

Communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement

Communauté de pratique soutenue par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

Prise de position

Pour une équité des effectifs en milieu d'hébergement

Pratique observée : Dans le cadre du projet des maisons des aînés (MDA), il y a, entre autres, une révision de la composition des équipes de soins, notamment des préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières. Celle-ci présente des bonifications notables en comparaison avec celle présente actuellement dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du réseau public.

Justification de la pratique observée : Les effectifs financés pour les CHSLD se basent sur les ratios de l'échelle Voyer datant de plusieurs années. Tous s'entendent pour dire que ceux-ci ne répondent plus à la réalité des besoins en effectifs des milieux d'aujourd'hui. D'autre part, les effectifs prévus pour les MDA sont beaucoup plus adaptés aux besoins des résidents (annexe 1).

Considérant que :

Dans les CHSLD, la clientèle présente une perte d'autonomie sévère (profil ISO-SMAF de 10 à 14). De plus, elle est atteinte de comorbidité et de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), ce qui demande une expertise et une présence soutenue du personnel de soins. La clientèle atteinte de TNCM peut présenter des troubles du comportement allant de léger à sévère. La structure des postes est bâtie selon un ratio statique soit des quarts de travail jour, soir et nuit avec une composition fixe selon le nombre de résidents plutôt que l'acuité de soins d'une unité. Ceci a pour effet de favoriser une organisation des soins rigide ce qui va à l'encontre d'une personnalisation de la routine de soins.

Dans les MDA, la clientèle présente une perte d'autonomie allant de modérée à sévère (profil ISO-SMAF de 8 à 14). Les autres caractéristiques de la clientèle sont similaires. En plus de bénéficier d'un environnement mieux adapté à leur condition, les résidents des MDA seront aussi accompagnés par un plus grand nombre de soignants (annexe 1). Qui plus est, la structure des effectifs se base sur une dotation équilibrée répondant mieux aux besoins des résidents sur un cycle de 24 heures et ayant l'agilité de se modifier selon les besoins évolutifs des résidents.

La clientèle admissible en CHSLD et en MDA est donc quasi-identique. Il est même possible de retrouver dans les MDA des résidents avec une autonomie plus préservée que dans les CHSLD. Pourtant, il y a une distinction significative entre la composition des équipes de soignants ainsi que le modèle de gestion. Fait à noter, il y a également une bonification du soutien d'autres professionnels de la santé dans les MDA qu'on ne retrouve

pas en CHSLD. Par exemple, en MDA, on introduit des préposés au pavillon et un organisateur communautaire et on rehausse certains titres d'emploi tel le pharmacien.

Pratiques suggérées : Qu'il y ait une bonification de la composition des équipes de soins en CHSLD afin d'être équivalente aux effectifs minimums proposés en MDA. Cette bonification devrait tenir compte des principes de la dotation équilibrée et des facteurs clinico-administratifs (annexe 2).

Justification des pratiques suggérées : Comme l'offre de services est la même entre les CHSLD et les MDA, une composition équivalente des effectifs dans les deux types d'établissements permettrait d'éviter la présence d'iniquité autant pour les employés, les résidents que leurs proches.

Tous les facteurs clinico-administratifs et non seulement le profil ISO-SMAF devraient être considérés dans la composition des équipes de soins. De plus, une dotation équilibrée plutôt que statique dans un même centre d'activité devrait être actualisée en CHSLD, donnant une plus grande latitude aux gestionnaires. Le personnel serait ainsi à même d'octroyer des soins de qualité et dispenser les soins de manière à être centré sur les besoins de la clientèle et respecter les bonnes pratiques en fait de milieu de vie, notamment en adaptant la routine de travail aux périodes d'éveil de la clientèle¹.

¹Voyer, P., Savoie, C. & Rey, S. (2021). Passer d'une dotation statique à une dotation équilibrée pour offrir une réponse adaptée aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Annexe 1 - Tableau comparatif entre structures CHSLD vs MDA

	<u>Jour</u>		<u>Soir</u>		<u>Nuit</u>	
	<u>CHSLD²</u>	<u>MDA³</u>	<u>CHSLD</u>	<u>MDA</u>	<u>CHSLD</u>	<u>MDA</u>
Infirmière chef d'équipe	<u>1/25 à 32</u>	<u>1/24</u>	<u>1/50 à 64</u>	<u>1/48</u>	<u>1/75 à 96</u>	<u>1/72 et moins</u> <u>2/96 à 120</u> <u>3/120 et +</u>
Infirmière auxiliaire	<u>1/25 à 32</u>	<u>1/12</u>	<u>1/25 à 32</u>	<u>1/12</u>	<u>1/32 à 40</u>	<u>1/48</u> <u>1-2/72</u> <u>2-3/96</u> <u>3-4/120 à 144</u> <u>4-5/192</u>
PAB	<u>1/6 à 7</u>	<u>1/6</u>	<u>1/10 à 15</u>	<u>1/6</u>	<u>1/32 à 50</u>	<u>1/12 ou 24 (porte coupe-feu)</u> <u>+ 1/48 (minimum 2)</u>

² Voyer, P. Comment analyser les différents ratios en CHSLD ? (Présentation devant les syndicats affiliés à la FIQ), Québec, 22 novembre 2013.

³ Direction nationale des soins et services infirmiers (2021) ORIENTATION MINISTÉRIELLE. Organisation des soins et composition des équipes de soins infirmiers. Maisons des aînés et alternatives.

Annexe 2 - Facteurs clinico-administratifs⁴

1. Niveau d'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF)
2. Présence d'usagers ayant un TNCM et des SCPD
3. Regroupement de clientèles au profil clinique similaire (micro-milieus)
4. Niveau d'acuité de soins
5. Type environnement physique et adaptation de l'aménagement
6. Présence de technologies
7. Présence et implication quotidienne des proches aidants
8. Présence et implication quotidienne de l'équipe multidisciplinaire
9. Type de dotation en place et flexibilité de la structure de poste et des centres d'activités
10. Perception de la charge de travail par le personnel soignant
11. Formation des prestataires de services (connaissances et compétences gériatriques)
12. Résultats concernant les indicateurs de qualité des soins et des services
 - Chutes et chutes répétitives
 - Éclosions nosocomiales
 - Transferts en centre hospitalier
 - Plaies stade 2 et plus
 - Soins externes
 - Agressions physiques
 - Mesures de contrôles
 - Complexité du régime médicamenteux
 - Utilisation des antipsychotiques pour la gestion des SCPD

⁴ Direction des soins infirmiers. (2019). Cadre décisionnel sur la détermination des structures de soins infirmiers. CISSS de Laval, 3 p.

MSSS. (2018). Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée. Gouvernement du Québec, 20 p.

Voyer, P. (2021). Soins infirmiers en perte d'autonomie. ERPI. 697 p.

Voyer, P., Savoie, C. & Rey, S. (2021). Passer d'une dotation statique à une dotation équilibrée pour offrir une réponse adaptée aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.