



Ce bulletin **Repères** résume les principaux constats de l'état des pratiques intitulé *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, publié par l'INESSS en septembre 2020. Il s'adresse aux décideurs et aux gestionnaires responsables de l'organisation des soins et des services dans les CHSLD ainsi qu'aux conseillers en milieu de vie et aux conseillers en soins infirmiers. Ces deux documents peuvent être consultés dans la section [Publications](#) du site [inesss.qc.ca](https://www.inesss.qc.ca).

Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Introduction

Un CHSLD est à la fois un milieu de soins, un milieu de vie et de fin de vie pour les résidents, de même qu'un milieu de travail pour le personnel. En 2015, la Commission de la santé et des services sociaux portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD a souligné la tension qui existe entre le milieu de soins et le milieu de vie, et a recommandé de favoriser la recherche d'un meilleur équilibre entre les deux.

La Direction générale des aînés et des proches aidants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de documenter les moyens qui pourraient favoriser l'atteinte d'un tel équilibre¹.

Pour ce faire, quatre questions clés ont été formulées :

1. Quelles sont les principales **tensions** entre le milieu de soins et le milieu de vie ?
2. Quels sont les **facteurs pouvant influencer** l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie ?
3. Quels sont les **moyens potentiels** pour favoriser l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie ?
4. Quelles **stratégies d'évaluation** peuvent favoriser un meilleur équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie ?

Afin de répondre à ces questions, l'INESSS a recueilli et mis en commun des données scientifiques, des données portant sur les contextes québécois et international ainsi que des informations relatives à l'expérience de soins. Au total, 129 documents provenant de journaux scientifiques et 134 autres documents ont été retenus. Plus d'une trentaine de personnes (résidents, proches, membres d'un comité des usagers, intervenants, gestionnaires et experte en évaluation) ont également été consultées. De plus, un comité de travail composé de 12 membres a contribué au projet, afin de s'assurer de son adéquation avec les besoins exprimés dans le réseau de la santé et des services sociaux. La mise en commun de ces informations a permis de mettre en lumière des façons de faire qui pourraient favoriser un meilleur équilibre entre les caractéristiques d'un milieu de soins et celles d'un milieu de vie en CHSLD.

Au cours des travaux, il est apparu que le terme « conciliation », qui signifie « action de rendre des choses compatibles », était plus approprié que « équilibre ». Ainsi, puisque le milieu de soins et le milieu de vie sont davantage complémentaires qu'en opposition, le terme conciliation a été retenu. Il traduit mieux la synergie et l'interdépendance permettant aux CHSLD d'assurer, à la fois, des soins de qualité et la qualité de vie de leurs résidents.





1. Ce mandat a été réalisé avant la pandémie de la COVID-19. Par conséquent, les travaux de l'INESSS n'ont pas permis de documenter les éclosions et les nombreux décès dus au coronavirus qui ont durement touché plusieurs CHSLD du Québec dès l'hiver 2020.

Ce bulletin **Repères** résume les principaux constats présentés dans l'état des pratiques, soit :

- les quatre principaux regroupements de tensions qui peuvent survenir entre le milieu de soins et le milieu de vie;
- les facteurs qui influent sur ces tensions;
- les moyens potentiels pouvant favoriser la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie;
- les stratégies d'évaluation.

Sommaire des tensions, des principaux facteurs d'influence et des moyens potentiels

L'ensemble des éléments résumés dans ce tableau seront détaillés plus loin.

 <p>TENSIONS ASSOCIÉES à la réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel</p>	 <p>TENSIONS ASSOCIÉES à la prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité</p>	 <p>TENSIONS ASSOCIÉES aux relations interpersonnelles</p>	 <p>TENSIONS ASSOCIÉES à l'organisation des soins et services</p>
DESCRIPTION DES TENSIONS			
<p>Le milieu de soins priorisant les besoins médicaux et la santé du résident peut entrer en conflit avec le milieu de vie où la qualité de vie est primordiale et où les risques font partie du quotidien.</p>	<p>En centre d'hébergement, des tensions constantes existent entre la priorisation de l'individu ou de la collectivité. Ainsi, la réponse aux besoins individuels entre en conflit avec la réponse aux besoins collectifs.</p>	<p>En centre d'hébergement, bien que le bien-être des personnes hébergées soit une préoccupation centrale, celui-ci est parfois incompatible avec des préoccupations relatives au bien-être des proches ou du personnel.</p>	<p>Ces tensions font référence aux choix que font les CISSS et les CIUSSS et, de façon plus proximale, les CHSLD pour répondre aux besoins des personnes qui sont hébergées dans leurs installations.</p>
PRINCIPAUX FACTEURS D'INFLUENCE			
<ul style="list-style-type: none"> • Complexité clinique • Valeurs des différents acteurs • Culture organisationnelle • Valeurs et attitudes sociétales • Médias 	<ul style="list-style-type: none"> • SCPD et autres comportements perturbateurs • Hétérogénéité du groupe de résidents • Nombre de résidents par unité • Environnement intérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnalité, attentes et valeurs des différents acteurs • SCPD et autres comportements perturbateurs • Disponibilité des proches • Motivation du personnel • Santé et bien-être du personnel • Stabilité du personnel • Communication interpersonnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être) • Quantité de personnel • Stabilité du personnel • Routines de travail • Communication de l'information clinique et organisationnelle • Initiatives d'amélioration continue • Régulation, assurance de la qualité et reddition de comptes • Financement
MOYENS POTENTIELS			
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des risques • Approche centrée sur la personne • Prise de décision partagée 	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement de clientèles semblables dans une même unité 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche de promotion de la santé et du bien-être pour tous les acteurs du milieu • Implication et soutien des proches • Stratégies de communication • Assignation stable du personnel aux résidents 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel en quantité suffisante • Routines de travail flexibles • Redéfinition des rôles et tâches des divers intervenants • Communication d'information clinique et organisationnelle
MOYENS LIÉS À PLUS D'UN TYPE DE TENSIONS			
<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion et soutien éthique • Rehaussement des compétences du personnel • Gestion du changement 			

1. Principales tensions entre le milieu de soins et le milieu de vie en CHSLD

Divers enjeux ou dilemmes éthiques sous-tendent les tensions entre le milieu de soins et le milieu de vie en CHSLD, et mettent en jeu des valeurs qui peuvent s'opposer lors de la recherche de l'équilibre entre ces deux sphères. Un enjeu éthique survient lorsqu'il y a un doute, une incertitude ou un désaccord à propos de ce qui est moralement bien ou mal. Par ailleurs, dans une perspective éthique, une valeur représente ce qui inspire, motive et guide, de manière individuelle ou collective, un grand nombre de décisions et d'actions. Ainsi, des divergences de point de vue touchant des valeurs telles que la dignité, la santé, la sécurité, la liberté, l'autonomie décisionnelle et le respect peuvent générer des tensions entre le milieu de soins et le milieu de vie.

Un large éventail de tensions ont été répertoriées. Vécues ou ressenties à divers degrés d'intensité et par diverses parties prenantes (résidents, proches, personnel et gestionnaires), ces tensions semblent présentes de manière relativement constante d'un centre d'hébergement à l'autre. Les tensions les plus fréquentes, qui ont été colligées sous quatre principaux regroupements, peuvent à la fois coexister et se chevaucher. Deux pôles majeurs de tensions concernent directement les résidents, tandis que les deux autres touchent plus largement les relations interpersonnelles et l'organisation des soins et des services.



Ces tensions sont au cœur de la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie. Elles touchent autant les besoins perçus, par le médecin ou le personnel par exemple, que les besoins ressentis par le résident, incluant ses préférences. Le défi du personnel consiste donc à répondre simultanément aux besoins liés à l'intégrité physique du résident et à ceux liés à son bien-être émotionnel. Les tensions qui en découlent entraînent une négociation constante entre les parties prenantes.

Le milieu de soins priorisant les besoins médicaux et la santé du résident peut entrer en conflit avec le milieu de vie où la qualité de vie est primordiale et où les risques font partie du quotidien.

On observe que les tensions liées à la sécurité des résidents se rapportent davantage au milieu de soins, tandis que celles associées à leur liberté touchent plutôt le milieu de vie. La primauté de la sécurité, au détriment de la liberté des résidents en centre d'hébergement, n'est pas sans conséquences. Poussée à l'extrême, elle peut entraîner de l'inactivité, de l'isolement social et de l'ennui chez les résidents. La mise en place de mesures visant une sécurité absolue peut compromettre l'autonomie et la liberté du résident, lui causant ainsi un sentiment d'emprisonnement. Cela peut aussi affecter sa dignité, sa qualité de vie et son bien-être de même que son sentiment d'être comme à la maison.

Bien que les résidents reçoivent en général des soins adéquats, la littérature et les proches consultés soulignent que la place accordée à leur bien-être émotionnel peut, dans certaines situations, faire défaut. Le milieu de soins a alors préséance sur le milieu de vie. À l'inverse, des tensions peuvent survenir lorsque les volontés et les préférences qui satisfont le bien-être d'un résident entrent en conflit avec certains besoins assurant son intégrité physique. De telles situations peuvent avoir des conséquences graves pour la santé du résident et même mettre sa vie en danger. Elles peuvent également aller à l'encontre de la conscience professionnelle du personnel.

Du point de vue du personnel, certaines demandes provenant des résidents, de leurs proches ou encore de leur employeur peuvent être en contradiction avec les bonnes pratiques. Ainsi, un employé peut parfois se sentir déchiré entre ses obligations professionnelles, ses réflexions éthiques, les droits des résidents et même les politiques de l'établissement.

On constate qu'en raison des appréhensions liées aux risques (p. ex. : l'appréhension de blessure chez les résidents), les gestionnaires de CHSLD peuvent avoir tendance à privilégier la sécurité des résidents.

Quelques exemples de tensions

- ▶ Les diètes individuelles de même que certaines restrictions alimentaires collectives contribuent à réduire la liberté de choix des résidents et les empêchent de profiter des « petits plaisirs » du quotidien.
- ▶ La consommation de drogues ou d'alcool chez les résidents de même que le désir d'autonomie de certains d'entre eux dans la gestion de leurs médicaments ou de leurs déplacements figurent aussi parmi les sources de tension recensées.



TENSIONS ASSOCIÉES à la prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité

Comme dans tout contexte de vie de groupe, la cohabitation en CHSLD présente son lot de défis au quotidien. Certains comportements dérangeants (p. ex. : vols, intrusions dans les chambres, cris, agressions), particulièrement chez les personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), peuvent être problématiques pour les autres résidents. Ces comportements perturbateurs constituent des irritants qui peuvent nuire au sentiment de sécurité des résidents de même qu'à leur sentiment d'être comme à la maison.

Un autre enjeu inhérent à la cohabitation concerne le besoin d'intimité des personnes hébergées. On distingue trois types d'intimité en centre d'hébergement :

- l'intimité physique : p. ex. : laisser le résident se laver seul même si c'est plus long, couvrir le résident s'il est nu, fermer la porte lorsqu'un résident est à la toilette ;
- l'intimité sociale : p. ex. : frapper avant d'entrer dans la chambre d'un résident ;
- la confidentialité : p. ex. : ne pas divulguer des informations personnelles à propos d'un résident en présence d'autres personnes.

En centre d'hébergement, des tensions constantes existent entre la priorisation de l'individu ou de la collectivité. Ainsi, la réponse aux besoins individuels entre en conflit avec la réponse aux besoins collectifs.

Quelques exemples de tensions

- ▶ Un résident agité dérange les autres résidents de l'unité en plus de monopoliser tout le personnel.
- ▶ Des résidents hésitent à afficher leur orientation sexuelle par crainte d'être jugés par le personnel ou d'autres résidents.



TENSIONS ASSOCIÉES aux relations interpersonnelles

En centre d'hébergement, non seulement les résidents mais également leurs proches et le personnel font partie intégrante des milieux de soins et de vie. Des tensions entre ces divers acteurs peuvent avoir des répercussions sur le milieu de soins, sur le milieu de vie ou sur la conciliation entre ces deux sphères. Des tensions relationnelles peuvent opposer deux personnes d'une même famille, un résident et un de ses proches, un membre du personnel et un résident, deux membres du personnel, etc.

Ainsi, des tensions peuvent parfois survenir lorsque l'opinion de la personne hébergée est peu ou n'est pas prise en considération par ses proches, ou lorsqu'ils sont en désaccord avec elle. On observe par ailleurs une relation complexe entre les personnes proches aidantes et le personnel. Les proches ont des préoccupations particulières à l'égard d'un résident, tandis que le personnel a la charge de l'ensemble des résidents. Cela peut créer des tensions entre eux : entre autres, si la famille offre une aide qui interfère avec le travail du personnel, ou lorsque celui-ci demande de l'aide aux proches en raison d'un manque d'effectifs.

En centre d'hébergement, bien que le bien-être des personnes hébergées soit une préoccupation centrale, celui-ci est parfois incompatible avec des préoccupations relatives au bien-être des proches ou du personnel.

Selon certaines études, il semble que le bien-être du personnel des centres d'hébergement ne soit pas toujours pris en considération. En plus de la priorité accordée au bien-être des résidents, l'importance du bien-être des autres acteurs doit être reconnue. Des tensions relationnelles peuvent avoir des répercussions sur les attitudes du personnel et dans les soins qu'il dispense. Par exemple, la résistance aux soins d'un résident peut occasionner un stress moral à un employé qui s'en occupe et ainsi faire en sorte que celui-ci sera plus difficilement en mesure d'offrir des soins de qualité. Par ailleurs, les façons dont les membres du personnel réagissent aux critiques et aux demandes des proches peuvent influencer sur leur relation. Enfin, la présence de préoccupations concernant les compétences de certains collègues de travail peut être une source de tensions relationnelles entre les membres du personnel.

Quelques exemples de tensions

- ▶ Le recours à l'aide médicale à mourir par un résident peut aller à l'encontre des valeurs de certains membres du personnel et, ainsi, susciter un malaise s'ils doivent participer à sa mise en œuvre.
- ▶ Les différences culturelles, religieuses et de genre, qui font que des résidents exigent de recevoir des soins d'hygiène par une personne du même sexe, par exemple, figurent aussi parmi les sources de tension mentionnées.



Ces tensions font référence aux choix que font les CISSS et les CIUSSS et, de façon plus proximale, les CHSLD pour répondre aux besoins des personnes qui sont hébergées dans leurs installations.

Les décisions prises dans les CISSS et CIUSSS doivent viser la dispensation de soins et de services de qualité, dans un milieu de vie de qualité, tout en veillant à l'administration de ressources humaines, financières et matérielles de manière efficiente. Ces décisions se rapportent à des obligations légales, administratives, cliniques et déontologiques.

Les soins d'assistance personnelle, notamment les soins d'hygiène, constituent une source de tension mentionnée dans la littérature et par les proches. La fréquence des bains (une fois par semaine) de même que le changement des culottes d'incontinence sont jugés insuffisants. De leur côté, les membres du personnel se sentent parfois coupables de ne pas avoir le temps d'emmener le résident à la toilette à temps ou de ne pas changer sa culotte d'incontinence assez souvent.

La prévention et le contrôle des infections sont primordiaux parce que les risques de transmission des infections respiratoires, urinaires ou cutanées augmentent en raison de la proximité des résidents en CHSLD. Conséquemment, certaines mesures organisationnelles liées à cette problématique compromettent le sentiment d'être comme à la maison, notamment l'isolement du résident et la nécessité de porter un masque, une jaquette et des gants dans le cas de certaines infections.

Quelques exemples de tensions

- ▶ La distribution de la médication peut nuire au sommeil des résidents si les routines ne sont pas assez flexibles. En effet, l'appareil utilisé pour écraser les médicaments peut générer un bruit excessif qui dérange. Pendant le jour, le fait de distribuer les médicaments avant les repas et avec un peu de nourriture peut couper l'appétit de certains résidents.
- ▶ Le manque d'employés ou l'ampleur de leur charge de travail limitent leur présence auprès des résidents et leur disponibilité pour les accompagner dans des sorties ou des activités.

2. Facteurs qui influencent l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie

L'analyse de l'ensemble des données révèle la présence d'un très grand nombre de facteurs qui peuvent avoir une influence sur la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en CHSLD. Tout facteur qui agit, directement ou indirectement, sur le milieu de soins ou sur le milieu de vie peut en effet modifier l'équilibre entre les deux. Les quelque 70 facteurs répertoriés ont été classifiés selon le modèle écosystémique. Ces facteurs agissent en synergie et peuvent influencer l'un sur l'autre. Il importe d'en tenir compte dans la mise en œuvre de moyens pour favoriser l'équilibre entre les deux sphères.

La **figure 1** présente les cinq niveaux du modèle écosystémique avec les facteurs qui leur sont propres, selon l'ensemble des données recueillies.

- Le **microsystème** comprend les relations entre les différents individus régulièrement fréquentés par une personne.
- Le **mésosystème** représente ici l'environnement immédiat, soit le milieu de soins et le milieu de vie en CHSLD.
- L'**exosystème** inclut, quant à lui, l'ensemble des environnements qui ont un lien plus distal avec la personne concernée, mais dont les décisions et les changements l'affectent.
- Le **macrosystème** constitue l'environnement global qui intègre l'ensemble des croyances, valeurs et idéologies ainsi que l'organisation sociale et politique d'une société.
- Enfin, le **chronosystème** englobe les événements survenant au fil du temps.

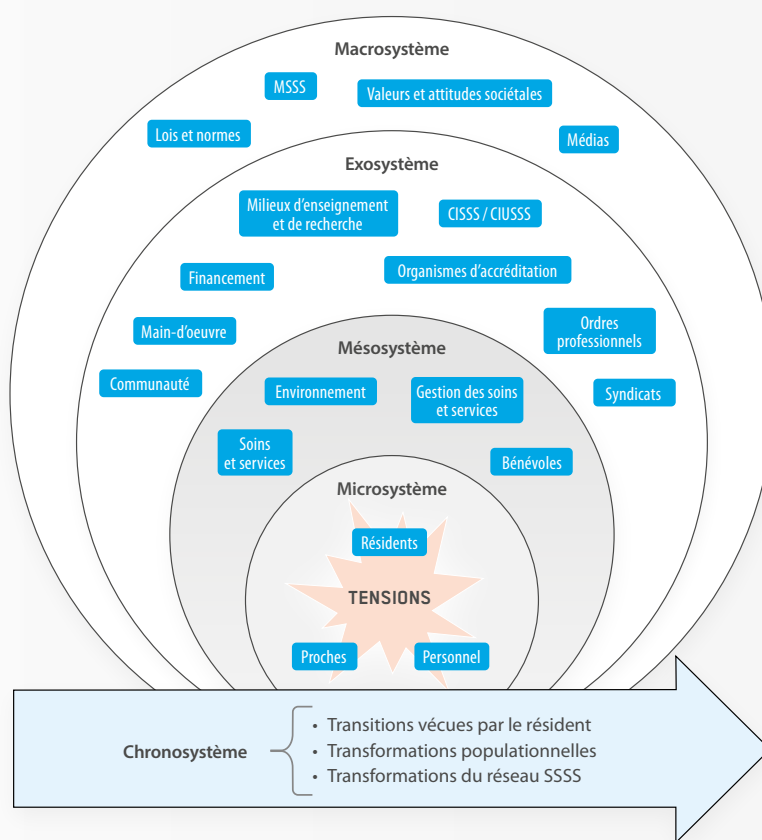
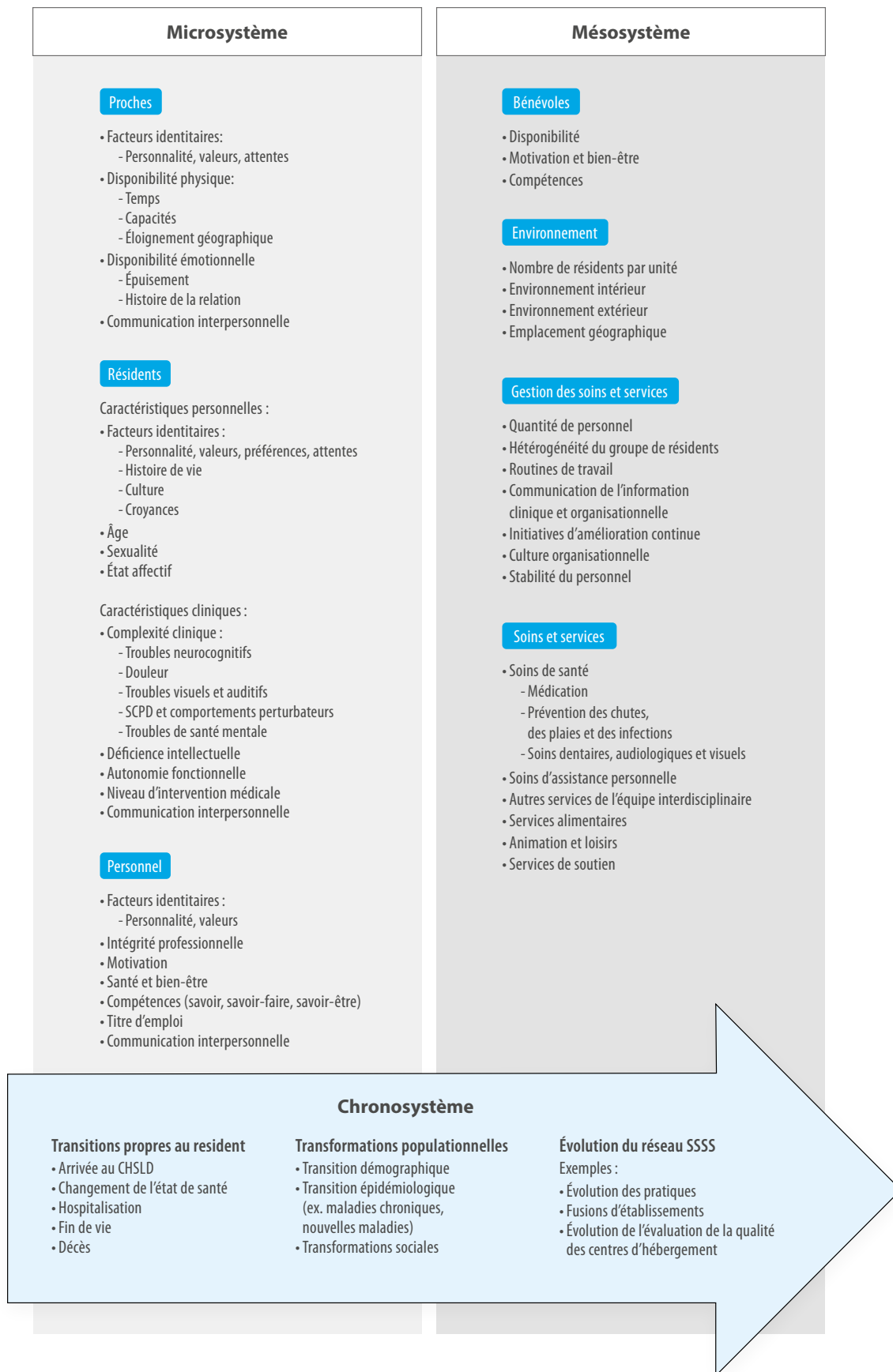


Figure 1 : Classification dans le modèle écosystémique des facteurs qui ont une influence sur la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie

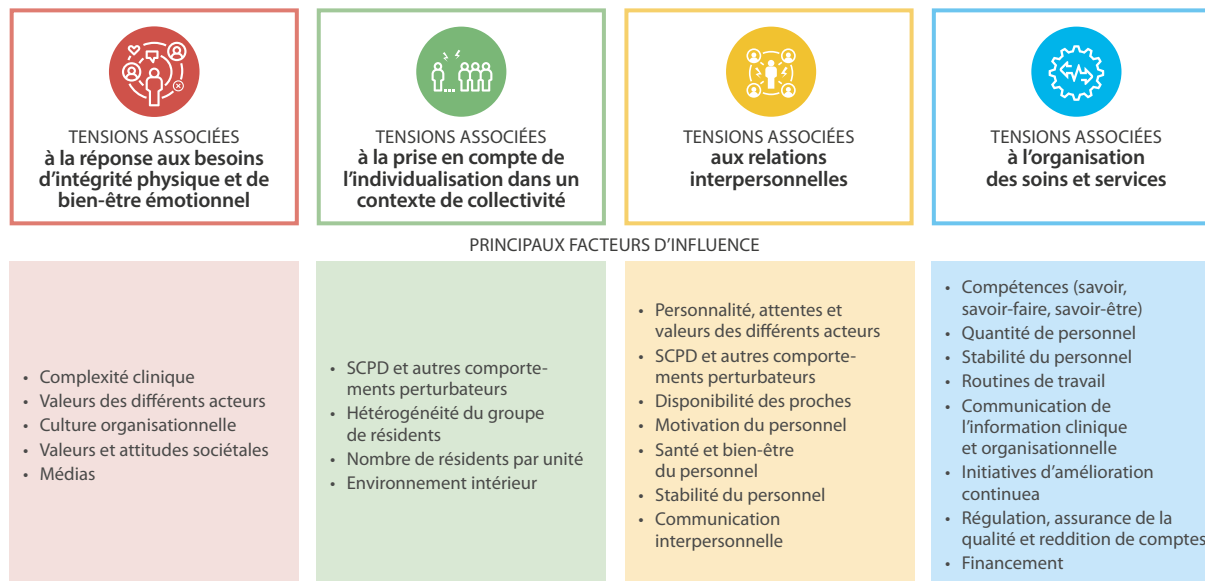
À la page suivante, la **figure 2** présente plus en détail les facteurs propres aux microsystème, mésosystème et chronosystème.

Figure 2: Facteurs propres aux microsystème, mésosystème et chronosystème



R
E
P
E
R
E
S

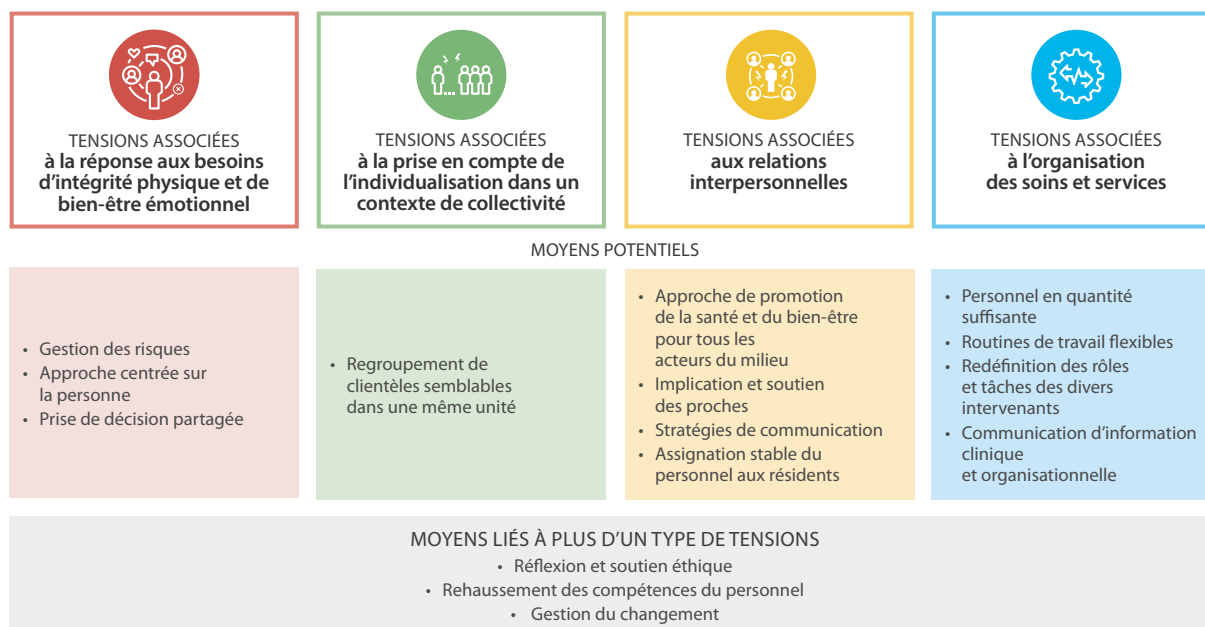
Bien qu'ils puissent être en cause dans diverses situations de tension, les principaux facteurs d'influence sont ici classés selon les quatre regroupements présentés initialement.



3. Moyens potentiels pour favoriser la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie

Plusieurs moyens permettant d'agir sur les facteurs qui peuvent favoriser la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie ont été repérés dans l'ensemble des données recueillies. Parmi eux, 15 ont été retenus en raison de leur lien direct avec une ou plusieurs catégories de tensions, de leur pertinence, de leur faisabilité, de leur acceptabilité et de leur aspect novateur. Ces moyens sont qualifiés de « potentiels » puisqu'ils n'ont pas été évalués de manière systématique. Ils ne doivent donc pas être considérés comme un reflet des « meilleures pratiques », mais plutôt comme des moyens porteurs susceptibles de prévenir ou d'alléger certaines tensions en centre d'hébergement.

Bien qu'ils soient classés sous l'un ou l'autre des quatre principaux regroupements de tensions, ces moyens potentiels peuvent s'influencer mutuellement et agir en convergence en vue d'une meilleure conciliation du milieu de soins et du milieu de vie. Trois d'entre eux peuvent agir simultanément sur plus d'un type de tensions.





TENSIONS ASSOCIÉES
à la réponse aux besoins
d'intégrité physique et de
bien-être émotionnel

- Gestion des risques
- Approche centrée sur la personne
- Prise de décision partagée

Gestion des risques

- ▶ Cette approche suppose de tolérer une prise de risque « calculée » en tenant compte des valeurs et préférences du résident, pour permettre de concilier sa sécurité avec sa qualité de vie, son autonomie et sa liberté. Pour ce faire, il importe de considérer les éléments suivants.
 - Sans renoncer à la sécurité, reconnaître les effets positifs du risque et relativiser par rapport aux risques qui seraient présents si la personne était à domicile.
 - Suivre les étapes de gestion des risques : évaluer le contexte, analyser le risque, consulter les parties prenantes, les informer des risques en permettant le dialogue, prendre une décision, la mettre en œuvre et en assurer le suivi.
 - Sensibiliser les proches aux risques inhérents à la vie en centre d'hébergement.
 - Tenir compte du niveau d'intervention médicale du résident.
 - Dans les situations qui concernent l'ensemble des résidents, adopter des solutions qui visent à atténuer les risques plutôt qu'à les éliminer complètement.

Approche centrée sur la personne

- ▶ Cette approche repose sur la connaissance et le respect des valeurs et préférences des résidents. Pour connaître leurs valeurs et préférences :
 - encourager les résidents à exprimer leurs volontés ;
 - utiliser des outils d'évaluation élaborés à cette fin ;
 - collaborer avec les proches ;
 - affecter le personnel de façon stable aux résidents.

Prise de décision partagée

- ▶ Cette approche collaborative préconise que les décisions relatives aux soins impliquent le résident, ses proches et l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire, et que la décision finale soit prise par le résident ou son représentant.
- ▶ Les stratégies suivantes peuvent être considérées pour promouvoir la prise de décision partagée en CHSLD.
 - S'assurer de sonder le point de vue du résident lorsque des décisions relatives à ses soins doivent être prises, et ce, même s'il a des troubles cognitifs.
 - Aider le résident à comprendre les options disponibles, à définir ses préférences, et veiller à lui laisser prendre la décision, en évitant les attitudes paternalistes.
 - Proposer des outils d'aide à la décision pour soutenir le résident et ses proches dans leur réflexion.
 - En cas de désaccord, organiser des rencontres de soutien éthique avec les différents acteurs impliqués, incluant le résident et ses proches.



TENSIONS ASSOCIÉES à la prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité

- Regroupement de clientèles semblables dans une même unité

Regroupement des clientèles semblables dans une même unité

- ▶ Les regroupements de clientèles partageant des caractéristiques semblables dans une même unité visent à réduire les enjeux de cohabitation liés à l'hétérogénéité de la clientèle en CHSLD.
- ▶ Ces regroupements se traduisent souvent par la mise en place de micromilieus adaptés qui peuvent favoriser la personnalisation et la spécialisation des soins.
- ▶ Les résidents peuvent ainsi être regroupés en fonction :
 - du diagnostic ou des capacités fonctionnelles,
 - de l'âge,
 - du style de vie,
 - des préférences linguistiques ou culturelles,
 - du degré de soutien et de protection souhaité.
- ▶ Le regroupement de clientèles semblables soulève toutefois des questions et pose certains défis. Sur le plan organisationnel, les micromilieus sont complexes à réaliser et à maintenir.
- ▶ De plus, ces initiatives peuvent contribuer à la stigmatisation de certaines clientèles, ou encore entraîner un éloignement géographique néfaste entre un résident et ses proches.



TENSIONS ASSOCIÉES aux relations interpersonnelles

- Approche de promotion de la santé et du bien-être pour tous les acteurs du milieu
- Implication et soutien des proches
- Stratégies de communication
- Assignation stable du personnel aux résidents

Approche de promotion de la santé et du bien-être pour tous les acteurs du milieu

- ▶ Cette approche consiste à créer un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être de tous, dans une perspective socio-environnementale.
- ▶ L'implication de tous les acteurs du milieu de vie est au cœur de cette approche. Son caractère participatif repose sur une vision élargie des acteurs concernés, soit : les résidents, les proches, le personnel de soins et le personnel de soutien, les médecins, les gestionnaires, les bénévoles et la communauté.
- ▶ Cette approche vise à créer un environnement inclusif qui favorise la participation des résidents, même ceux ayant des troubles cognitifs, et valorise leur autonomie en considérant leurs capacités et leurs atouts.
- ▶ Elle considère également le bien-être du personnel comme une cible d'action spécifique ayant une valeur en soi, qui contribue à la création d'un milieu de vie favorable à la santé.
- ▶ Ainsi, puisque le milieu de vie est tout autant un milieu de travail qu'un milieu de soins, il serait opportun d'envisager la conciliation de ces trois sphères.

Implication et soutien des proches

- ▶ La collaboration active entre le centre d'hébergement et les proches contribue à la qualité des soins.
- ▶ Divers moyens peuvent favoriser cette collaboration.
 - Établir un contact initial positif avec les proches, si possible avant l'admission du futur résident en CHSLD. Ce moment doit aussi permettre de préciser qui jouera le rôle de proche aidant. Cette personne pourrait être appelée à participer à la prise de décision, lorsque nécessaire.
 - Valoriser l'expertise des proches peut favoriser leur contribution au milieu de vie.

- ▶ Certaines stratégies et mesures peuvent par ailleurs aider les proches à s'impliquer et à maintenir une relation de qualité avec le résident.
 - L'aménagement de salles familiales privées, par exemple, peut contribuer à instaurer un climat invitant.
 - La sensibilisation, l'information et la formation sur divers sujets, tels que les SCPD, les mesures de contention, les services disponibles et les droits des proches aidants.
 - Des services psychologiques et psychosociaux peuvent atténuer la culpabilité ou le stress des proches, ou améliorer leur qualité de vie. Ce soutien peut notamment faciliter le processus de deuil lorsqu'un résident est en fin de vie ou lors de son décès.
- ▶ Les interventions de soutien destinées aux proches aidants, qui allient des stratégies de soutien informationnel et des stratégies de soutien émotionnel, sont particulièrement prometteuses.

Stratégies de communication

- ▶ Une bonne communication entre les résidents, le personnel et les proches peut favoriser la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie.
- ▶ Des stratégies de communication axées sur l'écoute, le respect et la transparence peuvent ainsi contribuer à apaiser les tensions interpersonnelles.
 - **Pour faciliter la communication avec le résident**, le personnel :
 - fait preuve d'une écoute attentive, sans jugement ni interprétation hâtive, tout en laissant au résident suffisamment de temps pour réagir et s'exprimer ;
 - crée un lien significatif à partir des intérêts du résident, afin de faciliter les interactions ;
 - entretient une relation empreinte de respect, qui peut s'exprimer verbalement (p. ex. : démontrer de l'intérêt pour le résident et ses proches) ou non verbalement (p. ex. : par de la douceur lors des soins) ;
 - n'exclut pas la proximité relationnelle, tout en respectant certaines balises.
 - **Pour faciliter la communication avec les proches**, le personnel :
 - adopte une attitude accueillante envers les proches et évite que ceux-ci se sentent responsables des soins ;
 - discute ouvertement avec les proches, dès l'admission du résident, afin de préciser les rôles et les attentes respectifs ;
 - communique fréquemment et de manière transparente avec les proches, afin de les tenir informés, mais aussi de leur expliquer les motifs justifiant certaines décisions.
 - **Pour faciliter la communication entre le personnel, le résident et les proches** :
 - de la formation sur la diversité culturelle à l'intention du personnel, des proches et même des résidents, lorsque c'est possible, pourrait atténuer les tensions interculturelles.

Assignment stable du personnel aux résidents

- ▶ Le fait d'être toujours affecté aux mêmes résidents permet au personnel de mieux les connaître et de bâtir avec eux une relation de confiance. Il peut toutefois être difficile de maintenir, en tout temps, une affectation stable du personnel en raison de la pénurie de main-d'œuvre.
- ▶ Voici quelques moyens qui peuvent contribuer à une affectation stable du personnel aux résidents :
 - déterminer les affectations en collaboration avec le personnel de soins ;
 - assurer une charge de travail équitable entre les membres du personnel, en tenant compte des aspects physique et relationnel du travail ;
 - ajuster les affectations en cas de difficultés, ou en fonction des changements de résidents ou de leur condition ;
 - prévoir, autant que possible, des remplaçants stables en cas d'absence de l'employé habituel ;
 - porter une attention particulière au deuil que peut vivre un employé lors du décès d'un résident auquel il était très attaché.
- ▶ En plus du personnel de soins affecté à un résident, un intervenant accompagnateur, soit un membre du personnel, peut être désigné comme principal interlocuteur auprès du résident et de sa famille.



TENSIONS ASSOCIÉES
à l'organisation
des soins et services

- Personnel en quantité suffisante
- Routines de travail flexibles
- Redéfinition des rôles et tâches des divers intervenants
- Communication d'information clinique et organisationnelle

Personnel en quantité suffisante

- ▶ La présence de personnel en quantité suffisante demeure une condition préalable de la réussite de plusieurs autres moyens potentiels proposés.
- ▶ Diverses stratégies d'attraction, de rétention, de valorisation et de reconnaissance du personnel peuvent être mises en place pour s'assurer d'avoir suffisamment d'employés.
 - **Stratégies d'attraction du personnel :**
 - valoriser l'image du travail en soins de longue durée auprès du public et des étudiants; à cet égard, le recrutement de stagiaires peut être une bonne stratégie;
 - octroyer des bourses de formation pour stimuler l'embauche de préposés aux bénéficiaires;
 - améliorer les conditions de travail, incluant la rémunération et d'autres avantages comme l'aménagement du temps de travail;
 - recruter de la main-d'œuvre dans des sphères sociales non traditionnelles ou à l'extérieur de la province.

– Stratégies de rétention du personnel :

- miser sur le soutien entre collègues de même que sur le soutien de la part du superviseur; pour aider ces derniers à jouer activement leur rôle, de la formation ainsi que du soutien (p. ex. : mentorat, *coaching*) peuvent leur être offerts;
- faire preuve de reconnaissance et valoriser le personnel;
- offrir une formation sur les stratégies pour prendre soin de soi en tant qu'intervenant;
- mettre sur pied une équipe stable dédiée à l'évaluation des besoins du personnel et à la mise en place de stratégies de rétention qui correspondent à ces besoins.

Routines de travail flexibles

- ▶ La flexibilité de la routine de travail, selon les préférences du résident, constitue un élément clé pour respecter ses valeurs et son identité.
- ▶ Divers moyens peuvent favoriser une telle flexibilité.
 - Discuter avec le résident, ou ses proches, de ses préférences quant à sa routine.
 - Lorsque ces préférences ne peuvent être exprimées clairement, l'observation du rythme naturel du résident peut guider le personnel dans l'individualisation des routines.
 - Assurer une bonne communication avec l'équipe de soins au sujet de la routine préférée de chaque résident.
 - Éviter de mentionner aux résidents que le temps manque et qu'il faut se dépêcher contribue à rendre l'expérience de soins plus positive. L'expression « *slow caring* » est parfois utilisée pour décrire cette attitude calme et attentive du personnel qui permet de respecter la dignité et le rythme des résidents.
 - L'*empowerment* du personnel de soins dans l'élaboration des plans de travail peut faciliter l'individualisation des routines.
 - Le travail d'équipe peut favoriser la flexibilité des routines en permettant au personnel de s'entraider en période de pointe.
 - Une approche réflexive permet de prendre du recul par rapport aux routines établies, de remettre en question la nécessité de chacune des tâches prévues et de tolérer des écarts au plan de travail, ce qui contribue à gérer les résistances de certains résidents et à faire face aux imprévus.
- ▶ Le respect des préférences et du rythme individuel des résidents n'est pas toujours simple en raison de diverses contraintes logistiques ou organisationnelles. Toutefois, en concentrant les efforts en ce sens, le personnel économise, à terme, temps et ressources. En effet, on peut s'attendre à une meilleure collaboration aux soins de la part d'un résident qui se réveille lorsqu'il se sent prêt, et qui peut manger lorsqu'il a faim.

Redéfinition des rôles et des tâches des divers intervenants

- ▶ Cette stratégie vise l'utilisation optimale des compétences du personnel, en tenant compte des besoins de l'organisation, de la disponibilité et des aptitudes des intervenants de différentes disciplines.
- ▶ Globalement, ce moyen implique d'analyser et de reconsidérer les rôles de chaque membre de l'équipe et de redéfinir les zones de collaboration et le partage des tâches. Cette redéfinition peut prendre différentes formes.
 - **La substitution de rôles** permet à certains membres du personnel d'effectuer des tâches traditionnellement confiées à des intervenants plus spécialisés, afin que ceux-ci puissent se concentrer sur des tâches plus complexes.
 - **La délégation de rôles** consiste à transférer officiellement certaines tâches d'une profession à une autre. Elle s'accompagne souvent de formations pour permettre aux intervenants d'acquérir les compétences requises. Au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées en sont un bon exemple.
 - **L'élargissement des rôles** consiste à ajouter des tâches non spécialisées, afin de favoriser la continuité relationnelle tout en augmentant la stabilité du personnel auprès des résidents. Dans les petits établissements de style domiciliaire, on observe souvent une plus grande polyvalence du personnel de soins. Ce dernier peut ainsi participer à la fois aux soins d'assistance, à la cuisine et à l'entretien ménager.
 - **La spécialisation des rôles** consiste à embaucher ou à former du personnel ayant des compétences spécialisées. Son expertise lui permet de développer une pratique de pointe qui vient répondre à des besoins précis.
- ▶ Pour favoriser le succès de telles initiatives, il demeure indispensable de prendre en considération les facteurs organisationnels et contextuels, comme les aspects législatif et déontologique, les programmes de formation destinés aux intervenants ainsi que l'évolution des besoins de la clientèle.

Communication de l'information clinique et organisationnelle

- ▶ La communication de l'information clinique relative à chaque résident est essentielle pour offrir des soins et des services de qualité, de manière concertée et efficace.
- ▶ La mise en place de protocoles de communication structurée peut faciliter la transmission des informations cliniques aux membres de l'équipe interdisciplinaire. De même, le recours à des outils technologiques, tels que le dossier patient électronique, contribue à la continuité informationnelle.
- ▶ Des moyens plus simples peuvent aussi être utilisés pour s'assurer que les informations clés concernant les résidents sont communiquées de manière rapide et efficace aux équipes de travail. Ainsi, l'utilisation de pictogrammes, le chevauchement des quarts de travail et les rencontres d'équipes peuvent faciliter le partage de l'information clinique. Les moyens de communication choisis doivent toutefois demeurer discrets pour éviter que le milieu de vie ait une apparence institutionnelle.
- ▶ Les gestionnaires peuvent par ailleurs employer diverses stratégies pour communiquer l'information de nature organisationnelle. Il importe de bien préciser les objectifs de communication, puis d'adapter les stratégies en fonction des objectifs visés et de leur complexité (p. ex. : pour transmettre des informations générales ou réagir en situation d'urgence). Des rencontres individuelles ou de groupe, l'envoi d'un courriel ou le recours à un babillard sont des stratégies de communication utiles pour transmettre de l'information organisationnelle.

MOYENS LIÉS À PLUS D'UN TYPE DE TENSIONS

- Réflexion et soutien éthique
- Rehaussement des compétences du personnel
- Gestion du changement

Réflexion et soutien éthiques

- ▶ La réflexion et le soutien éthiques peuvent aider à prévenir ou à gérer de nombreuses tensions entre le milieu de soins et le milieu de vie. Ils peuvent en effet permettre de prendre conscience des valeurs et des perspectives en cause, et ainsi offrir des pistes de solution tout en optimisant le bien-être de tous les acteurs concernés.
- ▶ Des formations ainsi que de la réflexion guidée peuvent stimuler la capacité réflexive et le raisonnement éthique chez les intervenants en leur permettant, notamment, d'acquérir des stratégies de résolution de problèmes et de gestion des émotions.
- ▶ Différents moyens peuvent être mis de l'avant afin d'encourager et de soutenir les discussions éthiques, dont : la consultation de comités d'éthique clinique, la réalisation d'activités de jeux de rôle, la tenue de réunions statutaires sur l'éthique, etc.
- ▶ Les rencontres de soutien éthique sont utiles pour permettre à tous les acteurs de faire valoir leur point de vue lorsque surviennent des situations de tension relatives à une décision clinique. Les résidents et les proches sont invités à participer davantage à de telles rencontres.

Rehaussement des compétences du personnel

- ▶ Pour faire face aux besoins de plus en plus complexes des résidents, la formation en cours d'emploi contribue à rehausser les compétences du personnel.
- ▶ En début d'emploi comme en continu, le soutien par les pairs, que ce soit sous la forme de mentorat ou de *coaching* par du personnel expérimenté, permet aussi au personnel d'acquérir ou d'améliorer des aptitudes liées au savoir, au savoir-faire et au savoir-être. De même, des espaces d'échange entre les intervenants ou des communautés de pratique favorisent le soutien par les pairs.
- ▶ Le « mentorat inversé » est une nouvelle forme de mentorat, qui permet à des employés moins expérimentés de mettre à profit leurs connaissances (p. ex. : technologiques ou scientifiques) pour aider des employés plus expérimentés à se tenir à jour et pour apporter de nouvelles perspectives sur la pratique.
- ▶ Une attitude réflexive permet aux intervenants de prendre conscience des compétences qu'ils ont à développer et de cibler les moyens d'y parvenir.
- ▶ La collaboration à des projets de recherche peut aussi être envisagée pour acquérir et développer des connaissances.

Gestion du changement

- ▶ Dans une optique d'amélioration continue de la qualité, la gestion du changement permet de modifier les pratiques actuelles et d'en introduire de nouvelles.
- ▶ Afin de tenir compte de l'importance de la dimension humaine :
 - les changements devraient être faits dans le respect de tous les acteurs impliqués ;
 - l'ensemble des étapes, de la planification du changement à l'évaluation des résultats, devraient être réalisées de manière participative.
- ▶ Avant de planifier ou d'instaurer des changements en centre d'hébergement, il faudrait :
 - évaluer la capacité de l'établissement ou de l'unité à s'adapter à de nouvelles pratiques à ce moment précis ;
 - doser les changements en ciblant des objectifs réalistes et d'envergure limitée ;
 - se baser sur les besoins des résidents pour établir l'ordre de priorité des changements à mettre en place ;
 - observer attentivement la situation actuelle pour bien définir l'objectif et envisager des moyens d'amélioration possibles.

- ▶ L'utilisation de théories ou de modèles logiques peut contribuer à bien planifier le changement.
- ▶ Le soutien organisationnel est important lors de la mise en œuvre d'un changement. Ce soutien peut prendre diverses formes, dont :
 - la présence de personnes ressources à l'interne ou de consultants externes ;
 - la présence de « champions » désignés pour leur leadership et leur adhésion à la nouvelle pratique ;
 - le rehaussement des ressources pour permettre l'intégration graduelle du changement aux routines de travail.
- ▶ L'évaluation des résultats engendrés par le changement est préconisée. Pour ne pas alourdir l'évaluation, il est préférable de s'en tenir à un nombre limité d'indicateurs de suivi.
- ▶ Le fait de consigner et de mettre en valeur les effets positifs du changement chez les différents acteurs concernés peut en favoriser la pérennité.

4. Évaluation de la qualité en CHSLD

L'évaluation peut être perçue comme un facteur qui accroît les tensions associées à l'organisation des soins et services. D'un autre côté, elle peut servir de levier à la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie, tout en visant l'amélioration continue de leur qualité.

Démarches d'évaluation pouvant contribuer aux tensions entre le milieu de soins et le milieu de vie en CHSLD

Des instances ont déjà souligné, dans le passé, que les critères d'évaluation du milieu de vie utilisés par le MSSS pouvaient entraver la mise en place d'initiatives visant l'amélioration de la qualité de soins.

- Selon les analyses et consultations effectuées par l'INESSS, les critères d'évaluation du milieu de soins et du milieu de vie utilisés par Agrément Canada et par le MSSS n'apparaissent pas incompatibles, et ils ne semblent pas contribuer significativement aux tensions entre milieu de soins et milieu de vie en CHSLD.
- Toutefois, l'application des recommandations issues de ces démarches d'évaluation pose des défis en raison de contraintes organisationnelles, telles que le manque de personnel, la surcharge de travail des gestionnaires et l'arrimage entre les différentes directions des CISSS et CIUSSS (notamment l'équipe de prévention des infections et la direction des services techniques et immobiliers).

Le partenariat interdirections au sein des CISSS et CIUSSS peut aider à trouver des solutions axées sur la gestion de risques, ce qui permet de répondre aux recommandations des instances évaluatives, et ce, dans le respect de l'approche « milieu de vie ».

Stratégies d'évaluation pouvant contribuer à la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en CHSLD

Quel que soit l'objet de l'évaluation, des divergences existent parfois entre ce qui est mesuré et ce qui est réellement vécu en centre d'hébergement.

Les stratégies d'évaluation suivantes peuvent contribuer à la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en CHSLD :

- utiliser des outils et des indicateurs portant sur la mise en œuvre des moyens potentiels pour favoriser la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie (voir Tableau 10, p. 87 du rapport) ;
- utiliser des indicateurs de résultats de santé « rapportés par le patient » (*patient-reported outcome measures*) ;
- évaluer la qualité de vie des résidents ;
- évaluer la perception des résidents et de leurs proches quant aux soins et services offerts.

En raison des limites des divers indicateurs et des questionnaires pour bien capter la réalité vécue en centre d'hébergement, les évaluations devraient être réalisées en continu, et en mettant en commun les points de vue de diverses parties prenantes. Une analyse globale et intégrée des indicateurs sélectionnés serait aussi à privilégier.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS. Cet outil de transfert de connaissances résume les principaux constats de l'état des pratiques intitulé *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée* (CHSLD), publié en septembre 2020. Ces deux documents peuvent être consultés dans la section [Publications](#) du site inesss.qc.ca.

Équipe de production scientifique du Repères

Auteures principales

Isabelle David, M. Sc.
Marie-Hélène Raymond, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe intérimaire à la direction

Sylvie Valade, M.O.A., M.A.P.

Directrice intérimaire, Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

Lyne Jobin, M. Ps.

Professionnelle scientifique en transfert de connaissances

Carole-Line Nadeau, M.A.

Design graphique

Patsy Hayes

Coordonnatrice scientifique en transfert de connaissances

Renée Latulippe, M.A