

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Orientations
ministérielles



Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Orientations ministérielles

Octobre 2003



Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-41616-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à la participation exceptionnelle des personnes impliquées au sein du comité consultatif. Leurs connaissances théoriques des phénomènes reliés au vieillissement, leur préoccupation constante et engagée d'offrir aux personnes âgées un milieu de vie de qualité, leur attitude respectueuse et humaniste envers nos aînés nous ont permis d'asseoir une réflexion commune permettant de mieux répondre aux besoins des personnes âgées hébergées.

REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS DU MSSS

Madame Josée Cliche, agente de recherche et Marie-Blanche Rémillard Direction générale des services à la population Service aux personnes âgées	Monsieur Hassen Labidi, architecte Direction des investissements et partenariat
	Chantal Saucier, architecte Direction des investissements et partenariat

REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS DES ASSOCIATIONS

Monsieur Léon Lafleur, directeur général CHSLD Centre-Ville de Montréal Madame Anne-Marie Cloutier, conseillère en hébergement Association des CLSC et des CHSLD	Madame Diane Goulet, chef des unités de vie CH-CHSLD de Papineau Pavillon du centre d'accueil
Madame Marie-Claude Ouellet, directrice générale Association des CLSC et des CHSLD CLSC-CHSLD de la MRC de l'Islet	Madame Nathalie Ross, directrice générale Monsieur Daniel Blanchard, président de la Maison Claire Daniel Fédération québécoise des sociétés Alzheimer
Madame Lise Raymond, directrice générale Association des centres d'accueil privés autofinancés inc. (ACAPA)	Madame Gloria Hamel, coordonnatrice clinico-administrative Groupe Champlain
Madame Jocelyne Dufour, conseillère Madame Lucie Labbé, conseillère Association des hôpitaux du Québec	Madame Jacqueline Francœur, infirmière-chef Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke Pavillon d'Youville
Monsieur Daniel Gagnon, agent de recherche Conseil des aînés	Madame Louise Normandeau, agente de programmation et de recherche Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Madame Céline Drolet, architecte Corporation d'hébergement du Québec	Madame Suzanne Lord, architecte Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Madame Marie-Hélène Tétreault Corporation d'hébergement du Québec	Madame Colette Laganière, adjointe à la direction générale CHSLD Dollard-des-Ormeaux
Madame Catherine Brassard, gériopsychiatre Centre hospitalier Robert-Giffard Pavillon Roy-Rousseau	
Madame Evelyn Keller, gériopsychiatre Centre hospitalier Robert-Giffard Pavillon Roy-Rousseau	

Dans un souci constant de toujours mieux répondre et de s'adapter aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en CHSLD, le ministère de la Santé et des Services sociaux a pris la décision, de concert avec les régions régionales et les établissements du réseau, de présenter des orientations sur la philosophie et les pratiques devant prévaloir en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Il vise ainsi à déterminer les fondements de l'approche globale devant prévaloir en hébergement de longue durée et en convenir avec les autres instances concernées par cette gestion. Ces orientations constituent la base d'une vision commune sur lesquelles s'orchestreront les modalités organisationnelles et opérationnelles.

Ce document s'inscrit dans une démarche plus large à l'intérieur de laquelle d'autres travaux seront effectués, qui permettront de préciser les différentes composantes de l'environnement actuel ou futur des milieux d'hébergement, tant au regard de l'évolution des pratiques et des solutions de remplacement à l'institutionnalisation (comme l'hébergement temporaire offrant du répit ou assurant la convalescence) qu'en matière d'aménagement.

Ce document se veut un outil unificateur et mobilisateur offrant à l'ensemble des établissements engagés dans la prestation de services d'hébergement et de soins de longue durée une vision globale d'une organisation de soins et de services axés sur la qualité de vie et le bien-être des résidents et intégrés à la gamme des services destinés aux adultes présentant des incapacités, principalement les personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour les personnes résidant en hébergement de longue durée, le centre d'hébergement représente un milieu de vie substitut, le nouveau domicile au sein duquel elles poursuivent leur cheminement de vie. Afin de contrer les effets pervers de l'institutionnalisation, il devient impératif de combattre la dépersonnalisation souvent associée à des horaires rigides et à l'environnement physique non stimulant du milieu institutionnel traditionnel en promouvant la création d'un environnement favorable à répondre le mieux possible aux besoins des résidents. Il est essentiel de créer un milieu de vie dans lequel des services et des soins de qualité seront dispensés, en partant des besoins, des goûts, des habitudes et des valeurs des personnes et de leur famille.

Ces considérations rendent par conséquent indissociables les concepts de qualité de vie et de qualité des interventions, d'où l'importance toute particulière que l'on se doit d'accorder aux facteurs psychosociaux dans la prestation de soins et services à une clientèle en lourde perte d'autonomie.

Les résidents, la famille, les proches, les intervenants et gestionnaires deviennent dès lors les acteurs incontournables et complémentaires d'un milieu de vie de qualité, milieu qui ne peut par ailleurs être dissocié de la qualité des liens sociaux et affectifs qui se tissent et de l'environnement physique qui doit être adapté.

La capacité des établissements à remplir adéquatement leur mission est d'autant facilitée par l'existence dans le territoire et dans la région d'un réseau de services intégrés à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie. La mise en place de tels réseaux permet aux partenaires de se reconnaître une responsabilité collective à l'égard de la clientèle, mais aussi de mieux définir leurs zones respectives d'intervention, dans le respect de leur mission. La possibilité d'offrir un véritable milieu de vie substitut à ces personnes est conditionnelle à l'accomplissement des rôles différents et complémentaires exercés par les autres partenaires ou établissements du réseau. Le choix des clientèles visées et des services dispensés doit donc s'inscrire dans le respect du caractère unique et de la mission du milieu de vie substitut.

À ce titre, les milieux d'hébergement et de soins de longue durée offrent la gamme de services généralement offerts sur une base locale et en complémentarité aux autres services de base (santé et psychosociaux courants, soutien à domicile) ainsi qu'aux services spécialisés, ce qui suppose un décloisonnement et une continuité propres à un réseau de services intégrés.

Le présent document vise à inscrire les CHSLD dans une démarche d'amélioration de la qualité et veut soutenir les établissements dotés d'une mission d'hébergement et de soins de longue durée et les régies régionales dans la réalisation de leurs mandats. Par ailleurs, les principes qui y sont énoncés peuvent trouver application dans tout le réseau de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, dans un esprit de continuité des services, soit à domicile, dans les centres hospitaliers ainsi que dans les ressources d'hébergement (RI – RTF).

Pour ce faire sont précisés :

- les objectifs poursuivis par ces milieux de vie ;
- les caractéristiques et les besoins des personnes qui y vivent ;
- les principes généraux à respecter ;
- la philosophie d'accompagnement et d'intervention devant être privilégiée ;
- les fondements organisationnels devant prévaloir ;
- les exigences à respecter en matière d'environnement physique.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. LES ASSISES	1
1.1 Les Assises légales.....	1
1.2 Politique et orientations.....	2
2. PRINCIPES DIRECTEURS	3
3. LES PERSONNES REQUÉRANT DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	5
3.1 Les caractéristiques des personnes hébergées.....	6
3.2 Les besoins des personnes hébergées.....	9
4. OBJECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES D'UNE INTERVENTION DE QUALITÉ	10
4.1 Objectifs généraux d'intervention.....	10
4.2 Une intervention de qualité.....	10
4.3 L'approche centrée sur la personne	11
5. INTÉGRATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HÉBERGÉE DANS SON NOUVEAU MILIEU DE VIE	12
5.1 Modalités d'accueil.....	12
5.2 Évaluation globale et continue.....	13
5.3 Plan d'intervention	13
6. L'OFFRE ET LA PRESTATION DE SERVICES	14
7. MODALITÉS D'APPLICATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES	15
7.1 Pratiques d'intervention.....	15
7.2 Pratiques de gestion.....	19
7.3 L'organisation physique des lieux.....	20
CONCLUSION	24

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, l'organisation des services de santé et des services sociaux s'est transformée de façon à privilégier autant que possible la prestation de soins et de services à domicile et dans la communauté. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, cela se traduit par la mise en place de tous les moyens possibles pour leur permettre de vivre le plus longtemps possible à domicile. C'est grâce notamment au développement et à la consolidation de réseaux de services intégrés et du virage ambulatoire que les personnes âgées peuvent et pourront demeurer dans leur milieu. La présence de nombreux intervenants du réseau et de collaborateurs de la communauté vise à leur assurer un bien-être physique, mental et social dans leur environnement naturel.

Peuvent donc se retrouver à domicile des personnes âgées dont l'état de santé est à risque, mais qui possèdent des ressources aptes à répondre à ses besoins. C'est lorsqu'il y a une incapacité de maintien dans le milieu naturel, ou dans les ressources plus légères ou non institutionnelles, malgré le soutien de l'entourage et l'accès à des services de maintien à domicile, que l'hébergement en milieu de vie substitut devient incontournable.

La possibilité de dispenser de plus en plus de services à domicile et dans la communauté et d'assurer plus longtemps le soutien des personnes en perte d'autonomie dans leur milieu de vie naturel a modifié les caractéristiques et les besoins de la clientèle admise en hébergement de longue durée. De façon générale, les personnes passent moins de temps en hébergement qu'auparavant. Un nombre de plus en plus important de personnes y terminent leur vie. Elles requièrent un niveau plus élevé de soins pendant toute la durée de leur séjour. En conséquence, l'augmentation du nombre d'admissions et de départs nécessite de la part du personnel intervenant une prestation de soins et de services souple, une adaptation constante et des connaissances géro-geriatriques relatives à cette clientèle.

Bref, l'hébergement en milieu de vie substitut institutionnel est de plus en plus réservé aux personnes qui présentent des pathologies complexes, des incapacités motrices et sensorielles importantes souvent associées à des problèmes d'ordre cognitif majeurs, mais cet hébergement institutionnel demeure malgré tout le lieu de résidence au sein duquel il fait bon vivre.

Ainsi, selon la mission des CHSLD telle que contenue dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ceux-ci doivent offrir aux personnes qu'ils hébergent :

- « **des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux** » de plus en plus diversifiés et spécialisés ;
- « **des services d'assistance, de soutien et de surveillance** » dont l'intensité ne cesse de croître ;
- « **des services d'hébergement** » adaptés, qui puissent soutenir l'offre de services de qualité ;
- « **un milieu de vie substitut** » qui revêt les caractéristiques propres à un milieu de vie de qualité.

1. LES ASSISES

Le cadre de référence s'inspire et respecte l'environnement légal et politique ainsi que les orientations ministérielles qui influencent l'utilisation d'une approche visant la création de milieux de vie de qualité qui répondent aux besoins des résidents.

1.1 Les assises légales

► La Loi sur les services de santé et les services sociaux

– L'article 83 de la loi, qui définit la mission des CHSLD :

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

Évaluation des besoins :

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ».

– L'article 89 sur la désignation d'instituts universitaires :

Cette loi a présidé à la création et à la mise sur pied de deux instituts universitaires spécialisés en gériatrie et en gérontologie. Ces instituts universitaires ont pour rôle particulier de participer à la construction et au développement des savoirs dans les champs disciplinaires de la géronto-gériatrie, de contribuer activement à rendre accessibles les connaissances développées et à favoriser la mise en œuvre des savoirs.

– L'article 3, qui définit les grands principes légaux à respecter lors de la prestation de tout service, à savoir :

- La raison d'être des services est la personne qui les requiert.
- Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit.
- L'utilisateur doit participer autant que possible, aux soins et services le concernant.
- Dans toute intervention, l'utilisateur doit être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins.

- L'utilisateur doit recevoir l'information de manière à pouvoir utiliser les services de façon judicieuse.
- L'article 5 sur le droit aux services :

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée ».
- L'article 102 sur le plan d'intervention :
 - L'établissement doit élaborer un plan d'intervention ;
 - Le plan d'intervention doit identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services fournis.
- L'article 10 sur la participation de la personne au plan d'intervention :

« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.
Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.
Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans ».

▶ **La Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., C-12**

- L'article 1 sur le droit à la vie :

« Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ».
- L'article 4 sur la sauvegarde de la dignité :

« Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation ».

▶ **Le Code civil**

- L'article 10 sur l'Inviolabilité de la personne :

« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ».

1.2 Politique et orientations

▶ **La Politique de la santé et du bien-être, qui rappelle l'importance :**

- de favoriser le renforcement du potentiel des personnes ;

- de soutenir les milieux de vie et de développer des environnements sains et sécuritaires ;
 - d’améliorer les conditions de vie.
- ▶ **Les orientations ministérielles relatives aux diverses clientèles susceptibles d’avoir recours aux services d’hébergement et aux soins de longue durée, qui situent l’ensemble des actions qui doivent être entreprises pour adapter les services aux besoins des personnes les requérant :**
- les personnes hébergées et l’utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques (2002) ;
 - les personnes âgées en perte d’autonomie (2001) ;
 - les personnes vivant avec une déficience intellectuelle (2001) ;
 - les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants (1998) ;
 - les personnes ayant une déficience physique (1995).

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs guident les choix organisationnels en matière de gestion, d’intervention et d’aménagement et orientent les modalités de prestation des soins et services aux personnes hébergées dans des centres privés ou publics.

- ▶ **Les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d’organisation, d’intervention et d’aménagement**

Il appartient à l’établissement d’adapter son action et les moyens dont il dispose aux caractéristiques et aux besoins évolutifs des clientèles qui constituent sa raison d’être et auxquels toutes les autres préoccupations doivent être subordonnées. Ainsi, des conjoints âgés ne pourront être séparés, en raison de règles administratives. À cet effet, les chartes des droits, codes de déontologie et autres protocoles doivent être utilisés comme guides et points de référence pour la prise de décision.

- ▶ **L’établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle**

L’accent mis sur les capacités des personnes et sur la recherche de moyens humains et techniques de les optimiser doit transparaître dans toute décision relative à l’intervention, à la programmation et à l’aménagement. Les effets recherchés sont le maintien et le renforcement des fonctions mentales supérieures et de l’autonomie fonctionnelle. Les intervenants doivent donc, dans leurs champs d’exercice respectifs, privilégier l’approche qui insiste sur l’importance d’accompagner la personne en stimulant et soutenant ses capacités ainsi qu’en lui procurant au besoin les moyens de suppléer à ses incapacités. L’action des intervenants est centrée sur le potentiel, les forces et la capacité de la clientèle à vivre et à s’ajuster aux événements de la vie quotidienne.

▶ **La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie**

Les préoccupations relatives à l'état de santé de la personne hébergée doivent s'inscrire dans une recherche globale de bien-être et de satisfaction. Les personnes hébergées sont en perte d'autonomie importante. Elles doivent être accompagnées par des intervenants compétents qui travaillent en interdisciplinarité et qui dispensent des soins et services appropriés aux différentes manifestations de la vieillesse, de la maladie et de la perte d'autonomie. Les soins doivent être dispensés de façon à s'intégrer à une approche caractérisant un milieu de vie.

▶ **L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision**

L'implication des proches doit être favorisée dès l'admission, car le maintien des contacts avec le réseau naturel et une meilleure connaissance de la personne admise peuvent être déterminants dans le processus d'adaptation du résident à son nouveau milieu de vie et dans son processus d'intégration et de socialisation tout au long de son séjour.

▶ **La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité**

C'est lorsqu'elle ne peut plus vivre dans son milieu naturel que la personne adulte en perte d'autonomie a recours à un centre d'hébergement qui devient son nouveau domicile et, généralement, son dernier chez-soi. Elle doit donc y trouver un milieu de vie stable et familial, significatif et aidant, où il fait bon vivre. Elle doit se sentir intégrée à la vie de la communauté, selon les ressources et les possibilités, et continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure.

▶ **Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination**

Le respect de ces principes contribue à prévenir les phénomènes souvent associés aux milieux résidentiels collectifs, soit la dépersonnalisation, l'infantilisation et l'abus de pouvoir. On augmente ainsi la possibilité que soit offert à la personne hébergée un milieu épanouissant et chaleureux. Le milieu doit reconnaître la diversité des êtres humains, leur richesse et leurs particularités. Le point de vue de la personne hébergée a la primauté, cette dernière (ou, le cas échéant, son représentant) décide des choses la concernant et, pour ce faire, elle est soutenue et guidée. Sentant qu'elle est importante et qu'elle a une valeur personnelle, quelle que soit sa condition physique, cognitive ou mentale, elle conserve plus longtemps le goût et la volonté de se réaliser et de vivre pleinement.

► **L'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs**

La structure organisationnelle est porteuse des valeurs de l'établissement. Les principes, les pratiques, les valeurs doivent d'abord et avant tout être soutenus par un conseil d'administration et une direction qui se sont eux-mêmes appropriés ces valeurs, qui sont par la suite transmises aux personnes y intervenant. Ainsi, les personnes œuvrant dans l'établissement seront mobilisées et motivées à mieux adapter leur approche et l'organisation de leur travail.

3. LES PERSONNES REQUÉRANT DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Depuis déjà plusieurs années, la décision d'admettre une personne en milieu de vie substitut aux fins d'hébergement et de soins de longue durée découle d'une procédure d'évaluation au cours de laquelle sont prises en considération les caractéristiques de la personne, celles de son réseau de soutien de même que la gamme de ressources disponibles localement. Dans le cas où le maintien à domicile s'avère impossible, la personne est dirigée vers la ressource d'hébergement la plus appropriée.

L'outil d'évaluation multiclientèle, actuellement en processus d'implantation, deviendra l'outil commun pour l'évaluation des besoins de la clientèle et la communication de l'information la concernant dans les réseaux de services intégrés. Par ailleurs, cet outil sera complété par un système de classification des clientèles permettant de déterminer les services requis.

L'utilisation de cet outil commun constituera une façon efficace d'améliorer la gestion et l'organisation des services et surtout d'assurer la continuité des services offerts à la clientèle concernée. Cet outil permettra d'évaluer les besoins des services à domicile et des autres programmes relevant des CLSC, d'évaluer les demandes d'orientation et d'admission ainsi que de planifier les soins et services des usagers en CHSLD, peu importe qu'ils soient hébergés de façon temporaire ou permanente ou desservis en centre de jour ou en hôpital de jour. De plus, les intervenants et intervenantes des centres hospitaliers et des centres de réadaptation auront à remplir les sections pertinentes de cet outil, lorsqu'ils auront à adresser un usager à un CLSC ou à un CHSLD. Les CLSC et les CHSLD devront transmettre, s'il y a lieu, cette même information lorsqu'un usager qu'ils desservent devra être orienté vers ces milieux.

Les milieux de vie substituts relevant du réseau public et privé-conventionné d'hébergement s'inscrivent en étroite complémentarité avec les autres ressources mises en place dans la communauté (services de soutien à domicile, activités de jour, mesures de répit, résidences privées avec services pour aînés, etc.) à l'intention des mêmes clientèles. Les milieux de vie substituts comprennent aussi les ressources intermédiaires ou de type familial, qui sont des ressources non institutionnelles rattachées à un établissement public qui doit en assurer l'accès et la qualité. À ce titre, ces ressources doivent s'inscrire dans le réseau intégré de services de manière que le milieu institutionnel soit véritablement une ressource de dernier recours.

L'augmentation prévue du nombre des personnes âgées et très âgées et le maintien souhaité de la personne âgée le plus longtemps possible chez elle ou dans des ressources plus légères de sa communauté nécessitent que soient précisés les critères d'accès à l'hébergement et que la complémentarité avec les autres services offerts dans la communauté soit accentuée.

3.1 Les caractéristiques des personnes hébergées

Les personnes hébergées sont de plus en plus âgées et en grande perte d'autonomie

Analyse des données statistiques

Le nombre de lits en hébergement et soins de longue durée inscrits au permis en hébergement public et privé-conventionné, excluant les lits d'hébergement en santé mentale, s'élève, en 2002, à 42 936, dont 35 015 en hébergement public¹. L'hébergement privé non conventionné compte quant à lui 3 230 lits inscrits au permis.

Au 31 mars 2001, considérant le nombre des personnes hébergées de 65 ans et plus, excluant celles hébergées dans d'autres types de ressources du réseau public, notamment dans des établissements psychiatriques ou encore dans des ressources non institutionnelles (RI et RTF), le taux moyen d'hébergement à l'échelle provinciale était de 3,7 %. En raison des variations dans la structure par âge de la population âgée de chacune des régions, le taux provincial de 3,7 % se traduit par des variations souvent marquées entre les régions.

Les personnes hébergées présentent aujourd'hui un profil d'âge élevé. En effet, 46 % de la population hébergée est âgée de plus de 85 ans, alors que le groupe des 65-69 ans représente 5,9 % de cette population. Selon ÉQLA (2001)² le taux d'incapacité des personnes augmentent avec l'âge. Il est de 42 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 34 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et 55 % chez celles âgées de 75 ans ou plus. Soixante-douze pour cent de ces personnes sont des femmes³.

Au cours des dernières années, l'autonomie des personnes hébergées a considérablement diminué et 63 % des personnes admises et présentes en CHSLD sont en très grande perte d'autonomie.

1. Répertoire des établissements (MO2-MICRO), 8 mars 2002.

2. ISQ 2001 enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

3. Fichier sur la contribution des adultes hébergées, février 2001.

L'observation des données relatives aux admissions effectuées au fil des dernières années montre :

▶ Une évolution fulgurante des diagnostics reliés aux déficits cognitifs

Selon les études et recherches consultées, le taux de personnes âgées en hébergement affectées par une forme ou l'autre de troubles cognitifs se situe entre 60 % et 80 % selon les établissements. Au-delà des pertes de mémoire et de la désorientation dans le temps et l'espace, les personnes aux prises avec une maladie neuro-dégénérative peuvent présenter des troubles du comportement manifestés sous forme de comportements dysfonctionnels, perturbateurs et agressifs. Ce phénomène a considérablement changé le visage des milieux d'hébergement au cours des dernières années.

▶ Une multiplication des problèmes graves de santé physique, souvent concomitants

De plus en plus de personnes sont hébergées alors que leur état de santé est très détérioré. La clientèle en perte d'autonomie au moment de l'admission présente des atteintes concomitantes sur les plans physique, psychologique, social et fonctionnel. Les pathologies présentées par la clientèle nécessitent un niveau de soins plus élevé, plus complexe, qui requiert des ressources professionnelles spécialisées devant recourir parfois à de nouvelles pratiques et technologies (citons le traitement de l'insuffisance rénale par dialyse, de l'insuffisance respiratoire par l'administration d'oxygène en continu ou les précautions reliées au phénomène en émergence de la multirésistance).

Outre le diagnostic d'admission, les autres pathologies les plus souvent rencontrées sont les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, les pathologies reliées à la vision, les plaies de pression, le diabète, l'ostéoarthrite et autres pathologies reliées à la mobilité, la dénutrition et la dépression.

▶ Une augmentation des incapacités motrices, principalement des limitations à la marche et aux déplacements

Un nombre de plus en plus grand de personnes hébergées se retrouvent grabataires ou incapables de se déplacer de façon autonome, ou encore éprouvent des difficultés à la marche si grandes que leur rayon de déplacement se limite pratiquement aux abords de leur chambre.

Ces incapacités sont la conséquence, dans bien des cas, de problèmes de santé physique ou psychiques. D'autres troubles ou conditions, à plus faible incidence, entraînent cependant des incapacités très importantes et un haut degré de dépendance, tant pour ce qui est des déplacements que pour les autres activités de la vie quotidienne. Il s'agit notamment de sclérose en plaques, d'hémiplégie, de pathologies ostéoarticulaires, de séquelles d'un traumatisme ou d'une chirurgie et de démences.

► **Une augmentation des personnes âgées de 85 ans ou plus**

Selon les prévisions démographiques, et avec un taux d'hébergement demeurant stable, la population des personnes hébergées âgées de 85 ans et plus représentera, en 2005, 48 % de la population âgée hébergée et en 2010, 51 %. Or, plus une personne avance en âge, plus la perte d'autonomie s'accroît. Cette progression constante du nombre des personnes très âgées nécessite donc une adaptation à l'évolution et à la croissance des besoins associés au vieillissement.

► **Une population hébergée de moins de 65 ans présentant des incapacités de plus en plus importantes**

Une étude réalisée⁴ en 2000 dans près de soixante CHSLD de la région de Montréal hébergeant plus de 14 000 personnes démontre de façon éloquent l'existence du phénomène désigné sous le vocable d'« alourdissement » de la clientèle. Parallèlement à la croissance de la proportion de la clientèle très âgée présentant des besoins plus importants se développe la réalité des personnes de moins de 65 ans présentant elles aussi un haut degré d'incapacité. Il paraît donc impossible d'utiliser une simple relation âge et perte d'autonomie importante pour décrire l'évolution des caractéristiques de la clientèle hébergée.

Même si les personnes âgées de plus de 65 ans forment la grande majorité de la clientèle, le groupe des personnes de moins de 65 ans, relativement stable en nombre, qui représente 11 % des résidents, est un de ceux présentant la plus forte croissance de besoins au cours des dernières années. En mars 2001, on comptait 7 854 personnes de moins de 65 ans⁵. Les personnes hébergées de moins de 65 ans forment un groupe relativement restreint, extrêmement hétérogène et mal connu : personnes handicapées ayant une déficience physique ou intellectuelle, personnes atteintes de maladies généralement associées au vieillissement, de maladies dégénératives telles que la sclérose en plaques, ou, après un AVC, une tumeur cérébrale ou un traumatisme physique grave, personnes ayant des problèmes de santé mentale. Une proportion significative de ces personnes présente des atteintes cognitives dont certaines sont évolutives. Cette clientèle peut être très jeune et devoir demeurer en institution pour le reste de sa vie.

► **un certain nombre de personnes présentant des troubles graves du comportement reliés au diagnostic psychiatrique**

Les caractéristiques de ces personnes ne peuvent être assimilées à celles des personnes présentant des troubles cognitifs associées au processus de vieillissement qui sont appelées à former la majorité de la clientèle adulte hébergée. Ces personnes qui viennent en bonne partie du réseau de la psychiatrie où elles ont été suivies pendant une partie importante de leur vie ne peuvent plus demeurer dans la communauté quand les problèmes reliés au vieillissement s'ajoutent à leurs

4. *Étude et analyse de l'évolution des clientèles hébergées en CHSLD et de leurs besoins-périodes 1989 et 1999*, Regroupement des CHSLD de la région de Montréal, octobre 2000.

5. Fichier sur la contribution des adultes hébergées, mars 2001.

problèmes antérieurs. Même si elles ne constituent qu'une partie des personnes hébergées, leurs comportements perturbateurs, agressifs et parfois même dangereux peuvent perturber le fonctionnement des milieux d'hébergement.

3.2 Les besoins des personnes hébergées

*« Ce n'est pas un lit que le
CHSLD comble, c'est une
personne qu'il accueille »*

Bernard Fournelle, mars 2001

Les personnes hébergées sont aux prises avec des difficultés particulières. À cause de ces difficultés et de l'absence de moyens permettant de les maintenir dans leur milieu de vie naturel, ces personnes et leurs proches ont dû consentir à l'hébergement. Le milieu d'hébergement devra donc assurer une réponse non seulement aux besoins fondamentaux de tout être humain, mais aussi aux besoins précis qui ont conduit à l'hébergement.

► **Besoins fondamentaux**

En tant qu'être humain adulte, la personne hébergée a des besoins physiologiques (alimentation, élimination, sommeil, respiration, locomotion et hygiène corporelle, etc.) et des besoins de sécurité reliés à l'environnement physique, aux relations humaines et à l'aspect financier. Toutefois, la satisfaction de ces besoins souvent qualifiés de fondamentaux passe nécessairement par un degré d'attention, de soutien et d'accompagnement plus important que celui requis par l'ensemble des personnes en perte d'autonomie vivant dans la communauté.

Il en est de même pour les autres besoins fondamentaux, soit les besoins d'amour et d'appartenance (relations humaines, intégration à la communauté interne et externe), d'estime de soi, d'actualisation (utilisation de son plein potentiel, autodétermination, maintien d'un sens à la vie) et de reconnaissance profonde (exercice des rôles sociaux et familiaux, activités significatives, spiritualité, etc.). À ce sujet, le cadre de référence intitulé *L'organisation des services de pastorale en établissements de santé et de services sociaux*, publié par le Ministère en avril 2001, énonce la mission d'un service de pastorale et établit les grands paramètres organisationnels nécessaires à une pratique pastorale de qualité dans le respect des cultures et des différences.

► **Besoins particuliers**

Le maintien d'une qualité de vie, malgré les déficiences et les incapacités, requiert qu'on réponde aux besoins particuliers des personnes vivant en CHSLD. Ces besoins sont liés aux raisons précises qui ont conduit à l'hébergement, conséquences de ces déficiences et incapacités. Ainsi, les personnes devront recevoir des soins pertinents à leurs problèmes de santé physique (insuffisance rénale, hypertension, insuffisance cardiaque, plaies de pression, problèmes respiratoires, etc.) ainsi que des services en lien avec les situations de

fin de vie (soins palliatifs, soins de confort, accompagnement à la personne et aux proches).

De plus, la manifestation des besoins chez les personnes hébergées est susceptible de prendre une grande variété de formes selon les des pathologies et les incapacités en cause de même qu'en fonction de leur personnalité, de leur culture et de leur histoire de vie. Une connaissance approfondie des maladies, des incapacités, mais aussi des situations de vie de chacune des personnes hébergées est nécessaire pour assurer une prestation de soins et services adaptés à leurs besoins d'accompagnement et d'adaptation, notamment en ce qui a trait à la communication, à la reconnaissance des personnes, à la mémoire, à l'orientation dans le temps, l'espace et à la perception de la notion de danger.

Les personnes hébergées peuvent présenter à l'admission un ou plusieurs besoins insatisfaits. Certains d'entre eux sont susceptibles d'évoluer au cours du séjour en hébergement, alors que de nouveaux besoins pourront émerger. De façon générale, la situation de chaque personne hébergée tend à se complexifier avec le temps, ce qui contribue à développer chez elle une plus grande dépendance.

4. OBJECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES D'UNE INTERVENTION DE QUALITÉ

4.1 Objectifs généraux d'intervention

Compte tenu des besoins et principes précédemment définis, la détermination du programme doit s'établir en fonction des objectifs d'intervention suivants :

- favoriser le bien-être physique, mental et émotionnel, le développement personnel et le maintien optimal de l'autonomie de toute personne hébergée ;
- répondre aux besoins (soins et services) et attentes des personnes hébergées en adaptant leur environnement humain (personnel, famille, bénévoles) et physique.

4.2 Une intervention de qualité

Les connaissances ne cessent d'évoluer dans le domaine de la gérontologie et de la gériatrie. La compréhension des besoins des personnes âgées devient plus précise et complète, mais demeure parfois rudimentaire et insuffisante quand il s'agit par exemple des personnes très âgées (90-100 ans) et des besoins de leur famille. Les recherches se poursuivent dans plusieurs secteurs d'activité. Une intervention de qualité doit tenir compte de cette évolution constante des connaissances et s'inscrire dans un processus évolutif. À cet effet, considérant les recherches, études, réflexions et diverses expériences menées afin de définir ce qu'un milieu d'hébergement doit offrir à ses résidents pour constituer un milieu de vie de qualité, l'intervention en CHSLD doit se traduire par une approche qui soit globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire⁶.

6. *Vigie Santé 1990 modifié.*

Ces critères concernant l'approche à privilégier cherchent à circonscrire les balises des interventions devant convenir à toute clientèle hébergée en CHSLD. Ainsi, toute approche doit être soutenue par la philosophie d'intervention basée sur les principes retenus dans ce document, c'est-à-dire qu'elle doit reconnaître le potentiel de la personne, promouvoir son autonomie fonctionnelle, revoir les habitudes organisationnelles, etc. Par ailleurs, considérant le caractère particulier des clientèles actuelles hébergées en CHSLD, un programme propre à chacune d'elles sera à développer.

4.3 L'approche centrée sur la personne

– Globale

La personne hébergée est considérée dans sa totalité spirituelle et biologique, de même que dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. En tant qu'être global, ses besoins sont reconnus indissociables les uns des autres.

– Personnalisée

La personne hébergée est accompagnée dans son cheminement par des intervenants qui la respectent dans ses droits fondamentaux, dans son intégrité, ses choix et ses habitudes de vie. Ainsi, les activités quotidiennes doivent être en lien avec les habitudes de vie antérieures du résident, son rythme et son mode d'expression. Ses capacités devront être respectées et son intégration aux espaces de vie s'effectuer selon ses capacités et ses besoins.

– Adaptée

Les besoins particuliers de chacune des clientèles hébergées sont reconnus et des conditions favorables sont mises en place dans le but de répondre le plus adéquatement possible à ces besoins.

– Positive

L'accent est plutôt mis sur les capacités et les forces de la personne résidente et sur la valorisation de son potentiel personnel. L'intervention favorise la stimulation intellectuelle, affective et sociale et celle des capacités physiques encore présentes chez la personne.

– Participative

Le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches est reconnu comme important et facilité par des actions sur les plans de l'organisation, des modes d'intervention et de l'aménagement et leur implication est sollicitée dans les prises de décisions. Par ailleurs, lorsqu'une personne est lucide, elle seule a le pouvoir de décider d'impliquer ou non sa famille.

– Interdisciplinaire

Le processus de résolution des problèmes est axé sur la participation active des membres de l'équipe à toutes les étapes de l'élaboration du plan d'intervention. Le travail en équipe interdisciplinaire favorise une approche globale, permet une compréhension intégrée de la personne et met à profit des savoirs qui, autrement, seraient fragmentés.

5. INTÉGRATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HÉBERGÉE DANS SON NOUVEAU MILIEU DE VIE

5.1 Modalités d'accueil

Les établissements doivent développer un processus structuré couvrant les périodes de préadmission et d'admission ainsi qu'un processus structuré guidant l'accompagnement durant toute la durée du séjour du résident, incluant son départ ou son décès, notamment, le soutien à offrir aux familles pendant la fin de vie et de deuil et la gestion des biens après le décès.

Avant que l'admission soit finalisée, le dossier administratif, médical et psychosocial doit être complété de façon qu'à son arrivée, le temps soit consacré à l'accueil de la personne et à son accompagnement.

La personnalisation des interventions commence dès la préadmission et sera déterminante dans le processus d'adaptation du résident à son nouveau milieu. L'assignation d'un intervenant comme personne référence permettra cette personnalisation. L'implication des proches doit être favorisée afin de maintenir une continuité avec le réseau naturel.

Les services et les soins que doit recevoir chaque personne admise doivent être clairement définis et le consentement du Curateur public, lorsque requis, doit être obtenu, de la personne ou de son représentant.

Les mécanismes régionaux ou locaux d'admission devraient faciliter ce processus par le traitement rapide des demandes d'hébergement et le suivi rigoureux des places disponibles. Cette vigilance dans le traitement de chacune des demandes nécessite une bonne connaissance des profils des personnes en attente d'hébergement sur une base locale ou régionale. Chaque établissement aura accès, dans un délai raisonnable, au dossier du résident.

Lorsque la personne admise provient d'un centre hospitalier, une procédure doit être établie concernant le transfert d'informations du centre hospitalier au CHSLD, afin que les informations soient accessibles au personnel avant l'arrivée de la personne transférée. Le personnel doit prendre les mesures nécessaires pour recevoir la personne dans les conditions optimales de soins requises par son état de santé et pour que le niveau de soins soit maintenu jusqu'à l'évaluation faite par le médecin traitant en CHSLD. Il est toutefois convenu que la personne provenant du centre hospitalier doit présenter un état de santé stabilisé sur le plan médical.

Certaines conditions favoriseront l'atteinte des résultats attendus :

- des mécanismes d'accueil ;
- la référence à un intervenant clairement identifié ;
- l'utilisation de *l'outil d'évaluation multiclientèle* ;
- les ententes interétablissements ;
- l'affectation d'intervenants au processus d'admission.

5.2 Évaluation globale et continue

La réalité souvent fort complexe de la personne admise en hébergement de longue durée (la coexistence de plusieurs pathologies, les interrelations entre les troubles physiques et cognitifs, etc.) exige une évaluation globale des besoins qui tienne compte des problèmes de santé de la personne et des soins nécessaires, mais aussi des différents facteurs biopsychosociaux et culturels, incluant son degré d'adaptabilité et les caractéristiques de sa famille et de sa communauté. Cette évaluation globale nécessite une concertation et une collaboration étroite entre les différents intervenants, un travail en équipe interdisciplinaire. Elle permet de miser sur les capacités du résident et celles de sa famille. Il doit en découler une offre de services personnalisés, un plan et une gamme de soins appropriés, reliés aux problèmes et besoins décelés.

Cette évaluation doit suivre l'évolution de la personne, doit être continue et toujours s'effectuer en collaboration avec tous les intervenants concernés, qu'ils soient du réseau communautaire, social ou culturel. L'utilisation de *l'outil d'évaluation multiclientèle* doit être privilégié afin d'assurer une évaluation continue des résidents, requise pour l'élaboration du plan d'intervention.

Cette évaluation pourra être facilitée par :

- une équipe multidisciplinaire travaillant en interdisciplinarité ;
- la stabilité des ressources humaines ;
- l'ouverture à un assouplissement des pratiques de travail ;
- l'utilisation des technologies permettant l'accès à un maximum d'information.

5.3 Plan d'intervention

La mise au point du plan d'intervention est une opération qualitative de convergence entre le résident et son milieu de vie. C'est une occasion exceptionnelle de définir le type d'échanges et de liens que la personne ou ses proches veulent développer ou préserver dans son milieu de vie. C'est une mise en relation de certains besoins d'aide et de vivre de la personne avec certains services ou possibilités présentes ou à développer dans le contexte actuel. Le plan est individualisé. Il ne doit pas être que le résultat d'une opération technique d'analyse de besoins et d'identification des services requis.

Le processus doit répondre aux attentes exprimées par le résident et ses proches à la période d'accueil et s'actualiser tout au long du séjour de la personne. Il traduit une vision dynamique des possibilités d'évolution et d'acquisition que possèdent les personnes hébergées malgré leurs différentes incapacités.

Le plan d'intervention contribue à l'adaptation continue et réciproque du résident et de son milieu. Son élaboration et sa révision, effectuées en interdisciplinarité, permettent de détecter l'apparition de nouveaux problèmes de santé, mais aussi de revoir périodiquement la concordance entre le résident et son milieu. Il en découle une meilleure coordination et une meilleure continuité des interventions entre les différents services de l'établissement et les divers types d'intervenants.

Lorsque la personne arrive en fin de vie, dans sa phase terminale, tout doit être mis en place afin de l'accompagner dans la dignité, le respect et le confort, de concert avec les proches, et tout en procédant selon ses convictions, ses croyances, sa culture et ses choix.

L'atteinte des objectifs associés au plan d'intervention sera facilitée par :

- une équipe multidisciplinaire travaillant en interdisciplinarité ;
- l'ouverture à un assouplissement des pratiques de travail.

6. L'OFFRE ET LA PRESTATION DE SERVICES

« Une incapacité dans une fonction ne signifie pas nécessairement une incapacité dans toutes les fonctions. »

la revue *Gérontologie en institution*

La gamme des soins et services offerts aux résidents doit viser non seulement à répondre à leurs problèmes de santé physique et psychosociaux, mais aussi contribuer à soutenir la création d'un véritable milieu de vie pour les résidents. Ainsi, toutes les personnes à l'emploi de l'établissement offrant des services d'hébergement doivent, par leurs actions auprès des résidents et leurs proches ainsi que par le rôle qu'elles jouent à l'égard des lieux et des objets familiers, contribuer à nourrir et à enrichir le milieu de vie substitut. Par son ouverture sur la communauté, la famille et les bénévoles graviteront eux aussi autour de la personne âgée. Par conséquent, les membres du personnel en charge de l'alimentation, de la buanderie et de l'entretien des installations doivent, en harmonie avec les gestes de l'infirmière, du cadre intermédiaire, du thérapeute en réadaptation physique, du préposé, de la diététiste et de tous les autres intervenants en lien avec les résidents, agir pour assurer le bien-être du résident et favoriser l'utilisation optimale de ses capacités.

Ces capacités font référence au potentiel d'adaptation ou de réadaptation de la personne sur les plans physique, moteur, sensoriel et psychosocial qu'il faut chercher par tous les

moyens à optimiser afin de maintenir les critères de fonctionnement que sont : l'autonomie et l'indépendance.

Pour ce qui est des services cliniques, les milieux d'hébergement doivent être en mesure d'assurer le bien-être quotidien des résidents. Pour ce faire, les services médicaux, les services infirmiers, les soins d'assistance, les services psychosociaux, les services d'ergothérapie et de physiothérapie, les services de loisir et de pastorale, les services reliés à la pharmacie et à la nutrition, etc., doivent être accessibles et de qualité. De plus, les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* ont retenu la philosophie d'intervention développée dans ce présent document et fondée sur une approche globale comme balise favorisant la réduction du recours exceptionnel des mesures de contrôle.

Pour ce qui est des services requis de façon intermittente ou encore relevant de disciplines rares ou en pénurie, d'autres façons de faire doivent être mises au point pour offrir l'accès à ces services aux résidents lorsque le besoin se fait sentir. Qu'il s'agisse de médecins spécialistes, d'orthophonistes et d'audiologistes, d'inhalothérapeutes, d'optométristes, de sexologues, d'approches alternatives (comme, la massothérapie ou la zoothérapie), de gériopsychiatres, de neuropsychologues, etc., toutes les possibilités doivent être explorées : ententes avec d'autres établissements, partage de ressources professionnelles itinérantes, achat de services auprès de professionnels œuvrant dans le privé, vidéoconférence pour accès à l'expertise professionnelle à distance, etc. Le partenariat et la collaboration entre les différents établissements et ressources du réseau de la santé devraient permettre un maillage étroit et faciliter l'accès aux services tout en minimisant les délais d'attente. Tel que mentionné dans les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, « les réseaux de services intégrés incorporent les soins de santé et les services sociaux dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs ».

7. MODALITÉS D'APPLICATION DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES

7.1 Pratiques d'intervention

Nécessaire autonomie et responsabilisation des intervenants

La pratique fondée sur un respect des choix, des droits et de la volonté des personnes implique que les intervenants perçoivent qu'ils ont la responsabilité et la capacité d'être à l'écoute des résidents, mais aussi qu'ils ont la marge de manœuvre suffisante pour apporter des solutions concrètes à leurs besoins. Cette transformation de leur rôle signifie de faire des tâches variées, voire inhabituelles, de manière différente, dans une perspective élargie, celle d'accompagner les résidents individuellement ou en équipe, et suppose une participation partagée dans l'accomplissement des responsabilités.

L'approche clinique privilégiée vise à ce que, dans l'exercice de leurs fonctions respectives, les intervenants puissent accompagner et respecter les personnes hébergées et les encourager à utiliser leurs capacités et à exprimer leurs volontés plutôt que prendre en charge les décisions les concernant. La perception qu'a l'intervenant de son propre rôle doit ainsi passer de celle d'un rôle centré sur sa fonction à celle d'un rôle beaucoup plus large et plus riche qui demande à la fois de :

- favoriser l'autonomie fonctionnelle optimale de la personne âgée dans ses activités de la vie domestique et dans ses activités de la vie quotidienne ;
- soutenir physiquement et moralement la personne hébergée ;
- accompagner et assister la personne hébergée lorsqu'elle le désire ;
- maîtriser des connaissances spécialisées ;
- s'impliquer auprès des familles et des bénévoles pour une qualité de vie optimale des personnes ;
- agir en interdisciplinarité dans une équipe de travail ;
- collaborer avec des partenaires en provenance de différents secteurs d'activité.

Mobilisation des employés et valorisation de la tâche

L'amorce et la poursuite d'une telle démarche au sein d'un établissement demande la mise en place de différentes actions visant la sensibilisation, la prise de conscience et la mobilisation de tous les employés susceptibles d'être affectés par leurs interventions la qualité de vie du résident. Il est donc essentiel que tous et toutes soient impliqués dans la démarche, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'intervention de multiplicateurs. La participation à des ateliers de réflexion, à des groupes de discussion ou à diverses formations de même que l'implication dans la prise de décision, dans l'élaboration de stratégies concertées ainsi que dans la recherche de solutions concrètes et inédites aux problèmes de tous les jours ont comme effet de faire de tout le personnel un agent actif de changement.

À cet égard, la reconnaissance de la contribution de tous les acteurs, quel que soit leur titre d'emploi, à l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes en perte d'autonomie est essentielle. Elle peut s'exercer de différentes façons, dont, à titre d'exemple, la participation concrète de tout le personnel et de la famille à l'élaboration et à la révision des plans d'intervention; l'organisation d'activités de ressourcement valorisantes et enrichissantes; l'implantation de modes de communication qui rappellent régulièrement à tout le personnel les résultats positifs de ses interventions et une écoute attentive et constante de ses difficultés et de ses besoins.

Compétences requises

Les liens de qualité entre les résidents et le personnel ont plus d'impact sur la qualité de vie des résidents dans la mesure où ils assurent continuité et régularité à leur vécu quotidien. La maîtrise de certaines compétences de base, indissociables et complémentaires, est donc un préalable essentiel pour œuvrer auprès des personnes hébergées en établissement d'hébergement de longue durée.

Savoir – (connaissances)

- connaissance en gérontologie, en gériatrie ;
- connaissance des clientèles concernées et des soins et services particuliers à la longue durée ;
- connaissance des techniques et approches spécialisées et de leur évolution ;
- connaissance des équipements spécialisés.

Savoir-faire – (aptitudes)

- habiletés de communication et de présence thérapeutique ;
- capacité de travailler en équipe et en interdisciplinarité ;
- capacité d'adaptation au milieu et à la clientèle ;
- habiletés en analyse et résolution de problèmes ;
- capacité de travailler avec une clientèle précise.

Savoir être – (attitudes)

- chaleur et générosité ;
- respect, empathie et intérêt pour la clientèle gériatrique ;
- patience, tolérance, flexibilité ;
- disponibilité ;
- souplesse ;
- motivation ;
- créativité.

L'acquisition et le développement continu des connaissances

L'information fournie aux proches des résidents et la formation du personnel constituent des éléments indispensables à la création d'un véritable milieu de vie de qualité. L'information, la formation, un suivi et un soutien adéquats des personnes qui accompagnent les aînés en perte importante d'autonomie permettent à chacun d'accomplir ses activités de façon optimale.

Face à l'évolution, au fil du temps, des caractéristiques et des besoins des personnes hébergées à la modification des attitudes et des attentes des personnes en perte d'autonomie quant à leurs conditions de vie en milieu d'hébergement ainsi qu'à l'introduction de nouvelles pratiques soutenues par la recherche, le personnel doit avoir accès à des programmes de formation permettant l'acquisition des connaissances de base (institutions d'enseignement) et la mise à jour des connaissances. Ces programmes doivent notamment comprendre des éléments adaptés à chacune des clientèles de façon à accroître la capacité du personnel d'apporter aux personnes hébergées la réponse appropriée à leurs besoins.

Les différents milieux d'hébergement de longue durée sont des milieux propices au développement des connaissances et de l'expertise en géronto-gériatrie. Il importe donc d'y favoriser un partenariat universitaire (centre universitaire affilié), ce qui favorisera la promotion d'une pratique médicale, de soins infirmiers et de services spécialisés, et ce, dès l'admission en faculté.

Pour être adéquate, la formation doit :

- Insister sur les normes de qualité, basées sur des critères reconnus, sur l'influence de l'environnement sur l'ainé en perte d'autonomie, sur la nécessité de l'évaluation continue, du maintien et de la stimulation des fonctions cognitives, sur les mécanismes de communication adaptée, sur la nécessité d'une interrelation entre les personnes impliquées, sur la continuité de l'intervention, sur l'organisation du travail, etc.
- Permettre la mise à niveau des compétences techniques.
- Traiter de l'approche d'accompagnement, de la sensibilisation au vieillissement et de l'intervention en période de fin de vie afin de faciliter, pour la personne et ses proches, le passage de cette période (soulagement de la douleur, suivi psychosocial, dernières volontés, etc.).

Il est parfois difficile de libérer le personnel quelques jours pour qu'il reçoive une formation. Certaines formules, accessibles, efficaces et pratiques, qui assurent un suivi de l'intégration des acquis à la pratique quotidienne, peuvent alors être développées, comme des capsules de formation, des agents multiplicateurs, des agents de formation ou une formule de parrainage.

Comme mentionné précédemment, la formation s'inscrit dans un processus complet et continu auquel toutes les personnes qui œuvrent dans l'établissement (gestionnaires, intervenants directs, personnel de soutien, bénévoles, familles...) doivent participer. De plus, elle s'inscrit dans une démarche beaucoup plus large qui inclut l'adhésion à une philosophie commune qui guidera les interventions, le choix du personnel, le type de formation à offrir, les aménagements physiques et environnementaux et, par conséquent, les orientations des dépenses budgétaires. Ce sont d'ailleurs ces divers éléments qui sont abordés dans le document de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (1999) intitulé *Guide de gestion de l'approche prothétique élargie*.

L'accès à une expertise en matière d'éthique



Les valeurs sociales dictent les principes et règles de conduite et orientent la prise de décision

Les valeurs sociales sont en continuelle transformation. Dans le cadre de leur travail, les intervenants peuvent être confrontés à des dilemmes moraux et éthiques de plusieurs ordres. Les actions qu'ils sont appelés à poser doivent être conformes aux valeurs, principes et règles de pratique en vigueur dans leur établissement, mais aussi à celles de la personne et de sa famille ainsi qu'à leurs propres valeurs. Ils ressentent le besoin de repères éthiques leur permettant d'orienter leurs interventions professionnelles. Les

établissements doivent donc mettre en place à l'intention des intervenants et des gestionnaires un mécanisme d'échange et de soutien, de réflexion et d'analyse en rapport avec les problèmes d'ordre éthique.

Aussi, chaque établissement est tenu d'élaborer et d'adopter une charte des droits des résidents ou un code de déontologie qui doit viser le respect des individus qui y interagissent et l'atteinte d'une qualité maximale de vie.

Par conséquent, toutes les personnes impliquées dans l'établissement (résidents, familles, intervenants, gestionnaires, bénévoles...) doivent être mises à contribution dans l'élaboration et l'adoption de la charte ou du code. Le résident doit être le centre des actions qui en découleront. Bien que divers éléments extérieurs au bien-être des résidents puissent être considérés, la qualité de vie du résident doit toujours primer.

Par la suite, toute décision clinique, administrative et organisationnelle devra respecter l'ensemble des éléments composant la charte des droits ou le code de déontologie.

7.2 Pratiques de gestion

Une implication du conseil d'administration

Les principes et l'approche proposés dans le présent document doivent soutenir les orientations et les priorités que le conseil d'administration d'un CHSLD retient dans sa planification stratégique.

Une volonté ferme de la direction générale


La mise en place d'un milieu d'hébergement correspondant à l'ensemble des besoins des résidents constitue un chantier de grande envergure dans un établissement. L'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie et l'orchestration des actions requises à tous les niveaux de fonctionnement demande du leadership, de la conviction et même de l'enthousiasme de la part de la direction générale. Sans cet ingrédient indispensable, les tentatives de procéder à des ajustements d'importances diverses dans un secteur ou dans une unité demeureront soit à l'état de projet, soit dans un état de précarité permanent.

Les pratiques de gestion doivent donc notamment favoriser la mise en place de la philosophie d'intervention préconisée, à savoir : accorder la priorité aux besoins et attentes des résidents et au respect de leur volonté, dans un esprit d'accompagnement des résidents.

En ce sens, le rôle du gestionnaire est essentiel, il doit :

- Être porteur de la vision « milieu de vie » de son établissement et être garant de son suivi.
- Favoriser une organisation du travail facilitant l'atteinte des résultats fixés au plan d'intervention.
- Assumer un rôle de mobilisateur et favoriser des conditions de travail optimales pour les intervenants.
- Collaborer avec les équipes de façon à coordonner et à harmoniser les divers points de vue et solutions et à intégrer les décisions dans le fonctionnement global de l'établissement.
- Assurer une cohérence entre les pratiques, les modes d'organisation et l'aménagement des lieux physiques, et ce, en fonction des besoins et des attentes des clientèles, ce qui commande une volonté de connaître la clientèle.
- Développer des règles de fonctionnement souples et conviviales.
- Développer des mécanismes d'évaluation de la satisfaction de la clientèle afin de s'assurer d'une amélioration continue de la qualité.
- De gérer les contradictions, inévitables dans un processus de changement, liées à la mise en œuvre de l'approche adoptée dans un contexte institutionnel.

7.3 L'organisation physique des lieux



Un milieu où les lieux sont adaptés au grand âge

Les connaissances acquises tant par l'expérimentation que par l'extrapolation à partir de diverses populations indiquent que l'environnement a une influence sur le comportement et la qualité de vie de toutes les personnes hébergées. Au regard des personnes présentant des troubles cognitifs, la documentation confirme qu'en plus des facteurs neurologiques, il existe un lien important entre les conditions environnementales et les différents comportements dysfonctionnels pouvant se manifester. Il devient donc nécessaire de créer un milieu d'hébergement adapté qui contribue d'abord à la promotion de l'autonomie et de l'indépendance fonctionnelle et psychosociale et pouvant réduire, sinon éliminer, les comportements perturbateurs. Cependant, malgré le rôle important que peut jouer l'environnement physique, les aménagements ne trouvent leur signification que s'ils s'inscrivent dans une philosophie de gestion et d'intervention appropriée. *Ainsi, il est possible de modifier l'organisation des pratiques sans projet de construction ou de rénovation.* Par ailleurs, dès qu'une décision du conseil d'administration confirme la nécessité d'entreprendre une nouvelle construction ou des rénovations importantes, il est indispensable que le processus de changement, et plus particulièrement la formation de l'ensemble des personnes œuvrant dans l'établissement, soit dès lors entrepris. Ainsi, cela

permettra de définir la nature des travaux à entreprendre par rapport aux besoins des résidents de même que les changements à apporter tant sur le plan de l'organisation des services que des pratiques de gestion.

En ce sens, dans un processus d'amélioration continue, l'organisation physique :

▶ ***Favorise l'ouverture sur le monde extérieur***

Au regard des différentes étapes de l'intégration et de la vie du résident dans son milieu, le centre d'hébergement et de soins de longue durée est partie intégrante de sa communauté. En ce sens, il importe que l'organisation facilite l'établissement ou le maintien des liens sociaux, d'abord par la famille, qui demeure le lien privilégié avec le monde extérieur, mais aussi par l'implication de bénévoles et de différents représentants de la communauté. L'objectif de maintenir les liens sociaux et familiaux sera d'abord facilité, lorsque la configuration régionale le permet, par la proximité géographique de l'endroit où la personne à visiter est hébergée.

▶ ***Milieu résidentiel***

Afin d'arrimer l'approche privilégiée à la réalité des personnes vivant en CHSLD, l'environnement physique doit tendre à reproduire, dans la mesure du possible, un lieu résidentiel qui soit le plus normalisant possible, qui facilite l'appropriation par le résident de son milieu de vie et la personnalisation de son espace.

Par « normalisant », nous entendons ici « qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés ».

▶ ***Élimine les contraintes architecturales***

Comme il joue un rôle prépondérant dans le désir de maintenir l'autonomie ou d'en acquérir, l'aménagement doit répondre aux besoins particuliers en éliminant les contraintes et les barrières architecturales et ainsi, permettre à la personne hébergée de se mouvoir de façon autonome, de s'intégrer à son milieu et d'être en contact avec son environnement, intérieur et extérieur autant que possible.

▶ ***Respecte les besoins fondamentaux***

L'environnement physique doit favoriser le respect de l'intimité de la personne résidente et de sa vie privée, avec sa famille, ses proches et le personnel. Il doit de plus assurer la sécurité, le bien-être physique et psychologique. Pour ce faire, on verra à produire un agencement équilibré entre les locaux de vie privée et ceux réservés aux activités communautaires.

▶ ***Soutien l'intervention***

L'environnement physique peut être utilisé comme soutien aux interventions auprès de la personne. Certains éléments de l'environnement architectural peuvent agir comme

compensateurs aux pertes cognitives, motrices et sensorielles ou stimuler les capacités des personnes avec des déficits physiques ou cognitifs. Ils peuvent aussi diminuer le stress, l'agitation et les désordres de comportement (errance, agitation, agressivité).

▶ ***Favorise le travail***

Un environnement physique adéquat crée un milieu de travail efficace et aidant pour le personnel et offre des conditions d'exécution du travail propices au maintien de sa santé et de sa sécurité.

▶ ***Facilite la réalisation d'objectifs cliniques***

Un environnement adapté et une organisation de services en fonction des besoins particuliers des personnes permettent le regroupement des résidents en fonction de leurs besoins et facilitent la réalisation d'objectifs cliniques.

▶ ***Flexible et adaptable***

L'environnement physique, pour s'ajuster aux besoins de sa clientèle, doit présenter des composantes architecturales flexibles et adaptables. Les nouvelles constructions devront créer des aires de vie qui seront les plus polyvalentes possible, c'est-à-dire que la vocation de chaque aire pourra s'adapter, au fil des ans, au pourcentage variable des différents types de clientèles susceptibles d'être hébergées en CHSLD.

▶ ***Création de micro-milieus***

L'objectif d'offrir des lieux adaptés conformes aux besoins particuliers des personnes hébergées et de favoriser un mode d'échange et de communication avec une dimension humaine se concrétise, idéalement, par une configuration du secteur d'hébergement sous forme d'îlots de petite taille ou de modules regroupant dix à quatorze personnes. Ce fonctionnement en îlots permet un regroupement sélectif des clientèles selon leur profil de besoins et peut donc être à vocations distinctes (jeunes adultes, aînés présentant des déficits cognitifs, clientèle aux comportements dérangeants, personnes ayant des problèmes d'orientations et d'errance, etc.). De plus, cette mise en place de micro-milieus permet de répondre à la fois aux besoins d'intimité et d'appartenance/socialisation des résidents et ajoute de la qualité et de la flexibilité dans l'offre des soins et services. L'environnement physique offrira ainsi plus de polyvalence et de souplesse et facilitera l'adaptation du milieu à toute clientèle ainsi qu'à de nouvelles orientations.

Cette création de micro-milieus peut s'effectuer à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur des établissements, permettant ainsi une localisation dans la communauté. Elle peut prendre différentes formes, telles les ressources alternatives adaptées, les appartements supervisés ou les résidences d'accueil.

Guide d'aménagement

L'approche clinique et la philosophie d'intervention proposées sous-tendent les recommandations architecturales du *Guide d'aménagement*. Le programme fonctionnel et

technique, que ce soit pour une construction neuve ou une rénovation, doit prendre en considération que le CHSLD est un milieu de vie, de soins et d'assistance pour certaines personnes et un milieu de travail pour d'autres. Le *Guide d'aménagement* permet donc de préciser les espaces que commandent les divers programmes et services offerts dans une installation physique, et ce, toujours en conformité avec les valeurs et principes contenus dans le cadre de référence.

Afin de s'adapter aux besoins changeants de la clientèle actuelle et future, *le Guide d'aménagement* doit être en constante évolution et s'inscrire dans un processus de révision continue.

CONCLUSION

*L'homme est grand d'abord
parce qu'il existe, et d'autant plus
qu'il a beaucoup existé.*

La mise en place de milieux d'hébergement offrant des soins et services de qualité dans un contexte épanouissant pour les résidents représente un grand défi pour les établissements et organismes partenaires, pour le Ministère et, finalement, pour la société tout entière. Les Orientations ministérielles « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » définissent un certain nombre d'actions qui, sans constituer en tant que telles des conditions *sine qua non* de réussite, représentent à coup sûr des facteurs facilitants. D'autres conditions de réussite consistent en engagements à prendre, en gestes à poser. Nous avons mentionné, tout au long du document, divers éléments nécessaires à l'implantation et à l'utilisation d'une approche adaptée aux clientèles des milieux d'hébergement et de soins de longue durée. On pense ici, plus précisément, au principe de l'appropriation du pouvoir par la personne hébergée, au soutien et à l'intégration des familles et des proches, au travail en équipe interdisciplinaire et à l'organisation du travail (la souplesse des horaires et des rôles, la mobilisation du personnel, etc.).

Le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) continuera dans les années futures à remplir la mission qui lui est dévolue. La clientèle qui aura recours à ce service connaîtra des modifications tant dans ses caractéristiques que dans les différents types de besoins à combler. Les valeurs personnelles et sociales exigeront des adaptations des milieux de vie qui les recevront. De nouveaux aménagements et organisations de soins et services seront possiblement requis.

Certains constats demeurent toutefois incontournables :

- La dignité, le respect et l'individualité de chaque personne doivent guider l'offre des soins et services.
- Le CHSLD constitue le lieu où vit la personne en perte d'autonomie et est, le plus souvent, son dernier chez-soi.
- La personne vivant en CHSLD a droit à des services et à des soins de qualité, organisés et dispensés de manière à assurer son bien-être physique, mental et social dans un milieu de vie de qualité.

Nous espérons que ce document facilitera pour certains ou consolidera pour d'autres une démarche collective dans laquelle tous les acteurs impliqués dans les services aux personnes âgées trouveront soutien, orientation et aussi réflexion pour toujours adapter et améliorer la qualité de vie des personnes hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée.

