déficience physique ou intellectuelle, il est reconnu qu'un milieu de vie stimulant permet à la personne de conserver et même de développer ses capacités.

### *Luminosité*

La fenestration est abondante et privilégie une vue sur l'environnement externe et la communauté. Étant donné les impacts positifs sur le cycle sommeil - éveil et sur la diminution de l'agitation et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, la luminosité est suffisante durant le jour, mais les éblouissements sont minimisés en évitant, par exemple, les planchers lustrés.

### *Espace public*

Les longs corridors sont évités (formant plutôt une boucle) et les chambres ne sont pas situées aux extrémités de ceux-ci évitant ainsi les culs-de-sac, non privilégiés pour les personnes ayant des atteintes cognitives.

### *Espace privé*

Les chambres sont placées autour des espaces communs avec une vue sur l'extérieur. Elles sont individuelles et permettent à la personne de personnaliser son espace de vie avec des objets significatifs comme un meuble (excepté lit), des photos et des souvenirs. Un espace est prévu afin de permettre à la personne de recevoir ses proches ou amis. Par exemple, un fauteuil ou une banquette peut se transformer en lit ou un lit escamotable faisant partie intégrante de son espace de vie.

### *Salle de bain*

Chaque chambre a sa salle de bain privée équipée d'une douche<sup>2</sup>. Ceci a pour effet de diminuer l'impression d'être en institution et favorise l'intimité du résident.

### *Stimulation sensorielle*

L'environnement physique est aménagé avec des espaces thématiques ou de stimulation en lien avec les intérêts des résidents qui habitent la maisonnée ; par exemple, une salle de musique, de peinture, voyages, etc... Ceci permet à la personne d'initier elle-même des activités occupationnelles l'aidant ainsi à briser l'ennui et l'isolement, encourager la socialisation, la présence de la famille et le maintien des liens avec celle-ci. Ces espaces sont versatiles et adaptables aux intérêts des résidents. Un espace de type Snoezelen fait également partie de l'environnement. Ces espaces spécifiquement conçus et aménagés pour stimuler les utilisateurs de façon multi sensorielle sont déjà présents dans certains de nos centres d'hébergement et des effets positifs ont été remarqués. Cette approche vise à stimuler les sens primaires. Certaines études rapportent d'ailleurs des impacts positifs sur le bien-être, l'humeur et le comportement des résidents. Une salle est donc disponible dans laquelle est créée une ambiance relaxante avec différents équipements stimulant les sens comme, par exemple, fibre optique, objets de différentes couleurs et textures, diffuseur d'huile essentielle, musique douce, couverture réconfortante, etc... Cette salle est également disponible pour le personnel qui peut lui aussi profiter de ses bienfaits.

### *Alimentation*

Dans un autre ordre d'idée, répondant à un besoin physiologique et social, l'alimentation représente une activité significative pour plusieurs. Ainsi, comme à la maison, l'offre alimentaire est variée afin de répondre aux différents besoins (par exemple, le « manger main » est disponible) et la participation des résidents à la préparation de certains plats ou repas favorise l'implication de la personne dans la vie de tous les jours. À cet effet, la présence d'un îlot dans l'espace cuisine/salle à manger est propice à ce genre d'activité et se veut également rassembleuse, favorisant les échanges et la présence de la famille. Ainsi, en tout temps, des repas et des aliments sont disponibles dans les cuisinettes des maisonnées pour permettre aux résidents de se préparer un repas (avec ou sans aide) au moment qui lui convient ou partager un moment avec ses proches. Il est également possible de consommer des aliments provenant

---

<sup>2</sup> Uniquement en maison des aînés et maison alternative

de l'extérieur, comme, par exemple, venant d'un proche ou d'un commerce de la communauté.

### *Emplacement extérieur*

En ce qui concerne l'accès à un espace extérieur, celui-ci est reconnu pour améliorer la qualité de vie, l'humeur et la santé mentale ainsi que diminuer l'agitation, l'agressivité et le nombre de médicaments administrés aux résidents. Il est même démontré que les effets bénéfiques d'un jardin extérieur perdurent même l'hiver lorsque cet espace n'est plus disponible. Il est donc prévu que chaque unité de vie dispose d'un accès extérieur accessible au rez-de-chaussée. L'espace est aménagé avec de la verdure, des aires de déambulation, de jardinage, de détente et familiales. Par exemple, des balançoires d'enfants peuvent s'y retrouver, un coin pour un feu, un poulailler, des mangeoires d'oiseaux, une corde à linge, etc... Bien que l'aménagement de toutes les maisonnées au rez-de-chaussée soit souhaité, il n'est pas toujours possible; des balcons sécurisés sont aménagés et accessibles aux résidents aux différents étages.

### *Architecture et design intérieur*

L'aménagement des maisonnées et des chambres a une apparence résidentielle, ressemblant davantage à un domicile et favorisant l'appropriation des lieux par les résidents en raison de la décoration et du mobilier présent dans les divers espaces.

Enfin, le milieu de vie des résidents est séparé de ce qui relève du lieu de travail des employés. Les services fonctionnels et administratifs ne sont pas à la vue des résidents afin de préserver l'apparence résidentielle. Au besoin, des stratégies de dissimulation sont utilisées. Par exemple, une murale trompe l'œil peut dissimuler une porte menant à la salle de pause des employés, une porte sur rail peut servir à camoufler un coin pour la rédaction de notes infirmières ou un chariot de lingerie.

### *Technologie et systèmes de surveillance*

L'exploitation de la technologie est un incontournable pour répondre à ces besoins. Par exemple, l'utilisation d'un réseau sans fil et d'ordinateurs portables ou de tablettes électroniques peut permettre aux intervenants de documenter le dossier sans avoir à conserver de documents dans la maisonnée et éviter l'installation d'un poste de travail. Cette technologie doit également être disponible pour les résidents afin de favoriser la communication avec leur réseau social et contribuer à leur divertissement. Dans un autre ordre d'idée, elle doit être également utilisée pour faciliter l'accès aux soins et services (télésanté, téléconsultation, ...) et éviter des transitions inutiles pour les résidents. De même, l'exploitation de diverses technologies pourraient offrir des systèmes alternatifs de surveillance (caméra, cloche d'appel silencieuse,



caméras, géolocalisation, détecteur de mouvement ou acoustique...) et contribuer à l'amélioration de l'autonomie, de la liberté, de la sécurité et la qualité de vie des résidents.

## 6.2. Gestion participative

La création d'environnement « comme à la maison » avec un décor résidentiel vient briser l'aspect institutionnel, mais ne suffit pas à l'atteinte de l'objectif. L'approche utilisée par les employés et la relation qu'ils développent avec les résidents est la clé du succès. Le fait d'entrer « chez quelqu'un » et de normaliser la vie quotidienne doit changer la vision de tous.

Il en va de même avec l'équipe de gestion qui doit travailler en partenariat avec les comités des résidents, les représentants des proches aidants et des familles ainsi qu'avec les représentants des employés pour prendre les meilleures décisions dans l'intérêt des résidents. À cet effet, « l'**empowerment** » des familles est un concept clé qui mise sur leur implication dans les prises de décisions et leur participation à l'organisation du travail, ce qui accroît leur engagement et leur appropriation des changements. Dans ce contexte, le comité des résidents doit être une instance incontournable pour la consultation et la prise de décision par l'équipe de gestion.

Ainsi, il est primordial de revoir notre modèle de gestion actuel qui prône davantage des considérations cliniques et administratives et de le transformer en se tournant vers un modèle de gestion participative en partenariat de soins visant l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des résidents et générant ainsi un important changement de culture organisationnelle.

La gestion participative fait appel à la contribution de l'ensemble des acteurs du milieu (résidents, proches, employés, médecins et gestionnaires) dans l'analyse des enjeux qui les concernent et la prise de décision. Elle s'exerce en collaboration et en coresponsabilité (gestionnaires, employés, médecins et résidents) et donne plus de pouvoir aux résidents et aux employés sur leur quotidien en les impliquant dans les décisions qui les impactent. Elle permet aux résidents (ou son proche) de faire des choix en fonction du projet de vie et met l'accent sur l'amélioration de leur qualité de vie et de leur bien-être afin que les soins cliniques répondent aux besoins et aux désirs de ceux-ci. Ses choix et ses désirs sont en avant-plan, au-delà des

tâches à accomplir. Les relations étroites dans une maisonnée entre le personnel, les résidents, leurs proches, les bénévoles, les médecins et la communauté amènent à mettre de l'avant autant l'accent sur le bien-être psychosocial et spirituel que sur les besoins physiques du résident.

La gestion participative donne aux résidents (et aux comités des résidents), à leurs proches et aux employés une voix et une autonomie décisionnelle. Le fait d'intégrer des résidents et leurs proches dans chacun des comités et dans le processus d'arrivée d'un nouveau résident est un exemple de ce changement de culture. L'approche patient-partenaire de soins, où le résident est l'expert de sa santé, démontre également cette ouverture à ce changement. Cette collaboration peut d'ailleurs s'exercer à différents niveaux comme, par exemple :

- L'organisation du milieu de vie ;
- Le choix des menus ;
- La programmation des activités et de la vie communautaire ;
- La détermination du plan d'intervention ;
- L'organisation du travail (ex : heures de repas, horaire des soins et services) ;
- La gestion des ressources humaines (ex : entrevues d'embauche, choix des bénévoles) ;
- La gestion des horaires et des congés.

Cette transformation du modèle de gestion nécessite cependant la mise en place de plusieurs conditions gagnantes dans les milieux de vie et dans l'établissement.

Dans les milieux de vie :

- Une équipe de gestion et une direction près des résidents et des employés (proximité) qui adhèrent à la gestion participative et partagent son leadership ;
- La participation active des résidents, des employés, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles ;
- Des résidents et des proches qui prennent davantage de leadership devant les intervenants ;
- Des intervenants qui reconnaissent l'expertise du résident et ses proches et prennent le temps d'écouter ;
- Un comité des résidents qui joue pleinement son rôle notamment en ce qui a trait au respect des droits des usagers ;

- L'implication du comité des résidents dans les décisions qui ont un impact sur le milieu de vie et la définition de la programmation (ex. loisir, menus, ...);
- L'implantation et l'application du partenariat de soins;
- L'implication des résidents à la vie collective du milieu de vie;
- Recueillir et tenir compte de l'expérience client;
- Déterminer les modalités d'une communication directe et fluide entre les résidents, le comité des résidents, les employés, les gestionnaires et la haute direction afin de favoriser la diffusion des idées et l'influence sur les décisions;
- Une transformation progressive et respectueuse des parties concernées (résidents, proches, employés, médecins et gestionnaires) afin de bâtir une confiance mutuelle.

Dans l'établissement :

- Assurer la disponibilité des ressources (humaines, financières et matérielles);
- Embaucher des gestionnaires en nombre suffisant et qui adhèrent à la gestion participative en partenariat de soins;
- Négocier avec les instances locales pour modifier les règles d'application des conventions collectives;
- Soutenir la transformation et les changements de culture (clinique et administrative).

À cette fin, la direction SAPA hébergement a mis en place, en CHSLD, le **Système de Communication et d'Organisation du Travail Intégré (S.C.O.T.I)** qui a de nombreux impacts positifs sur le respect du rythme des résidents et leur bien-être. Cette façon de travailler est basée sur la gestion participative et favorise la mise en place des conditions gagnantes (mentionnées ci-haut) à travers les objectifs suivants :

- Développer le rôle du PAB accompagnateur, prioriser la relation avec le résident et sa famille et faciliter la collecte de données et le suivi;
- Améliorer la connaissance de nos résidents et le respect des habitudes de vie, préférences, rythme et sommeil de ces derniers;
- Optimiser les communications entre les membres de l'équipe et organiser le travail par étape (jalons) afin de suivre les activités journalières des résidents;
- Améliorer l'organisation du travail des soins et augmenter le temps de présence aux

résidents;

- Mettre à profit le travail d'équipe, spécifiquement la collaboration des PAB dans l'observation des résidents lors de changements dans les soins ;
- Favoriser la participation de l'équipe pour revoir les présences requises afin de répondre aux besoins et rythme des résidents et moduler la présence au travail.

Ainsi, l'organisation offre aux résidents, leurs proches, au personnel et aux gestionnaires le pouvoir d'influencer les différents aspects qui touchent le fonctionnement du milieu de vie. Ceci amène une gestion renouvelée, non plus menée par l'institution, mais qui se définit dans une relation de partenariat conjointe où sont partagées la responsabilité et l'imputabilité entre l'ensemble des acteurs du milieu.

### 6.3. Compétences, dotation et mobilisation du personnel

La transformation des milieux d'hébergement apporte nécessairement des changements quant aux processus qui concernent la main d'œuvre, surtout en ce qui a trait à la dotation, au développement des compétences et à la mobilisation du personnel. L'organisation doit être un lieu d'apprentissage, de créativité, de valorisation et d'accumulation de connaissances d'abord au service des résidents, de leurs proches et du milieu de vie, mais aussi au service de la performance et de la qualité des soins et services.

À cette fin, l'organisation doit mettre en place des conditions gagnantes afin de se donner les moyens d'innover en matière de dotation et de formation du personnel. Il se doit également de compter sur du personnel engagé, compétent et reconnu qui applique les principes qui sous-tendent cette approche pour offrir des soins de santé et des services de qualité.

#### **Dotation**

La dotation, dans les milieux de vie, doit innover sous plusieurs angles afin de répondre aux besoins des usagers et à l'organisation du travail souhaitée. Elle doit être dynamique, flexible, évolutive et s'adapter aux besoins et au rythme des résidents.

Elle est adaptée parce qu'elle est centrée sur les périodes d'éveil, ce qui signifie qu'il y a davantage d'intervenants lorsque les résidents sont éveillés et actifs. Le nombre d'intervenants

est cependant réduit, de même que les activités de soins et services lors des périodes de sommeil. À cet effet, l'organisation doit être innovante et exploiter davantage les technologies pouvant être mises à sa disposition pour assurer la surveillance du milieu de vie, la sécurité et répondre aux besoins des résidents.

Elle est flexible, dans la mesure où tous les acteurs acceptent de modifier l'organisation du travail ou leurs conditions (comme, par exemple, l'horaire, la maisonnée, une activité, ...) temporairement pour favoriser l'adaptation aux besoins et au rythme des résidents. De plus, cette flexibilité peut également permettre et favoriser la conciliation travail et vie personnelle. Ainsi, par exemple, lorsque du personnel occasionnel remplace un collègue dans un milieu de vie ou lorsqu'un employé doit s'absenter quelques heures, on accepte des modifications d'horaire ou des déplacements de personnel entre les maisonnées pour assurer la continuité des soins et services et favoriser la stabilité auprès des résidents plus impactés par les changements de personnel.

Elle est évolutive parce qu'elle s'ajuste à l'intensité des soins de chacune des maisonnées constamment évaluée par l'équipe. Cela signifie que l'on concentre davantage de ressources là où l'intensité de soins est élevée et qu'on ajuste la dotation entre les maisonnées pour répondre aux besoins de l'ensemble des résidents. Cette façon de faire évoluer la dotation favorise l'entraide entre les intervenants et apporte un équilibre au niveau de la charge de travail. En d'autres termes, l'offre de service est concentrée là où les besoins des résidents sont présents et, en raison du soutien disponible, la charge de travail est équilibrée et acceptable.

À cette fin, le système de communication et d'organisation du travail intégré (S.C.O.T.I) mis en place par l'organisation contribue à travers les objectifs suivants :

- Optimiser les processus de dispensation des soins et des services 24 heures en les adaptant aux besoins, aux caractéristiques individuelles, aux attentes et activités des personnes hébergées ;
- Améliorer le temps et la qualité de présence du personnel auprès du résident ;
- Améliorer l'approche relationnelle de soins, développer le rôle de PAB accompagnateur et celui des coachs ARS-PDSB ;
- Améliorer le climat et la satisfaction des employés ;
- Valoriser le rôle de tous les employés ;
- Favoriser une collaboration accrue entre tous les membres du personnel ;
- Créer un impact positif sur la présence au travail.

Cette transformation de la dotation dans le milieu de vie nécessite cependant que les instances impliquées (équipe de gestion, direction des ressources humaines, syndicats et employés) travaillent avec ouverture et collaboration pour changer les paradigmes connus et transformer les pratiques relatives à ceux-ci. Cela signifie, qu'au plan du recrutement et de l'embauche du personnel, l'organisation doit mettre en place de nouvelles façons de faire pour trouver les personnes qui présenteront les aptitudes nécessaires (le savoir-être, le savoir et le savoir-faire) pour travailler dans ce nouveau cadre de pratique. Ainsi, bien que l'ancienneté soit un critère important pour l'obtention d'un poste, d'autres modalités doivent être mises en place comme des entrevues, des formations obligatoires, des critères d'embauche et d'obtention des postes, des évaluations d'aptitudes, etc...

Au plan de l'organisation du travail, il faut évidemment s'assurer d'avoir le nombre d'intervenants requis pour donner les soins de santé et les services, mais il faut aussi déterminer les types d'intervenants souhaités et travailler à l'ajout de différents types de professionnels qui peuvent compléter l'offre de service tels que des éducateurs spécialisés, des IPS, des psychologues, des ostéopathes, des massothérapeutes, etc...

Finalement, une révision des descriptions de fonction sera nécessaire afin d'optimiser le rôle de chaque type d'intervenant, voir même le faire évoluer et ainsi mettre à contribution le plein potentiel de chacun, incluant les employés des équipes de soutien qui seront encouragés à avoir des interactions avec les résidents. Ceci doit également être conjugué à l'apport de l'utilisateur, des proches aidants et des bénévoles qui peuvent grandement contribuer aux soins de santé et à l'organisation du travail.

### **Formation de base et formation continue**

L'ensemble des acteurs des milieux de vie doit bénéficier de formations adaptées à leur rôle et du soutien nécessaire à l'intégration des connaissances et au développement des compétences. Le programme de formation concerne donc les intervenants cliniques et médecins, mais également les employés des équipes de soutien, les bénévoles, les stagiaires, les proches aidants et les résidents.

Le personnel œuvrant en maison des aînés et maison alternative doit avoir une formation de base pertinente à son titre d'emploi. Il doit également avoir accès à de la formation en lien avec les concepts qui sous-tendent l'approche préconisée ainsi que de la formation continue sur

divers sujets de développement des compétences. Le programme de formation doit prévoir autant la formation de la relève que la formation des formateurs et mentors qui doivent guider et soutenir les pratiques et s'assurer de l'application de l'approche.

Le programme de formation a pour objectif de garantir des soins de qualité appuyés par une pratique collaborative et exemplaire, centrée sur la personne, son expérience de santé et sur son projet de vie. L'ensemble du personnel contribue ainsi à la santé du résident en misant sur le potentiel de celui-ci et en renforçant son pouvoir d'agir et de décider. Aussi, lors de la planification des soins, il convient de tenir compte de tous les partenaires afin de tirer profit de leurs compétences et assurer des soins sécuritaires et de qualité, en fonction des besoins du résident. Les professionnels exercent leur jugement clinique, assurent la continuité des soins, occupent la pleine étendue de leurs champs d'activités et adoptent un leadership transformationnel et capable de questionner les valeurs. L'accès aux soins est optimisé en conformité avec les lois et les règlements provinciaux et fédéraux en vigueur, comme, par exemple, l'application des activités de soins dérèglementées. Ainsi, chaque personne s'engage dans l'actualisation continue de ses compétences, adopte une approche de soins cohérente avec sa discipline et appuie sa pratique sur les résultats probants.

De plus, le développement des compétences est une coresponsabilité entre les acteurs du milieu qui s'engagent à contribuer au développement des connaissances et compétences de l'ensemble de l'équipe. Par exemple, les médecins doivent soutenir les infirmières dans le développement de leurs compétences en évaluation clinique au même titre qu'un PAB doit contribuer au développement des connaissances d'un nouveau collègue en orientation ou un patient partenaire qui participe à la formation d'une équipe de travail dans un autre milieu d'hébergement.

Ainsi, l'organisation soutient le développement de la compétence dans la pratique au quotidien en favorisant la collégialité intra et interprofessionnelle des intervenants et en mettant en place diverses modalités de formation. Celles-ci soutiennent et encadrent le développement des connaissances et compétences de l'ensemble des employés (intervenants cliniques, employés de soutien et gestionnaires) au plan collectif et au plan individuel :

- Programme d'orientation générale ;
- Programme de formation clinique spécifique ;

- Capsules de formation thématique en ligne (courte durée) ;
- Présence de coachs cliniques pour consolider les apprentissages d'une formation ;
- Mentorat, préceptorat et présence de conseillère pour soutenir les meilleures pratiques et le développement des compétences ;
- Outils d'évaluation des apprentissages et rétroaction constructive ;
- Plan de développement des compétences individualisé et suivi adapté ;
- Groupe d'apprentissage par pratiques réflexives et co-développement ;
- Modalités de formations diversifiées.

Finalement, les patients partenaires et les proches aidants sont reconnus dans leur expertise et sont mis à contribution dans le programme de formation. D'ailleurs, Agrément Canada a prévu des critères de normes afin que les usagers soient partie prenante des programmes de formation des organisations :

- Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles (1.2.8) ;
- L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes (1.2.9) ;
- La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles (1.3.1).

### **Reconnaissance**

Ces mesures innovantes en matière de formation et de dotation favorisent la présence au travail et, par le fait même, la stabilité des équipes, ce qui a des effets positifs sur les résidents. Ainsi, la notion de vécu partagé prend tout son sens, car l'intervenant est imprégné du milieu de vie du résident et il en résulte des interactions senties et engagées de part et d'autre (ex. : un employé partage le repas avec le résident). Ceci favorise l'engagement de l'ensemble des employés qui contribuent au milieu de vie, comme, par exemple, les préposés à l'entretien sanitaire qui font partie intégrante de l'interaction significative avec le résident et la famille.

Par ailleurs, même si traditionnellement la reconnaissance s'appuie sur l'appréciation du travail de l'employé par le gestionnaire, l'engagement du personnel trouve sa motivation davantage



dans le soutien des collègues, la reconnaissance par les résidents et leurs proches ainsi que la possibilité de s'impliquer et de participer aux décisions sur l'organisation du travail. Ainsi, la reconnaissance est une responsabilité partagée et l'organisation favorise la mise en œuvre de mesures de reconnaissance innovantes et diversifiées qui vont rejoindre l'ensemble des acteurs du milieu.

- Une communication fluide, transparente et honnête entre les acteurs du milieu ;
- La formation et le développement des compétences ;
- La reconnaissance de l'expertise, des forces et des talents ;
- Encourager la contribution des personnes dans les activités, les formations, les projets, etc.;
- Actualiser un système de reconnaissance individuelle et d'équipe ;
- Activités de reconnaissance spécifique (lettre, prix, événements, etc..) ;
- Des actions de reconnaissance continue et quotidienne (savoir-être, remerciements, etc...);
- Des aménagements de travail conciliant travail et vie personnelle ;
- Des espaces de repos adéquats ;
- Du matériel et de l'équipement en quantité suffisante ;
- Un environnement de travail fonctionnel et sécuritaire ;
- La reconnaissance par les pairs.

De cette façon, en partageant la responsabilité de la reconnaissance, de la formation et de la dotation, l'organisation favorise le développement de l'engagement des acteurs du milieu, crée un climat de travail sain, développe un milieu de travail stimulant, favorise l'attraction et la rétention du personnel et crée de la valeur.

#### **6.4. Accompagnement aux transitions de soins**

Lorsqu'une personne et sa famille sont admis en hébergement, elles sont souvent déboussolées et submergées par une quantité importante de nouvelles informations et ceci se reproduit généralement à chaque transition ou changement majeur pendant le séjour. L'équipe de soins et services doit porter une attention particulière aux transitions que peuvent vivre un résident et ses proches, car elles peuvent être déstabilisantes pour ces derniers et, par le fait même, amener des situations difficiles à gérer pour les employés. Cet accompagnement est primordial

pour les quatre (4) principaux moments de transition : l'accueil, les épisodes aigus, la fin de vie et le décès et, bien que l'intensité puisse être variable, il repose sur une communication transparente qui doit être maintenue durant tout le séjour du résident. De plus, l'accompagnement offert au résident et ses proches est partagé entre les acteurs du milieu soit les employés, les médecins et gestionnaires, mais également le comité des résidents, des résidents (patients-partenaire), des proches-aidants ou un bénévole.

### **L'accueil dans le milieu de vie**

L'arrivée en centre d'hébergement étant souvent une source d'anxiété importante pour le résident et ses proches, des interventions sont mises en place afin de diminuer le plus possible les impacts négatifs, faciliter l'intégration de la personne dans son nouveau milieu de vie et créer un lien de confiance rapidement. À cet effet, une rencontre et une évaluation en préadmission avec un professionnel du milieu d'hébergement, la visite des lieux avant le déménagement, un processus d'accueil structuré avant et pendant l'admission sont des moyens mis en place. De plus, d'autres mesures personnalisées peuvent être proposés au résident et ses proches :

- Le parrainage entre résidents pour les nouveaux arrivés ;
- La présence d'un proche 24 h/24 dans les premiers jours suite à l'admission et les périodes aiguës ;
- L'attribution d'un intervenant pivot pour guider et répondre aux questions.

De plus, comme la stabilité est privilégiée pour éviter le plus possible les transitions entre les différents micro-milieus, les pratiques sont adaptées pour tenir compte de l'évolution des besoins des résidents comme, par exemple, un déclin cognitif, fonctionnel ou comportemental ou un besoin d'adaptation ou de réadaptation pour la personne ayant une déficience intellectuelle. Ainsi, plutôt que de changer le résident de milieu de vie, en appliquant une dotation dynamique, les effectifs et l'organisation de travail sont ajustés et adaptés en fonction des besoins des résidents.

Étant donné que l'arrivée en milieu d'hébergement est également une période de transition pour les proches, des mécanismes pour aider leur adaptation sont prévus et progressivement offerts pour faciliter l'intégration des informations. Bref, tout est mis en place pour faire en sorte que les membres de la famille se sentent les bienvenus dans le milieu de vie :

- Annonce et préparation d'une transition vers un milieu de vie ;
- Aide et informations pour compléter les démarches administratives ;
- Formation sur la philosophie et les approches utilisées auprès du résident ;
- Communication et informations sur l'adaptation et l'évolution de leurs proches ;
- Invitation à participer et s'intégrer aux activités ;
- Relance post-admission ;
- Soutien par les pairs (individuel et groupe).

### **Les épisodes aigus**

Le second type de transition concerne les épisodes aigus de maladie que vit le résident et qui peuvent mener à une hospitalisation ou une détérioration de l'état de santé temporaire ou permanente. L'équipe de soins et services doit porter une attention particulière au résident lors de ces épisodes et tout mettre en œuvre pour éviter l'hospitalisation et les transferts qui, malgré les efforts pour l'éviter, peuvent provoquer rapidement un délirium et un déconditionnement. En effet, les soins de santé sont essentiels pour les résidents, mais l'équipe doit trouver le juste équilibre permettant de respecter les souhaits et les besoins du résident afin d'éviter l'acharnement ou l'abandon thérapeutique.

D'abord, il faut avoir une communication transparente avec le résident et ses proches pour planifier la conduite à tenir dans ces situations. Il faut utiliser les outils à notre disposition tels que la détermination des niveaux de soins et les directives médicales anticipées pour éviter les malentendus. Une communication fluide et transparente conjuguée à l'accompagnement du résident et de ses proches, permet également d'éliminer une partie des incertitudes, de diminuer l'anxiété vécue et de donner un consentement libre et éclairé.

Ensuite, il faut revoir les rôles et responsabilités des intervenants et les modalités de consultation. Cela signifie, qu'en optimisant le rôle des intervenants traditionnels (ex. : infirmière, médecin, PAB, physiothérapeute, travailleur social, etc...) et en faisant appel à une plus grande diversité de professionnels (ex. : psychoéducateur, massothérapeute, acupuncteur, récréologue, etc...), nous pourrions répondre plus adéquatement aux besoins du résident dans le milieu de vie et éviter les hospitalisations. De plus, il faut favoriser les consultations professionnelles dans le milieu de vie (comme en soins à domicile) et utiliser davantage les technologies à notre

disposition (télésanté, téléconsultation, clinique externe virtuelle) pour éviter le transfert des résidents.

Finalement, puisque l'hospitalisation n'est pas toujours évitable, un mécanisme de communication en partenariat de soins est prévu entre le milieu de vie et l'hôpital avant, pendant et après l'hospitalisation. Ainsi, plutôt que d'admettre directement le résident par l'urgence, l'hospitalisation peut être planifiée pour éviter les effets néfastes du passage à l'urgence sur le résident. De plus, afin de diminuer le séjour à l'hôpital et favoriser un retour rapide dans le milieu de vie, l'équipe interdisciplinaire du milieu de vie et les proches collaborent avec l'équipe interdisciplinaire de l'hôpital pour guider les interventions et préparer le retour du résident dans son milieu. Ceci permet de s'assurer que l'information circule entre les équipes et que des décisions libres et éclairées soient prises.

### **Soins de fin de vie**

En ce qui concerne la fin de vie, l'équipe doit également prendre tous les moyens pour maintenir le résident dans son milieu de vie et adapter l'offre de service à sa condition. Les interventions en soins palliatifs sont planifiées par l'équipe interdisciplinaire en partenariat avec le résident et ses proches afin de respecter ses désirs (projet de fin de vie). Les soins et services sont administrés dans le milieu de vie et s'adressent autant à la personne qu'aux proches qui sont soutenus par l'équipe interdisciplinaire et impliqués dans les soins selon leurs souhaits. À cet effet, un lieu de repos et de recueillement est disponible pour les proches et ainsi permettre leur séjour durant les derniers instants de la personne.

Afin que les soins de fin de vie respectent les désirs du résident et sa dignité, ils sont planifiés à l'avance. Ainsi, nous évitons de placer le résident ou ses proches dans une situation d'urgence pour prendre des décisions lourdes de sens. À cet effet, la détermination et la révision régulière du niveau de soins est un incontournable. Les directives médicales anticipées doivent aussi être utilisées lorsque possible. De plus, l'équipe de soins et services doit faire de façon régulière (minimalement une fois par mois) le repérage des usagers en fin de vie (fréquence/année) et prendre le temps de faire la planification préalable des soins avec ces résidents. L'offre de soins et services en fin de vie est soutenue par le programme de soins de fin de vie de l'organisation. Les pratiques sont harmonisées entre les milieux de vie et appuyées par les données probantes issues des guides de pratiques diffusés par les organismes spécialisés en la matière :

- Soins de confort ;
- Soins palliatifs ;
- Soutien psychosocial et soins spirituels ;
- Gestion de la douleur et des autres symptômes ;
- Sédation palliative continue;
- Aide médicale à mourir.

L'offre de soins et service s'adresse également aux proches des résidents qui ont besoin d'être soutenus durant cette transition. Ainsi, en plus du soutien offert par les intervenants de l'équipe interdisciplinaire et les bénévoles, le soutien entre les familles des résidents est encouragé et des espaces sont aménagés pour le permettre.

### **Décès**

Lors du décès, il est important de donner les soins post-mortem au défunt dans le respect de sa dignité. L'offre de soins et services se poursuit avec les proches, mais également avec l'ensemble des acteurs du milieu de vie. En effet, le décès d'un résident ne doit pas être tabou, mais plutôt il faut l'annoncer respectueusement à l'aide d'un symbole universel (et exempt de signification religieuse) afin que les autres résidents, employés, bénévoles et familles en aient connaissance. Ceci permettra à tous de vivre leur deuil et bénéficier du soutien nécessaire. De plus, le soutien entre pairs est encouragé et, si désiré, en collaboration avec le service des soins spirituels, un dernier hommage peut être rendu sur place dans le cadre d'une cérémonie qui peut prendre diverses formes. Finalement, afin que les soins post-mortem et le soutien aux proches ne soient pas bousculés et répondent aux besoins exprimés, un minimum de temps est laissé aux proches pour récupérer les effets personnels et une relance par un intervenant significatif de l'équipe interdisciplinaire est planifiée dans la semaine qui suit le décès.

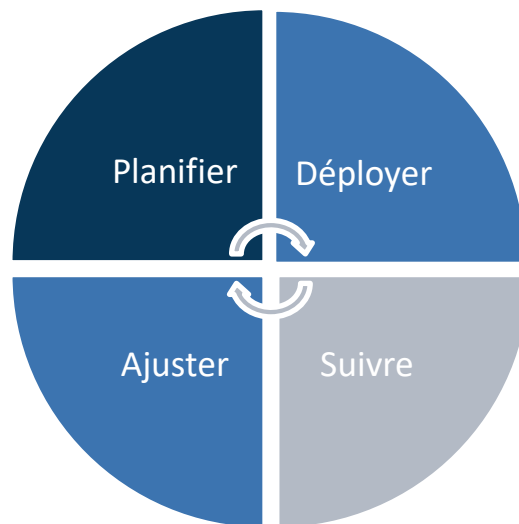
## 6.5. Processus d'amélioration continue de la qualité

### 6.5.1. La Roue de Deming (PDSA)

Les enjeux auxquels font face les milieux d'hébergement, les changements et les innovations apportés pour relever les défis nécessitent qu'un processus d'amélioration continue soit en place. Ainsi, afin de répondre adéquatement aux différents besoins des résidents et d'adopter un développement continu des bonnes pratiques, la méthode scientifique « **Planifier, Déployer, Suivre et Ajuster** » (PDSA) est l'outil de gestion privilégié.

En effet, cette méthode est une démarche et une préoccupation permanente d'amélioration de la qualité de nos soins et services qui consistent, à la fin de chaque cycle, à remettre en question toutes les actions précédemment menées afin de les améliorer. Le cycle recommence donc avec les mêmes éléments ou de nouveaux besoins identifiés par les résidents, leurs proches, les employés, les médecins, les bénévoles, la communauté ou l'équipe de gestion.

#### L'amélioration continue au quotidien- *Roue de Deming (PDSA)*



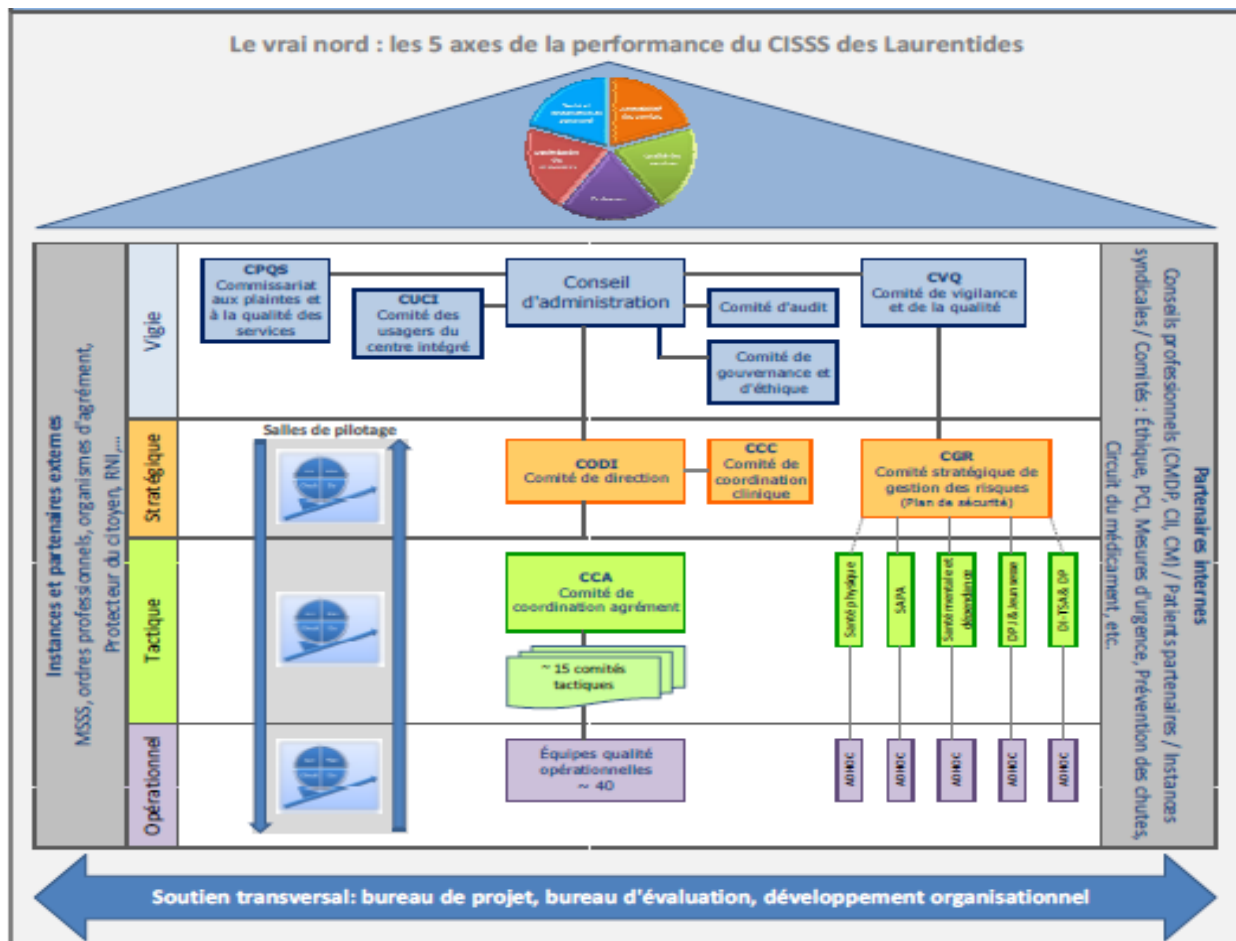
L'ensemble des processus d'amélioration mis en place se base sur cette méthode, quelle que soit la fréquence à laquelle ils sont appliqués. Il touche autant l'amélioration du milieu que

l'amélioration des pratiques cliniques et l'amélioration des processus logistiques et administratifs.

### 6.5.2. Gestion de l'amélioration continue de la qualité au CISSS des Laurentides

#### Structure de gestion

La structure de gestion de l'amélioration continue de la qualité du CISSS des Laurentides est présentée à titre d'exemple dans le schéma suivant. Elle identifie les acteurs et les activités, à l'intérieur de l'organisation, qui ont un mandat d'amélioration de la qualité et de la sécurité.



Extrait du « Cadre de référence en matière de performance et d'amélioration continue et de la qualité, Mai 2017 »

Les milieux d'hébergement du CISSS des Laurentides utilisent déjà plusieurs des instances et processus prévus et les appliqueront également dans le cadre cette transformation.

### **Méthodes / moyens / outils**

- Gestion intégrée des risques
- Gestion des risques
- Inspection des ordres professionnels
- Démarche agrément
- Indicateurs de gestion et de performance
- Audits qualité
- Analyses prospectives
- Sondage de satisfaction
- Outils Lean d'amélioration continue (caucus opérationnel et salle de pilotage)
- Gestion de projet
- Enquêtes

#### **6.5.3. Gestion de l'amélioration continue de la qualité spécifique en milieu d'hébergement**

En plus des éléments organisationnels énoncés précédemment, les milieux de vie d'hébergement ont une structure de gestion ainsi que des méthodes et outils propres à eux. Dans ce cadre, il est important de souligner que le gestionnaire joue un rôle important pour mobiliser son équipe dans le processus d'amélioration continue et s'assurer de mettre en place un nombre raisonnable de projets d'amélioration qui respectent les capacités de réalisation de l'équipe. La responsabilité et la contribution à l'amélioration sont cependant partagées entre les acteurs du milieu et reposent sur la gestion participative et une définition claire des rôles et responsabilités de chacune des instances.

#### **Comité des usagers**

Le comité des usagers a une portée régionale, puisqu'il y en a un par MRC et n'est pas exclusif aux milieux d'hébergement. Il a cependant un rôle important à jouer dans l'amélioration de la qualité, car plusieurs comités des usagers en découlent et il doit s'assurer que ces derniers jouent leur rôle, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la



satisfaction des résidents. Ainsi, il doit les soutenir et lorsque nécessaire, faire des représentations auprès des directions concernées.

### **Comité des résidents**

Il y a un comité des résidents par milieu d'hébergement, mais il est possible qu'il y ait des regroupements. Ce comité est impliqué directement dans l'amélioration continue de la qualité notamment parce que l'un de ses mandats est de s'assurer qu'il y ait des démarches d'amélioration de la qualité et d'évaluer la satisfaction des résidents. Il s'en acquitte, entre autres, en réalisant des sondages de satisfaction auprès des résidents, leurs proches et les employés sur différents éléments qui touchent leur quotidien (accueil, soins, activités, loisirs, alimentation, organisation du travail, ...). Les résultats des sondages sont analysés par l'équipe de gestion et l'équipe de soins et services qui, de concert avec le comité des résidents, émettent un plan d'action, suivent son déploiement et en mesurent les résultats. Le comité des résidents collabore avec le comité milieu de vie, principalement dans l'identification des améliorations à apporter quant aux activités qui ont lieu dans le milieu de vie.

### **Comité qualité milieu de vie**

Les comités milieu de vie sont également propres à chaque milieu d'hébergement. Ils sont composés de résidents ou proches, chef d'unité, membres du personnel de différents quarts de travail et de différents services (tels que le service alimentaire, la buanderie, salubrité, ...), membres du comité des résidents et bénévoles. Le but premier poursuivi par ce comité est d'innover avec différents projets et activités visant l'amélioration du milieu de vie des résidents. Le comité collabore également au suivi des différents plans d'action. Des objectifs sont établis annuellement et un rapport annuel est rédigé et présenté.

Notons ici que ces instances formelles qui représentent les résidents doivent également témoigner de l'expérience patient qui est une source incontournable d'idée pour l'amélioration de la qualité. Elles doivent le faire à l'aide de méthodes précises comme un sondage, mais elles doivent aussi contribuer à la mise en place d'un contexte propice à l'expression des préférences et insatisfactions qui peuvent également être mesurées de façon informelle.

### ***Équipe qualité CHSLD***

L'équipe qualité est unique à chaque direction et est composée de membres du personnel de chaque CHSLD du territoire, d'un usager partenaire ressource et d'un gestionnaire. Le mandat attribué à celle-ci est d'améliorer la qualité des services, des soins et de la sécurité des résidents en CHSLD. L'accent est mis surtout sur les exigences d'Agrément Canada.

### ***Communautés de pratique en hébergement***

Les communautés de pratique sont propres à chaque profession qui œuvre dans les milieux d'hébergement. Elles sont composées d'intervenants d'une seule profession provenant de divers CHSLD. Elles ont pour mandat l'amélioration des pratiques cliniques et contribuent ainsi à l'amélioration de la qualité des soins et services.

### ***Suivi et plan d'action des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD***

Outre les outils déjà proposés par le *cadre de référence en matière de performance et d'amélioration continue et de la qualité*, les milieux d'hébergement ont développé des outils et moyens adaptés et propres à leur contexte.

Soulignons les visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD, effectuées par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) qui ont lieu sur des cycles de 3 ans. Celles-ci, réalisées sans préavis, permettent de s'assurer que les soins et services dispensés aux personnes hébergées favorisent leur bien-être physique, mental et émotionnel et qu'ils répondent aux besoins et attentes des résidents et de leurs proches.

Dans tous les cas, de telles évaluations visent à examiner les processus en place comme l'accueil des nouveaux résidents et leurs proches, la promotion des droits des résidents, leur expression sur la qualité des soins et services, l'animation, l'aménagement de l'environnement physique, l'organisation de repas, les relations avec les proches et la communauté, la gestion des soins et services, la sécurité, etc... Ces processus d'évaluations se concluent avec l'émission de recommandations qui permettent de guider nos choix organisationnels en matière de gestion, d'intervention et d'aménagement afin de s'améliorer davantage et offrir des services à la hauteur des attentes des personnes qui vivent dans les maisonnées. Soutenu par l'organisation, notamment par le mandat de

répondant régional à l'hébergement confié à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique via, un plan d'amélioration est alors mis en place en collaboration avec les différents acteurs œuvrant dans nos milieux de vie.

Les résultats de ces évaluations, notamment celle de la qualité des milieux de vie, sont rapportés publiquement et disponibles sur le site internet du ministère<sup>3</sup>, ce qui en font des processus transparents.

Ajoutons que, bien que plusieurs de ces processus formels se réalisent périodiquement à des fréquences variables (de 3 mois à 5 ans), il ne faut pas perdre de vue que l'amélioration de la qualité doit se faire au quotidien. À cet effet, le **Système de Communication et d'Organisation du Travail Intégré (S.C.O.T.I)** est un bel exemple de processus quotidien qui favorise une communication fluide et transparente entre les intervenants et les résidents et contribue quotidiennement à l'amélioration de la qualité.

Finalement, cette transformation nécessite également une révision des méthodes de mesure et d'évaluation faites dans les milieux, notamment en ce qui a trait aux indicateurs et cibles qui sont suivis dans les tableaux de bord et les caucus tactiques. Ceux-ci doivent être simples, pertinents (en nombre restreint) et être en lien direct avec les changements qui sont demandés et la performance. Les méthodes de mesure (ex. : sondage) doivent être harmonisées et favoriser le plus possible l'objectivité des indicateurs. Les résultats doivent faire l'objet d'un plan de communication qui s'adresse à l'ensemble des acteurs du milieu et ainsi favoriser leur appropriation et leur engagement dans l'amélioration continue.

## 7. Conclusion

Les travaux qui ont mené à la création de ce cadre de référence ont fait appel à une multitude d'acteurs, principalement des patients partenaires, des intervenants cliniques, des médecins, des employés de soutien et des gestionnaires. Le résultat est le fruit de nombreuses consultations et d'échanges entre les parties prenantes qui se sont concertées afin de guider la transformation des milieux d'hébergements au CISSS des Laurentides. Ce document guidera les travaux qui auront lieu dans les prochaines années tant dans le cadre de l'implantation des

---

<sup>3</sup> <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/visites-evaluation/rapports-par-region/?region=6>

maisons des aînés et maisons alternatives que dans la transformation des CHSLD existants. Il définit les paradigmes, concepts et principes directeurs à respecter dans les travaux à venir.

## 8. Mécanisme de suivi et de révision

Le présent cadre de référence est amené à évoluer et pourra être révisé à l'occasion de changements organisationnels ou législatifs. Il devra impérativement être révisé dans un délai de **trois ans** suivant la date de son entrée en vigueur.

## 9. Demande de renseignements

Pour une interprétation du texte ou pour une demande de renseignements concernant le présent cadre de référence, veuillez communiquer avec :

**Michel Gauthier inf. M.Sc**

**Chargé de projet – Maison des aînés**

Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées  
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides  
1352, Boulevard Michèle Bohec  
Blainville (Québec) J7C 5S4  
Courriel : [michel.gauthier.csss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:michel.gauthier.csss@ssss.gouv.qc.ca)  
Téléphone : 514-237-2577

## 10. Annexe 1 : Liste des acronymes

**AMM** : Aide médicale à mourir

**ARS** : Approche relationnelle de soins

**CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

**CISSS** : Centre intégré de santé et des services sociaux

**DMA** : Directives médicales anticipées

**DPDRP** : Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique

**DSAPA** : Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

**INESSS** : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

**IPS** : Infirmière praticienne spécialisée

**MA** : Maison Alternative

**MDA** : Maison des aînés

**MRC** : Municipalité régionale de comté

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

**PDSB** : Principe de déplacement sécuritaire pour les bénéficiaires

**SCPD** : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

## 11. Annexe 2 : Références

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide de soutien à l'intention des établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD, 2018.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles. 2003.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée, 2018.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Maison des aînés pavillons alternatifs, 2019.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport rédigé par Isabelle David. Québec, QC : INESSS; 2018.

MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS FOISY, Maison des aînés (présentation Powerpoint), décembre 2018.

MADAME MARGUERITE BLAIS, Des maisons des aînés en milieu urbain (présentation Powerpoint), 2018.

CAROLE DALLAIRE et NANCY BOURQUE, Programmation par micromilieus au CISSS des Laurentides, 2018.

CHANTAL CARA, JÉRÔME GAUVIN-LEPAGE, HÉLÈNE LEFEBVRE, DIMITRI LÉTOURNEAU, MARIE ALDERSON, CAROLINE LARUE, JANIQUE BEAUCHAMP, LISETTE GAGNON, MANOUCHE CASIMIR, FRANCINE GIRARD, MARIELLE ROY, LOUISE ROBINETTE ET CAROLINE MATHIEU, Le Modèle humaniste des soins infirmiers — Université de Montréal : perspective novatrice et pragmatique. Recherche en soins infirmiers 2016/2 (N° 125), pages 20 à 31.

YVES GENEST ET JÉRÔME PELLISSIER. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux, 2019.

ASSOCIATION PARITAIRE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU SECTEUR AFFAIRES SOCIALES (ASSTSAS). Formation Approche Relationnelle de Soins, 2017.

DENISE FRASER ET LUCIEN LABBÉ. L'approche positive de la personne... une conception globale de l'intervention : services et intervention en déficience intellectuel, 1993.

LUCIEN LABBÉ. L'approche positive : réflexion sur la pratique. Présentation du Regroupement québécois de parrainage civique, 2014. <http://docplayer.fr/25665221-L-approche-positive-reflexions-sur-sa-pratique.html>

DIRECTION DE LA PERFORMANCE, DE L'AMÉLIORATION CONTINUE ET DE LA QUALITÉ, CISSS des Laurentides. Cadre de référence en matière de performance et d'amélioration continue, 2017





*Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides*

Québec 