

La G^ér^on^toⁱs^e

Volume 31, numéro 1 - Automne 2020

**La première vague de la COVID-19 en
milieux d'hébergement au Québec:
constats et recommandations**

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérotoise
Automne 2020, vol. 31, no. 1

AQIIG
4565, chemin Queen-Mary
Montréal, QC, H3W 1W5

site web : www.aqiig.org
courriel : info@aqiig.org
La Gérotoise: revue@aqiig.org
Publicité : publicite@aqiig.org
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG
Huguette Bleau
presidente@aqiig.org

Rédaction

Rédactrice en chef
Marjolaine Landry
revue@aqiig.org

Comité scientifique
Angélique Paquette
Ginette Labbé
Huguette Bleau
Louise Francoeur
Marjolaine Landry
Noémie Nicol-Clavet
Sylvie Vallée

Création graphique et mise en page
Thomas Asselin, 73DPI
73dpi.com

Dépôt légal
4^e trimestre 2020
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051

Politique éditoriale

La Gérotoise est publiée deux fois par année par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gérontogériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source et d'avoir une autorisation écrite de l'éditeur. Seuls les membres de l'AQIIG peuvent utiliser les articles sans autorisation, mais doivent citer la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

Politique d'abonnement

La Gérotoise numérique est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet www.aqiig.org, ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

Table des matières

5

Mot de la présidente

6

Mot de la rédactrice en chef

8

La COVID-19... un prétexte malheureux incitant une transformation urgente en soins de longue durée

Francine Ducharme

14

Changements démographiques et pressions technologiques : Quelques idées sur l'évolution de l'offre de soins

Damien Contandriopoulos

20

La crise de la COVID-19 en CHSLD : comment saisir la tragédie actuelle pour sortir de la tragédie perpétuelle?

Francis Etheridge

26

Témoignage d'une gestionnaire

Dans l'œil de la tempête : Au cœur de la collaboration et de l'expertise

Ginette Senez

30

Témoignage d'une infirmière

Retour à la profession durant la pandémie...
un marathon à la vitesse d'un sprint!

Chantale Ménard

35

Prendre soin de soi, comme soignant, en
temps de pandémie : une approche au cœur
des interventions de l'équipe de soutien
psychologique « COVID-19 » aux employés du
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Caroline Janelle et Jean-Marc Miller

42

J'ai lu

Sylvie Vallée

43

Tirages pour souligner les 35 ans de l'AQIG

Mot de la présidente



Chères lectrices et chers lecteurs,

Nous vivons des temps bien difficiles où nos qualités et talents sont mis à contribution et, disons-le, à rude épreuve. Que de tristesse et d'inquiétude ont émergé ces derniers mois, mais nous savons qu'il faut continuer à être vigilants afin de se protéger et de protéger les autres. Cette consigne a été maintes fois entendue et, respectée, nous conduira vers des jours meilleurs. En toute solidarité, je tiens à réitérer, au nom de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIG), mes remerciements à tout le personnel du réseau de la santé, quel que soit le titre d'emploi, pour tout le travail accompli durant cette pandémie.

Durant cette période, nous vous accompagnons en assurant notre mission de diffusion du savoir infirmier en géronto-gériatrie afin d'assurer des soins et services de qualité aux personnes âgées, ce qui est plus que jamais nécessaire.

Je suis très heureuse de vous confirmer que l'AQIG se donne les moyens de ses ambitions! En effet, les membres du conseil d'administration ont travaillé cet été à une planification triennale 2020-2023. Des orientations stratégiques et opérationnelles ont été élaborées selon trois axes d'intervention, à savoir la gouvernance, les ressources financières et la formation—communication—visibilité. Vous remarquerez bientôt une recrudescence des communications et des services, ainsi qu'une présence médiatique plus importante auprès de l'ensemble des infirmières et infirmiers. Compte tenu de la proportion des aînés dans la population québécoise, il est clair qu'outre la pédiatrie et l'obstétrique, tout autre domaine des soins requiert un savoir géronto-gériatrique. L'AQIG intensifiera sa présence afin de diffuser les mises à jour et nouveautés au cœur de votre pratique. C'est pourquoi notre présence médiatique sera plus importante.

Ainsi, notre comité scientifique continue ses travaux afin de vous offrir, en avril 2021, une journée de formation dont le thème sera *L'enjeu crucial du réseau : l'envergure des besoins des aînés. Un défi pour les dirigeants*, incluant un panel *Conjuguer le futur à la lumière du présent : Qu'en disent nos dirigeants?* Rappelons que, lors de la journée de formation de 2019, offerte en présentiel et en visioconférence, notre taux de satisfaction s'élevait à plus de 90 %. Afin d'en savoir davantage et de s'inscrire, des informations complémentaires seront bientôt disponibles sur nos plateformes médiatiques.

Il en va de même pour votre revue. *La Gérontoise*, diffusée deux fois par année, est un outil important d'information quant au savoir infirmier. Les deux éditions de l'année courante sont uniquement accessibles aux membres; seuls les numéros des années antérieures sont disponibles pour le grand public. Ils peuvent être consultés sur notre site Web. Cette revue se veut plus que jamais à l'écoute de vos besoins de formation et d'information et de vos questions et préoccupations actuelles; ce numéro en est un bon exemple. Je laisse notre rédactrice en chef vous la présenter.

L'année dernière l'AQIG soulignait son 35^e anniversaire, entre autres en offrant aux membres, par tirage, des bourses et des prolongations d'une année d'adhésion. Le tirage a eu lieu et les noms des gagnantes et gagnants se retrouvent dans la présente parution et dans nos médias sociaux : Facebook, LinkedIn et notre site Web. Je vous rappelle l'importance de votre participation à la poursuite de la réalisation de notre mission. En ce sens, n'oubliez pas de renouveler votre adhésion et d'inviter vos collègues de travail à faire partie de l'AQIG. N'hésitez pas à nous écrire sur nos plateformes médiatiques; garder le contact est le meilleur moyen de développer des stratégies de diffusion du savoir adaptées à vos besoins.

Portez-vous bien.

A handwritten signature in black ink that reads "Huguette Bleau".

Huguette Bleau, Ph.D.
Infirmière retraitée
Présidente

Mot de la rédactrice en chef



Chères lectrices,

Chers lecteurs,

La première vague de la COVID-19 au Québec représente certes une situation catastrophique pour tous, et plus particulièrement pour les personnes âgées en soins de longue durée dont pour celles se trouvant en CHSLD. Néanmoins, les tragédies vécues pourraient contribuer à permettre de revoir les structures de gouvernance et à repenser le système de santé. Grâce à tous les auteurs, le présent numéro de *La Gérotoise* est inspirant et porteur d'espoir pour l'amélioration des conditions qui prévalent en soins de longue durée pour les personnes âgées, mais aussi pour les membres du personnel qui y œuvrent.

Tout d'abord, **Francine Ducharme** introduit le besoin de transformation urgente des soins de longue durée selon les constats majeurs du récent rapport de la Société royale du Canada. Ce texte présente notamment certains principes directeurs concernant les actions à prendre en soins de longue durée et des pistes de solutions pour en corriger les failles.

Ensuite, l'article de **Damien Contandriopoulos** met en lumière l'importance de réinventer le système de santé du Québec pour le rendre mieux adapté aux besoins, plus performant et plus innovant. À cet effet, la notion de transformation et la nécessité d'en accélérer le rythme pour les prochaines décennies, comparativement à ce qui a été fait dans les vingt dernières années, s'avèrent essentiels à toute réussite.

Puis, **Francis Etheridge** jette tout d'abord un regard rétrospectif sur les grandes tentatives de réforme des CHSLD. L'auteur souligne que l'ampleur de la crise actuelle de la COVID-19 dans les CHSLD aurait pu être atténuée par la mise en œuvre de recommandations connues déjà depuis une vingtaine d'années et qu'une révision des mécanismes de gouvernance pourrait contribuer à rompre avec la stagnation.

Par la suite, des témoignages présentés par **Ginette Senez**, gestionnaire, et **Chantale Ménard**, infirmière retraitée ayant fait un retour pour prêter main forte, sont par la suite présentés. Les titres de ces témoignages sont très révélateurs dont voici respectivement des extraits : Dans l'œil de la tempête (...) et (...) un marathon à la vitesse d'un sprint! Ces témoignages font ressortir plusieurs défis et enjeux mais identifient aussi les leçons et recommandations pour être mieux préparé à la 2^e vague de la COVID-19. Dans un même ordre d'idées, **Caroline Janelle** et **Jean-Marc Miller** proposent un article portant sur l'importance de prendre soin de soi, comme soignant, en temps de pandémie. Ces auteurs s'adressent entre autres au bien-être psychologique des travailleurs de la santé qui devrait être assuré par des actions individuelles, collectives et organisationnelles.

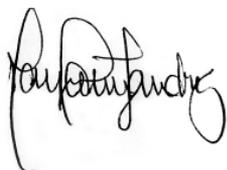
Enfin, en lien avec les soins de longue durée, **Sylvie Vallée** présente la chronique *J'ai lu*. Le livre intitulé *Les organisations de soins de longue durée*, sous la direction de François Aubry, Yves Couturier et Flavie Lemay, et auquel plusieurs auteurs ont contribué, est disponible aux Presses de l'Université de Montréal (2020). Cet ouvrage pose un regard scientifique et critique quant à l'organisation du travail et sur la façon de réguler les soins en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) du côté de la France.

En terminant, je souhaite souligner l'excellent travail des membres du comité de *La Gérontoise*, et je les en remercie de tout cœur, de même que la contribution de mesdames Olivette Soucy et Solange Bleau pour la relecture des textes de la présente parution. La prochaine parution vise à poursuivre la diffusion des savoirs quant à l'actuelle pandémie de la COVID-19 et s'intéresse à la poursuite de la diffusion des savoirs géronto-gériatriques. À cet effet, les résultats d'une enquête provinciale d'envergure visant à décrire les préférences concernant la liberté et la sécurité en milieu d'hébergement pour aînés atteints de troubles neurocognitifs, dont ceux atteints de la maladie d'Alzheimer, seront présentés.

Enfin, j'ai beaucoup apprécié mon passage à titre de rédactrice en chef de la revue *La Gérontoise* pour les trois dernières parutions et cette expérience restera inoubliable. Je remercie à nouveau tous les membres de l'équipe de *La Gérontoise* et tous les auteurs pour la pertinence et la qualité des textes soumis. Ce fût un grand plaisir que d'avoir pu échanger avec vous. Un sincère remerciement pour votre disponibilité et votre assiduité et ce, malgré la période de pandémie que nous traversons en ce moment.

Vous pouvez en tout temps faire suivre vos textes à revue@aqiig.org.

Bonne lecture!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marjolaine Landry', written in a cursive style.

Marjolaine Landry, inf., M.A., Ph.D.
Rédactrice en chef, *La Gérontoise*

La COVID-19... un prétexte malheureux incitant une transformation urgente en soins de longue durée

Francine Ducharme, inf., Ph.D.

La COVID-19 a permis de révéler les failles systémiques documentées depuis longtemps et le sous-financement des soins destinés à nos aînés vulnérables. Elle a aussi permis de susciter des débats sur les actions à mettre en place de façon urgente pour l'avenir des soins de longue durée. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail de la Société royale du Canada, composé de dix chercheurs issus de plusieurs disciplines et provenant de différentes provinces canadiennes (Estabrooks et al., 2020), a rédigé un rapport à partir des données scientifiques existantes, ici et ailleurs dans le monde, dans le but d'influencer les politiques. Cet article se veut une réflexion et un condensé des constats majeurs de ce rapport pour lequel l'auteure était partie prenante. Il vise à énoncer des pistes concrètes pour une restructuration des soins de longue durée et pour la qualité des soins, de même que pour une qualité de vie et de fin de vie des personnes âgées vulnérables... un devoir de société.

Mots-clés : soins de longue durée, transformation, COVID-19, recommandations, rapport de la Société royale du Canada

Introduction

Les soins de longue durée offerts aux personnes âgées et à leurs proches aidants ont généré de multiples groupes de travail, rapports et reportages au cours des cinquante dernières années et cela, sans qu'on leur prête grande attention. Il aura fallu une pandémie ayant pour conséquence des milliers de victimes pour qu'on s'y attarde. La COVID-19 a permis non seulement de révéler sous leur grand jour les failles systémiques documentées depuis longtemps, de même que le sous-financement des soins destinés à nos aînés vulnérables, mais plus encore, de susciter une réflexion sur les actions à mettre en place de façon urgente pour l'avenir des soins de longue durée.

C'est dans ce contexte sans précédent affectant de plein fouet les personnes âgées en perte d'autonomie, qu'un groupe de travail de la Société royale du Canada, formé en avril 2020 et composé de dix chercheurs issus de plusieurs disciplines et provenant de différentes provinces canadiennes (Estabrooks et al., 2020), a rédigé un rapport dit « de breffage », évalué par les pairs, à partir des données existantes au Canada et ailleurs dans le monde, dans le but d'influencer les changements dans les politiques.

Cet article se veut une réflexion et un condensé des constats majeurs de ce rapport. Il vise principalement à présenter et à discuter les recommandations portant sur des pistes d'action concrètes pour l'amélioration des soins de longue durée. Ces perspectives d'action sont « éclairées » par la recherche sur les enjeux qui se posent relativement à la réponse à la COVID-19 mais aussi, plus largement, pour l'avenir des soins de longue durée.

Comment expliquer cette crise humanitaire en soins de longue durée?

La plus grande proportion des décès attribuables à la COVID-19 est survenue dans les centres de soins de longue durée, et cela au Québec bien plus que dans les autres provinces canadiennes. Même l'armée a dû être appelée en renfort... du jamais vu! Au Canada, la proportion des décès des personnes âgées hébergées a également été beaucoup plus importante que dans les autres pays. Face à ces considérations, c'est la façon dont nous traitons nos aînés ainsi que celles et ceux qui en prennent soin, qu'il s'agisse des proches aidants ou du personnel soignant, qui a été mise au grand jour. La dévaluation du travail de soin auprès des personnes âgées, la perception qu'il s'agit d'un emploi facile, pour ne pas dire trivial ou de moindre importance, ne nécessitant pas ou peu d'habiletés, de compétences ou d'expertises particulières, soulignent, entre autres, un certain

âgisme, pour ne pas dire un âgisme certain (Faghanipour, Monteverde et Peter, 2020). C'est ainsi que même si de nombreux éléments peuvent expliquer le désastre tragique et évitable qui s'est produit (Mercure, 2020), un des facteurs clés, décrié allègrement, réside dans les caractéristiques de la main-d'œuvre, ainsi que dans la gestion de cette main-d'œuvre.

La main-d'œuvre : ratios, formation, soutien et gestion

Les personnes âgées préfèrent, il est connu, vieillir à domicile, dans leur milieu de vie. Toutefois, la prévalence des maladies chroniques, notamment de la démence et des maladies qui y sont apparentées, a augmenté au cours des dernières décennies de sorte que les ressources pour le maintien à domicile ne sont malheureusement pas encore au rendez-vous pour permettre à toutes ces personnes de vieillir et de mourir à la maison, entourées de leurs proches, en évitant leur épuisement. Plusieurs d'entre elles doivent être hébergées en établissement de soins de longue durée.

Par ailleurs, en dépit des changements démographiques prévisibles, de l'alourdissement de l'état physique et cognitif des personnes hébergées et de la grande complexité de leurs besoins, la composition de la main-d'œuvre dans les établissements de soins de longue durée n'a pas été ajustée aux nouveaux impératifs. Les soins sont presque entièrement offerts par des préposés aux bénéficiaires, qui sont peu rémunérés et bénéficient encore d'une formation variable et minimale¹. Ces préposés, qui composent 90 % des employés en soins de longue durée au Canada (Estabrooks et al., 2020), sont une ressource essentielle. Ils sont néanmoins sans voix professionnelle pour effectuer des changements systémiques. Également, plusieurs souffrent de problèmes physiques ou psychologiques liés à leur emploi et nécessitent du soutien de leur employeur. Des « ange-gardiens et des bras » sont assurément requis, mais des professionnels détenant une expertise en soins de longue durée, de même que des gestionnaires de proximité qui assurent un leadership, le sont aussi, et font partie de la solution.

En somme, plusieurs catégories de personnel sont nécessaires. La complexité des soins exige des professionnels de la santé et des services sociaux, notamment des infirmières cliniciennes et des infirmières praticiennes spécialisées, afin de répondre aux besoins de santé multiples et de favoriser la sécurité et la qualité des soins, car les

personnes âgées en grande perte d'autonomie ont réellement besoin de soins et de soins de qualité comme le soulignent Mathieu et Bleau (2020). Les ratios d'infirmières ont été constamment réduits au fil des ans pour limiter les coûts, mais également parce qu'il est estimé qu'un personnel professionnel, tel qu'il est présent dans d'autres établissements de santé, notamment en soins aigus, n'est pas indispensable. C'est dans ce contexte de pénurie de personnel qualifié que les transferts trop nombreux et souvent inutiles dans les urgences constituent une réalité quotidienne en soins de longue durée, situation qui occasionne un déconditionnement et une amplification des pertes d'autonomie de nos aînés hébergés.

De façon générale, les résidents âgés vivant en centre d'hébergement n'ont, à quelques exceptions près, pas ou très peu accès à des soins et services offerts par une équipe interdisciplinaire où, en plus d'infirmières bien formées, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychoéducateurs, diététistes, travailleurs sociaux, psychologues, pour ne nommer que ceux-ci, leur assurent une qualité de soins et de vie. Les proches doivent souvent combler, à leurs dépens, cette absence. Soins en santé mentale, soins palliatifs, soins de réadaptation, et d'autres encore, ne sont pas au rendez-vous. Combien de fois a-t-on limité les débats au nombre de baignoires à offrir, alors que tant d'autres soins et services sont nécessaires? Les discours ont été jusqu'à présent centrés sur les besoins de base et non sur les soins optimaux que mérite la population âgée vulnérable... un rééquilibrage des ratios de personnel apparaît nécessaire pour y arriver.

La clientèle actuelle des centres d'hébergement, souffrant majoritairement de déficiences cognitives, nécessite du personnel ayant des habiletés et compétences spécifiques. Comment transiger avec une personne qui a perdu le « sens du mot »? Ou encore qui a perdu attention, mémoire et jugement? Comment agir avec une personne qui présente des comportements difficiles parce qu'elle ne comprend plus l'environnement dans lequel elle se situe? Tout cela demande non seulement du personnel en nombre suffisant, mais aussi du personnel qualifié et bien formé, à temps complet et stable, les personnes souffrant de tels déficits n'étant plus capables de s'adapter aux modifications de leur environnement. Enfin, dans un contexte où des infections nosocomiales, des épidémies et des pandémies se déclarent, pourquoi ne pas doter tous les centres d'hébergement d'infirmières spécialisées formées en prévention et contrôle des infections? Cette stratégie aurait sans doute permis d'éviter nombre de ratés.

La pénurie et les conditions de travail difficiles du personnel, majoritairement féminin, et le manque flagrant de formation de ce personnel, sont parmi les facteurs les plus importants ayant contribué au constat d'échec en soins de longue durée. Personnel temporaire et à temps partiel travaillant dans plusieurs établissements à la fois, absence de formation sur les mesures de protection, agences de placement sur-sollicitées, temps supplémentaire obligatoire, va-et-vient entre « zones chaudes et zones froides » en sont des illustrations concrètes. Et que dire de la gestion du personnel? À cet égard, nous entérinons les propos de Contandriopoulos à l'effet que la gestion à distance par des mégastuctures n'est pas optimale, alors qu'une gestion de proximité aurait permis d'éviter plusieurs dérives (Contandriopoulos cité dans Gobeil, 2020). Il importe ainsi de s'attaquer d'urgence, non seulement aux problèmes concernant le personnel, mais aussi à la décentralisation de sa gestion (Lepage, 2020).

Bien sûr, d'autres facteurs qui sont présentés ici-bas peuvent aussi expliquer la situation exacerbée par la pandémie, mais il nous apparaît que la crise de la main-d'œuvre doit dans un premier temps être résolue. **Réformer et restructurer la composition de la main-d'œuvre et sa gestion est un *sine qua non* à des changements durables en soins de longue durée** faisant l'objet d'une des principales recommandations du groupe de travail de la Société royale du Canada. Pour ce faire, il est clair qu'un financement adéquat et pérenne doit être dégagé et qu'un encadrement plus serré des soins est indispensable. Nos aînés méritent d'avoir des soins permettant de répondre à leurs besoins et la situation déplorable mise au jour par la COVID-19 illustre la nécessité de les prioriser.

Un facteur à considérer : la vétusté des infrastructures

Il est facile de constater la vétusté de nombreuses infrastructures où sont prodigués les soins aux personnes âgées. Nos établissements méritent une attention particulière. La pandémie a mis en évidence le grand nombre de chambres à plusieurs lits qui favorisent les éclosions et la contamination, le manque d'espace qui empêche la distanciation physique, l'absence de ventilation adéquate, toutes conditions qui ne favorisent pas la sécurité des soins. Bien sûr que de nouvelles constructions dotées de chambres individuelles et ajustées aux besoins sont attendues. Des maisons des aînés sont notamment promises au Québec mais leur construction est une question d'années et ne constitue pas une solution à court

terme. Pour améliorer le sort de nos aînés, il faut toutefois plus que de jolis environnements... des soins de qualité dépassant les soins dits « de gardiennage » et centrés sur la personne, sont requis (Ducharme cité dans Breton, 2020).

Les ressources pour la prestation des soins dans une situation de pandémie

La pandémie est arrivée sans que les établissements n'aient les capacités pour contenir l'éclosion. En fait, les préparatifs en vue de cette pandémie ont été concentrés principalement vers les milieux de soins aigus. Quelles priorités auraient dû être établies en soins de longue durée? Quels soins auraient été nécessaires? Et comment prodiguer ces soins? Avec quelles ressources et quel matériel? Aucune stratégie n'avait au préalable été réfléchi. En fait, de nombreux éléments essentiels brillaient par leur absence, dont voici les principaux (Estabrooks et al., 2020): approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI); formation à l'utilisation des EPI; stratégies de regroupement et d'isolement des résidents et stratégies de surveillance des infections; politiques claires relatives aux visiteurs et aux proches (prenant en compte les risques d'infection mais aussi le rôle essentiel de ces personnes dans les soins); capacités de dépistage et de traçage des contacts; personnel en nombre suffisant et bien formé; équipe de dirigeants sur place; liens étroits et efficaces avec les centres hospitaliers de soins aigus; formation sur les soins de fin de vie; ressources pour assurer le bien-être du personnel vivant des deuils à répétition.

Des recommandations spécifiques en lien avec la pandémie de la COVID-19

Ce sont les recommandations formulées en mai dernier par Comas-Herrera, Ashcroft et Lorenz-Dant (2020) que le rapport de la Société royale a retenues. Les principales sont énoncées au Tableau 1.

Tableau 1. *Recommandations pour les centres de soins de longue durée en situation de pandémie*

| Que toutes les résidences de personnes âgées soient dotées : |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• d'un plan d'intervention en cas d'épidémie avec inspections régulières, et d'une personne clairement identifiée comme responsable de l'établissement;• d'une gestion de l'approvisionnement en matériel de protection par les gouvernements provinciaux;• d'une formation du personnel en prévention et contrôle des infections;• d'une stratégie de dépistage et de traçage;• de personnel à temps plein qui bénéficie de soutien en santé mentale;• d'une politique du lieu de travail unique;• d'une possibilité de confiner les personnes atteintes (les établissements de courte durée ne devraient pas rediriger les malades atteints vers les CHSLD);• de technologies qui permettent de relier les résidents à leurs proches et, considérant que la décision d'interdire l'accès aux proches aidants en début de pandémie a aggravé la situation, d'une politique à l'effet qu'au moins deux proches aidants puissent visiter la personne hébergée de façon sécuritaire. |

Quelques-unes de ces recommandations ont été prises en compte dans le plan d'action du gouvernement du Québec visant à renforcer et à assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (Gouvernement du Québec, 2020a). Toutefois, il apparaît clairement qu'une restructuration du secteur des soins de longue durée doit non seulement avoir pour but de s'attaquer à cette crise vécue dans le contexte de la COVID-19, mais aussi de corriger les failles présentes depuis fort longtemps dans le système des soins de longue durée. La prochaine section en discute.

Quelques principes à la base des mesures à prendre pour l'avenir

Le rapport de la Société royale du Canada est clair à un égard : il ne manque pas de résultats de recherche probants pour aider la prise de décision et apporter des améliorations. Néanmoins, jusqu'à présent, ces résultats ont été plutôt ignorés. Les chercheurs ne peuvent pas transformer les soins

de longue durée mais peuvent fournir des constats pour faciliter le changement. Un leadership fort et une volonté de sortir de cette crise sont essentiels. Il y aura lieu, plus précisément, de dégager les ressources financières nécessaires et de baser les décisions sur des pratiques exemplaires issues de travaux empiriques. Se baser sur les résultats de recherche permettra aussi de mettre au rancart certaines pratiques désuètes.

Quelques principes pourraient, selon le rapport du groupe de travail, guider les efforts qui auront à être faits rapidement pour améliorer la sécurité et la qualité de soins et de vie des résidents et du personnel des soins de longue durée. Le Tableau 2 en fait état.

Tableau 2. Des principes directeurs pour les actions à prendre en soins de longue durée

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Financement suffisant et pérenne provenant tant du gouvernement fédéral que des gouvernements des provinces en vue de mettre en place et d'atteindre des normes d'excellence minimales partout au Canada;• Des objectifs non négociables pour une qualité de vie et une qualité de fin de vie de nos aînés fragiles et des normes de soins clairement précisées;• Une imputabilité relativement à ces normes de soins, à la réglementation et aux politiques (reddition de comptes);• Une évaluation systématique de la qualité des soins et de la qualité de vie à l'aide d'indicateurs pertinents pour les résidents et leurs proches aidants;• Un recueil de données quantitatives et qualitatives valides pour la recherche et la gestion de la qualité des soins de longue durée;• Une meilleure intégration et coordination entre les soins à domicile, les soins aigus et les soins de longue durée afin d'assurer la qualité de la transition des personnes âgées entre ces différents milieux et le transfert des données favorisant la continuité des soins;• Un niveau adéquat et constant d'effectifs et une variété de professionnels de la santé et des services sociaux et de main-d'œuvre non professionnelle afin de répondre aux besoins complexes et variés des personnes hébergées;• Des environnements physiques et des ressources matérielles permettant une prestation de soins qui répond aux besoins sociaux et de santé des résidents. |
|---|

Pour une restructuration des soins de longue durée...

La responsabilité des soins de longue durée est évidemment une responsabilité provinciale. Il semble par ailleurs que plusieurs pays font actuellement des efforts afin de créer des cadres de référence nationaux. Sans le soutien financier du gouvernement fédéral, les gouvernements des provinces auront peine à se doter de toutes les ressources essentielles qui sont, il faut le reconnaître, plus que nombreuses dans le contexte actuel.

Les gouvernements ont ainsi un rôle important à jouer dans le cadre de cette réforme urgente à entreprendre : financement adéquat, mise en place de normes ou de standards nationaux qui pourraient agir comme cadres de référence permettant d'établir des balises. Ce message, issu du rapport de la Société royale, est un message basé sur des constats et des données scientifiques, plutôt qu'un message à caractère politique. Les recommandations du rapport, au nombre de neuf, touchent, entre autres, l'importance de se

doter de normes pancanadiennes fondées sur des résultats probants, normes qui devraient toucher notamment et en priorité, la composition des effectifs en personnel (Estabrooks et al., 2020) et qui pourraient permettre d'offrir aux provinces des fonds supplémentaires pour s'y conformer minimalement.

D'autres recommandations sont cohérentes avec les principes que nous avons énoncés ci-haut et concernent, sans surprise : la politique du lieu de travail unique; l'équité dans les conditions de travail; le soutien en santé mentale pour les personnels; la formation minimale mais aussi la spécialisation en soins de longue durée pour les professionnels; les ressources essentielles pour une offre de soins de qualité; les visites des proches; le recueil de données empiriques valides et fidèles pour l'évaluation des résultats; l'adoption d'une approche fondée sur des résultats probants pour une gestion éclairée et la prise de décision; et la participation de tous les acteurs concernés, incluant les personnes qui reçoivent les soins et leur famille, dans ces décisions. Ces recommandations ont été prises en compte partiellement dans le plan d'action du gouvernement du Québec pour une

deuxième vague de la COVID-19 (Gouvernement du Québec, 2020b). Toutefois, la question de la main-d'œuvre dans son ensemble, cruciale pour corriger la situation au-delà de la pandémie, y est peu élaborée et mérite approfondissement.

Conclusion

La COVID-19 a constitué une réelle onde de choc qui a permis, malheureusement, de mettre en évidence les failles nombreuses des soins de longue durée. Il a fallu constater la souffrance physique et psychologique des personnes hébergées, si ce n'est leur décès, et la souffrance de leurs proches et des membres du personnel, pour en arriver à se questionner sur les soins offerts et la gouvernance de ces soins. La COVID-19 a constitué un dur prétexte à la réflexion. Force est de constater qu'il n'y a nul besoin d'une autre commission ou rapport pour agir. **Les connaissances actuelles et les résultats de multiples études sont suffisants pour prendre dès maintenant des décisions éclairées et des actions pour changer en profondeur la façon de prendre soin de nos aînés les plus vulnérables.** La politique d'hébergement et de soins de longue durée du Québec ainsi que la politique nationale pour les personnes proches aidantes, accompagnées de leur plan d'action respectif, offriront sous peu quelques lueurs d'espoir pour modifier les paradigmes actuels et rétablir la confiance... l'avenir saura nous le dire mais il s'agit sans conteste d'un devoir de société.



Francine Ducharme

Francine Ducharme détient une formation postdoctorale en santé mentale. Elle a été la 1^{ère} infirmière à obtenir un diplôme de doctorat en sciences infirmières d'une université canadienne. Elle est actuellement professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, de même que chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle a été doyenne de 2015 à 2020 et titulaire de la Chaire de recherche philanthropique Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille de 2000 à 2015. Ses travaux portent principalement sur les interventions de soutien auprès des proches aidants de personnes âgées. Elle est membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé et a reçu plusieurs distinctions, notamment le prix Rayonnement international du Secrétariat international des infirmières de l'espace francophone ainsi que l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG à l'occasion du 30^e anniversaire de ce mouvement et en remerciement pour son implication constante.

NOTES

1. Des efforts ont été consentis récemment par le Gouvernement du Québec afin de rehausser les salaires, d'offrir une formation accélérée et un emploi à temps complet à des milliers de personnes voulant s'engager en tant que préposés.

RÉFÉRENCES

Comas-Herrera, A., Ashcroft, EC. et Lorenz-Dant, K. (2020). International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings. *International Long Term Care Policy Network*. Repéré à <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-prevent-and-manage-COVID19-infections-in-care-homes-11-May-2.pdf>

Breton, B. (2020, 9 juillet). Plus que des soins de gardiennage pour les aînés. *La Tribune*.

Estabrooks, C., Straus, S., Flood, C., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., Boscart, V., Ducharme, F., Silviu, J. et Wolfson, M. (2020). *Rétablir la confiance: La COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée au Canada*. Société royale du Canada, 68 pages.

Faghanipour, S., Monteverde, S. et Peter, E. (2020). COVID-19-related deaths in long-term care: The moral failure to care and prepare. *Nursing Ethics*, 27 (5), 1171-1173.

Gobeil, M. (2020, 19 avril). *Notre modèle d'hébergement et de soins pour aînés doit-il être revu?* Repéré à [Ici-radio-canada.ca/nouvelle/1694788/chsld-crise-covid-soins-modele-solutions-aines-ages-residence-deces](http://ici-radio-canada.ca/nouvelle/1694788/chsld-crise-covid-soins-modele-solutions-aines-ages-residence-deces).

Gouvernement du Québec. (2020a). *Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation*. Québec : Gouvernement du Québec. 18 pages.

Gouvernement du Québec. (2020b). *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague*. Québec : Gouvernement du Québec, 99 pages.

Lepage, G. (2020, 5 juillet). Pénurie de personnel et mauvaise gestion en CHSLD. *Le Devoir*.

Mathieu, L. et Bleau, H. (2020, 13 juillet). Il faut des soins optimaux pour les personnes âgées en CHSLD. *Le Devoir*.

Mercure, P. (2020, 3 juillet). Rapport sur la situation en CHSLD "un désastre tragique et évitable". *La Presse +*, section Actualités, écran 6.

Changements démographiques et pressions technologiques : Quelques idées sur l'évolution de l'offre de soins

Damien Contandriopoulos, Ph.D.

La société québécoise vieillit. Même si cette évolution démographique est incontestable, l'adaptation du système de santé du Québec à l'évolution de la demande de soins reste un défi. Cet article fait un état des lieux de quelques-unes des pressions auxquelles le système de santé du Québec fait face. Dans un second temps, il met de l'avant quelques pistes de solution pour permettre d'adapter les soins aux attentes et aux besoins. Les leçons de l'épidémie de COVID-19 en milieu d'hébergement ne font que renforcer l'urgence d'agir.

Mots-clés : vieillissement, soutenabilité, système de soins, innovations, pertinence

Introduction

La société québécoise vieillit. Ce constat s'avère inéluctable. Les personnes de 65 ans et plus constituaient 18 % de la population du Québec en 2016, mais en constitueront 25 % en 2031 (Institut de la statistique du Québec, 2019). Pour les 75 ans et plus, on prévoit que leur nombre devrait doubler au Québec au cours des vingt prochaines années (CIHI, 2017).

Il y a maintenant plusieurs décennies que les implications de l'évolution démographique sur les besoins de soins sont discutées dans la littérature scientifique. Dans un article influent, Barer, Evans et Hertzman (1995) mettaient de l'avant l'idée que l'impact du vieillissement sur les systèmes de santé s'apparentait plus au mouvement d'un glacier qu'à une avalanche. Cette allégorie visait à illustrer que le vieillissement, en tant que tel, ne menaçait pas la pérennité des régimes publics de santé. L'important était de s'assurer que ceux-ci soient en mesure de s'adapter à l'évolution de la société. Mais, 25 ans plus tard, on est en droit de s'interroger sur ce qui a réellement été fait au Québec pour aligner les besoins, l'offre et les ressources.

L'objectif de cet article vise à discuter de certains des impacts du vieillissement de la population sur la demande de soins ainsi que des pistes de transformation susceptibles d'améliorer à la fois la qualité des soins, la santé de la population et la soutenabilité financière du système de soins.

Un système sous pression

Intensité des soins et pertinence

La nature et l'intensité des besoins en soins évoluent au cours de la vie d'une personne. Les premières et les dernières années de vie sont celles où les dépenses de santé moyennes par personne sont les plus importantes. Des données du Manitoba montrent ainsi qu'en 2005, les jeunes adultes (35-44 ans) avaient en moyenne des dépenses de santé de l'ordre de 1 300\$, mais que celles-ci étaient de l'ordre de 9 400\$, soit sept fois plus, pour les plus de 75 ans (Deber et Lam, 2009).

Il ne fait aucun doute que la perte d'autonomie et la fin de vie entraînent une augmentation majeure des besoins. Mais l'augmentation réelle de ceux-ci n'est probablement pas le seul facteur qui explique le rythme d'augmentation des dépenses de santé. Un autre facteur important est que, pour un état de santé identique, nos sociétés tendent à offrir une intensité de traitement beaucoup plus importante que ce qui était offert il y a vingt ou trente ans.

Par exemple, depuis le début des années 2000, on assiste à une réévaluation constante des seuils cliniques utilisés pour définir plusieurs des maladies chroniques courantes (Kaplan, 2006; Kaplan et Ong, 2007). Cette réévaluation fait en sorte que de plus en plus de gens sont techniquement considérés malades et traités comme tels. Une étude américaine de 2007 montrait qu'en fonction des critères alors en vigueur, 97 % de la population américaine de plus de 50 ans était cliniquement considérée comme atteinte d'au moins une maladie chronique métabolique (Kaplan et Ong, 2007). Depuis lors, il semble que

la tendance continue de s'accroître (Booth et al., 2017; Menke, Casagrande, Geiss et Cowie, 2015; Mercado et al., 2015; Selvin, Parrinello, Sacks et Coresh, 2014).

Les gens qui reçoivent un diagnostic de diabète, d'hypercholestérolémie ou d'hypertension se voient généralement prescrire des médicaments et un suivi régulier. Or, il existe de nombreuses raisons de s'interroger sur les bénéfices cliniques réels que ces traitements apportent (Grady et Redberg, 2010; Hadler, 2008; Kaplan et Ong, 2007; Wright, 2002). Pour beaucoup de gens traités, en particulier ceux qui sont proches du seuil clinique, ni les médicaments ni le suivi n'apporteront de bénéfices.

Or, si l'exemple des maladies chroniques métaboliques est bien documenté, il n'est qu'un exemple parmi d'autres. Dans tous les pays riches, l'intensité des soins offerts est en augmentation constante sans que la preuve des bénéfices de santé soit toujours au rendez-vous. Par ailleurs, c'est probablement chez les personnes âgées que les problèmes de pertinence des soins sont les plus criants.

Rationnement de l'offre d'hébergement

Sur un autre plan, au cours des quinze dernières années le nombre de places d'hébergement disponibles en CHSLD au Québec a stagné, avec une légère baisse de 47 210 places en 2005 à 44 532 places en 2020 (MSSS, 2020a). En revanche, la demande pour les services d'hébergement a vraisemblablement crû avec l'augmentation du nombre de personnes âgées. Le ratio du nombre de places d'hébergement en CHSLD par habitant de plus de 70 ans est ainsi passé de 65 places par 1 000 personnes à 40 places par 1 000 personnes, soit une baisse de près de 40 %.

Cette diminution de l'offre de places d'hébergement a, comme conséquences, un alourdissement du niveau de besoins moyen des personnes admises en CHSLD, une diminution de l'accessibilité des CHSLD pour les personnes en perte d'autonomie modérée, et, accessoirement, de contribuer à rendre insoluble le problème d'engorgement chronique des urgences.

En pratique, pour de nombreuses personnes âgées, il y a probablement un effet de substitution de l'hébergement en résidence privée à la place de l'hébergement en CHSLD. Or, la qualité des soins en résidences privées est extrêmement variable, les conditions de travail et les exigences

de formation du personnel sont généralement moins bonnes qu'en CHSLD, sans compter que l'accessibilité aux résidences privées est principalement dépendante de l'épaisseur du portefeuille et non des besoins.

La COVID-19 comme révélateur des problèmes en hébergement

Il est aussi difficile de discuter d'hébergement institutionnel en 2020 sans aborder la COVID-19. Bien sûr, l'âge est un facteur de risque bien documenté pour les hospitalisations et les décès liés à la COVID-19. Ainsi, au moment d'écrire ce texte, 91 % des personnes mortes de la COVID-19 au Québec avaient plus de 60 ans (INSPQ, 2020b). Mais ce portrait des décès cache un second facteur de risque, corrélé à l'âge, qu'il est important de ramener à l'avant-plan.

Sur les 5 760 décès attribués à la COVID-19 au Québec en date du 1er septembre 2020, 3 669 se sont produits dans des CHSLD et 1169 autres en résidences privées ou en ressources intermédiaires (INSPQ, 2020a). Au total, ce sont ainsi 84 % de l'ensemble des décès attribués à la COVID-19 qui se sont produits dans des milieux d'hébergement institutionnels. En quelques mois, ce sont plus de 8 % de l'ensemble des résidents des CHSLD du Québec qui sont morts de la COVID-19. À titre de comparaison, c'est 0,2 % des plus de 60 ans et 2 % des plus de 90 ans du Québec qui sont décédés de la COVID-19 (INSPQ, 2020b; Institut de la statistique du Québec, 2019). Ce que ces chiffres montrent c'est que l'hébergement institutionnel tel qu'il existe actuellement au Québec est, en lui-même, un facteur de risque.

Par ailleurs, les problèmes liés à l'hébergement institutionnel qui ont été révélés par l'épidémie de COVID-19 ne datent pas d'hier : ratios de patients par soignant beaucoup trop élevés, conditions de travail et niveau de formation qui laissent à désirer pour de nombreux postes, conditions de vie qui souvent ne correspondent pas aux attentes des résidents et de leurs proches, etc. La liste des problèmes liés à l'hébergement institutionnel des personnes âgées est longue et bien documentée depuis longtemps.

Quelques pistes de solution

Au-delà de ce qui est discuté plus haut, de nombreux exemples convergent pour suggérer que le système de santé du Québec ne s'est pas adapté aussi profondément et aussi rapidement qu'il aurait fallu face à l'évolution démographique

de sa population. La combinaison d'une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population et d'une augmentation de l'intensité moyenne de traitement par personne, tout âge confondu, crée une pression croissante sur les budgets. Cette pression se traduit, d'une part, par le rationnement de certains services (listes d'attentes, délais, faible accessibilité) et, d'autre part, menace la soutenabilité du système. Par ailleurs, la pertinence de plusieurs des services offerts est discutable. Finalement, l'offre de services, entre autres d'hébergement, ne correspond souvent pas aux attentes des utilisateurs dans leur forme et par leur qualité.

Adapter les services aux besoins

Maximiser la qualité de vie, diminuer la mortalité et la morbidité évitables et répondre aux attentes des personnes âgées demande une approche intersectorielle - transport, logement, urbanisme, programmes sociaux, santé etc. (World Health Organization, 2018). Les pays qui réussissent le mieux investissent de manière coordonnée, non seulement en santé, mais, par exemple, en soutien au logement et en soins à domicile (Kähler, 2008; Pedersen, 2015; World Health Organization, 2019).

Il n'existe pas beaucoup de données publiques sur l'offre de soins à domicile au Québec. On sait toutefois que les dépenses en soins à domicile sont passées de 69 \$ à 101 \$ par habitant (dollars constants de 1997) entre 2001 et 2014 (MSSS, 2020b) et, en espérant qu'elle se soit poursuivie, cette hausse est un pas dans la bonne direction. Mais, si on compare le Québec avec les systèmes les plus performants (World Health Organization, 2018, 2019), l'offre de services intégrés permettant aux personnes âgées de rester chez elles aussi longtemps que possible y reste faible et très dépendante du revenu.

En termes d'offre de soins, le Québec utilise par ailleurs une approche très hiérarchique et segmentée dans l'organisation du travail. **Pourtant, il existe des preuves que de confier à de petites équipes infirmières financées sur une base territoriale la responsabilité de s'auto-organiser pour décider à la fois des services à offrir et de la manière de le faire permet d'améliorer à la fois la qualité des soins, la satisfaction des soignés et des soignantes ainsi que l'efficacité (Kaloudis, 2018; Monsen et de Blok, 2013; Sheldon, 2017).** Ce modèle, le *Buurtzorg*, développé aux Pays-Bas, est actuellement l'objet de beaucoup d'attention mais n'est qu'un des indices qu'une reprofessionnalisation des pratiques devrait être envisagée.

Toujours dans cette veine, en 2018, le Québec a élargi le droit de pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) pour initier le traitement de plusieurs maladies chroniques (CMQ, 2018) et de plus en plus d'ordonnances collectives permettent aux infirmières cliniciennes d'effectuer le suivi des patients stables ainsi que l'ajustement de leurs traitements. Ici encore, la redéfinition des frontières professionnelles est un pas dans la bonne direction. Mais si ce processus augmente la quantité de soins disponibles, il faut réaliser qu'il ne contribue en rien à la maximisation de la pertinence des soins offerts. En fait, pour l'instant, il n'existe que peu d'indices d'une réflexion sur la manière dont la profession infirmière pourrait contribuer à s'assurer que les soins offerts soient ceux qui contribuent le plus à la santé des individus et des populations.

Conclusion

Les prévisions démographiques suggèrent que le système de santé du Québec va devoir se transformer beaucoup plus rapidement au cours des prochaines décennies que de la façon dont il a évolué au cours des vingt dernières années. Sans adaptation majeure, l'offre de soins ne répondra pas aux besoins et la soutenabilité même du système s'en trouvera menacée.

La première étape nécessaire à un tel changement de fond est la réalisation que la trajectoire actuelle n'est pas la bonne. La seconde étape est de pouvoir imaginer à quoi pourrait ressembler un système plus adapté aux besoins, plus performant et plus innovant. Le présent article propose quelques pistes à cet égard. Prêter attention aux meilleures pratiques qui existent ailleurs dans le monde. Remettre en question les approches en vigueur; ce n'est pas parce que les choses ont toujours été faites d'une certaine façon que c'est forcément la meilleure. Centrer la réflexion sur les besoins et les attentes plutôt que sur les services actuellement offerts. Et, finalement, permettre à l'ensemble des acteurs engagés dans l'offre de soins et de services de participer à la réinvention du système.



Damien Contandriopoulos

Damien Contandriopoulos est professeur titulaire à la *School of Nursing* de l'Université de Victoria (BC). Son programme de recherche est centré sur l'analyse des politiques de santé, l'utilisation des connaissances scientifiques dans les processus de décision et le développement de modèles de soins primaires performants.

NOTE

Ce texte synthétise le contenu d'une présentation prévue en avril dernier à la journée de formation de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG).

RÉFÉRENCES

Barer, M. L., Evans, R. G. et Hertzman, C. (1995). Avalanche or glacier?: Health care and the demographic rhetoric. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 14(2), 193-224.

Booth, J. N., 3rd, Li, J., Zhang, L., Chen, L., Muntner, P. et Egan, B. (2017). Trends in prehypertension and hypertension risk factors in US adults : 1999-2012. *Hypertension*, 70(2), 275-284.

CIHI. (2017). *Seniors in transition: Exploring pathways across the care continuum*. Canadian Institute for Health Information.

CMQ. (2018). *Une avancée majeure pour l'accès aux soins de santé. Les IPS peuvent désormais amorcer le traitement pour six problèmes de santé chroniques*. Collège des Médecins du Québec. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/ips-amorce-traitement-problemes-sante-chroniques.aspx>

Deber, R. B. et Lam, K. C. K. (2009). *Handling the high spenders: Implications of the distribution of health expenditures for financing health care*. American Political Science Association Annual Meeting, Toronto.

Grady, D. et Redberg, R. F. (2010). Less is more: How less health care can result in better health. *Archives of Internal Medicine*, 170(9), 749-750.

Hadler, N. M. (2008). *Worried sick: A prescription for health in an overtreated America*. 1-32.

INSPQ. (2020a). *Données COVID-19 - Ensemble des régions du Québec*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/regions>

INSPQ. (2020b). *Données COVID-19 au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

Institut de la statistique du Québec. (2019). *La population du Québec d'ici 2066 : une croissance qui se poursuit, mais qui ralentit*. Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiqu/communiqu-presse-2019/juillet/juillet1911.html>

Kähler, M. (2008). Trends in housing for elderly people in Denmark by Margrethe Kähler. In HOPE - Housing for older people in Europe (Ed.), *Trends in housing for older people - Conference Report* (pp. 53-60).

- Kaloudis, H. (2018). A first attempt at a systematic overview of the public record in English on Buurtzorg Nederland (Part A—Buurtzorg's performance). *Medium*. Repéré à https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-first-attempt-at-a-systematic-overview-of-the-public-record-on-buurtzorg-nederland-part-a-ff92e06e673d
- Kaplan, R. M. (2006). Effects of changes in diagnostic thresholds on healthcare for older adults. In A. S. CM Aldwin, C Park (Ed.), *Handbook of the Health Psychology and Aging*. (pp. 390-411).
- Kaplan, R. M. et Ong, M. (2007). Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annual Review of Public Health*, 28, 321-344. doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144141
- Menke, A., Casagrande, S., Geiss, L. et Cowie, C. C. (2015). Prevalence of and trends in diabetes among adults in the United States, 1988-2012. *JAMA*, 314(10), 1021-1029.
- Mercado, C., DeSimone, A. K., Odom, E., Gillespie, C., Ayala, C. et Loustalot, F. (2015). Prevalence of cholesterol treatment eligibility and medication use among adults - United States, 2005-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(47), 1305-1311. Repéré à www.ijstor.org/stable/24856913
- Monsen, K. A. et de Blok, J. (2013). Buurtzorg: nurse-led community care. *Creative Nursing*, 19(3), 122-127. Repéré à <http://ezproxy.library.uvic.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24400466&site=ehost-live&scope=site>
- MSSS. (2020a). *Capacités: Lits ou Places autorisés au permis-Sommaire provincial selon les mission-classe-typ*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Repéré à <https://m02.pub.msss.rtss.qc.ca/M02SommLitsPlacesProv.asp>
- MSSS. (2020b). *Dépenses pour des services à domicile (Fichier Excel)*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Repéré à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/ressources-financieres/Depenses-services-a-domicile-20v2015.xls>
- Pedersen, M. (2015). Senior co-housing communities in Denmark. *Journal of Housing For the Elderly*, 29(1-2), 126-145. doi.org/10.1080/02763893.2015.989770
- Selvin, E., Parrinello, C. M., Sacks, D. B. et Coresh, J. (2014). Trends in prevalence and control of diabetes in the United State, 1988-1994 and 1999-2010. *Annals of Internal Medicine*, 160(8), 517-526.
- Sheldon, T. (2017). Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 358, j3140-j3140. doi.org/10.1136/bmj.j3140
- World Health Organization. (2018). *Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2019). *Denmark: Country case study on the integrated delivery of long-term care*. WHO Regional Office for Europe.
- Wright, C. J. (2002, 24 mai). *Healthcare supply and demand: Maybe less is more*. Health Economics Research Association, Halifax.

La crise de la COVID-19 en CHSLD : comment saisir la tragédie actuelle pour sortir de la tragédie perpétuelle?

Francis Etheridge, Ph.D.

Rarement aurons-nous autant parlé des CHSLD que pendant la pandémie de la COVID-19. La tragédie s'y étant déroulée à retenu notre attention collective à juste titre. Les analyses des fondements de cette crise et les recommandations pour pallier les dysfonctionnements à sa source abondent. Cet article contribue à jeter un regard rétrospectif sur les grandes tentatives de réforme des CHSLD et expose que l'ampleur de la crise actuelle aurait pu être atténuée par la mise en œuvre de recommandations antérieures. Si cette prise de conscience peut susciter des regrets, elle peut aussi alimenter des doutes quant à l'influence qu'auront les recommandations issues de ce drame une fois la poussière retombée. Dans l'intention de contribuer à augmenter la capacité des CHSLD à saisir les leçons d'aujourd'hui pour réaliser une transformation longtemps attendue, cet article propose une explication de l'influence mitigée des réformes passées et une révision de leurs mécanismes de gouvernance comme solution fondamentale pour rompre avec leur stagnation.

Mots-clés : CHSLD, COVID-19, gouvernance, gestion du changement, réforme

Introduction

La crise qui marque la vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) depuis les 6 derniers mois est la source de grandes souffrances. À ce jour, ses effets les plus saillants sont la mort de milliers de résidents et le désarroi de leurs proches, majoritairement contraints à vivre leurs inquiétudes et deuils à distance de leurs êtres chers. Si ces effets ont diminué, considérant le ralentissement des éclosions de la COVID-19 en CHSLD et leur réouverture contrôlée aux proches, d'autres perdurent.

L'isolement, la solitude et l'impuissance des résidents, identifiés depuis plusieurs décennies comme les trois maux les plus marquants de l'expérience des résidents des organisations d'hébergement d'ici et d'ailleurs (Thomas, 1996),

sont toujours exacerbés par les mesures de prévention des infections en vigueur. L'anxiété des proches relative à la qualité des soins reçus par les résidents ou à leur qualité de vie se trouve aussi augmentée par un contexte qui limite leur présence et qui génère de l'instabilité (p. ex., nombreux nouveaux employés, routines et activités modulées, etc.). L'épuisement physique et psychologique du personnel soignant et des gestionnaires, ayant déployé des efforts extraordinaires et devant aujourd'hui redoubler d'ardeur pour affronter la « deuxième vague », s'accroît.

Bien qu'intensifiés par la pandémie, la solitude, l'anxiété et l'épuisement représentent des réalités communes et soutenues pour les principaux acteurs des CHSLD. Il est ainsi lucide d'appréhender la crise actuelle comme une tragédie en soi, mais aussi comme une révélatrice de lacunes préalables et une occasion de changer le cours de l'évolution des CHSLD.

Le plan d'action publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2020) pour préparer le Québec à une potentielle deuxième vague de COVID-19 apporte un regard préliminaire sur les dysfonctionnements à la source des difficultés des CHSLD à gérer la pandémie. Bien que ce plan ne soit pas exhaustif, la comparaison des actions qu'il préconise pour remédier à ces dysfonctionnements et des recommandations issues d'autres initiatives d'améliorations marquantes, permet de constater que la réalisation de recommandations récurrentes antérieures aurait contribué à diminuer l'ampleur de la tragédie en CHSLD.

Le Tableau 1 propose une comparaison des thématiques des recommandations issues d'initiatives phares d'amélioration des CHSLD, soit le rapport Clair (MSSS, 2000), le rapport national des visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie (MSSS, 2009), le rapport sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (MSSS, 2016b) et les engagements issus du Forum sur les meilleures pratiques en centres d'hébergement et de soins de longue durée (MSSS, 2016a).

Tableau 1. Comparaison de thématiques de certaines initiatives phares d'amélioration des CHSLD

| Recommandations | Clair (2000) | Visites (2009) | CSSS (2016) | Forum (2016) | COVID (2020) |
|--|---------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Ressources humaines | | | | | |
| Revoir les mécanismes de contrôle de la qualité des services, notamment dans les CHSLD privés | x | | x | | x |
| Clarifier la mission des CHSLD ou le rôle des milieux de vie | | x | x | | x |
| Procéder à des modifications réglementaires | | x | | | x |
| Identifier un gestionnaire responsable pour chaque CHSLD | | | | x | x |
| Alléger les critères d'admission en CHSLD | x | | x | | |
| Mettre en œuvre des modalités de partage des connaissances et des meilleures pratiques | | x | | x | |
| Ressources humaines | | | | | |
| Accroître le recrutement et la rétention du personnel, notamment des préposés | | | x | x | x |
| Améliorer l'offre de formation et offrir des formations pertinentes | | | x | x | x |
| Clarifier les rôles des intervenants et favoriser l'interdisciplinarité | | x | x | x | |
| Valoriser le travail en CHSLD, notamment le rôle des préposés | | | x | x | |
| Diminuer la mobilité de la main-d'œuvre, notamment des préposés | | | x | | x |
| Soins et services | | | | | |
| Assurer un meilleur équilibre entre milieux de vie et milieux de soins / approche biopsychosociale | | x | x | x | x |
| Améliorer l'évaluation des besoins et la personnalisation des soins et services | | x | x | x | |
| Améliorer certaines pratiques (p. ex., pharmacologie, contentions, soins buccodentaires, etc.) | | x | x | x | |
| Améliorer les repas et l'expérience du repas | | x | x | x | |
| Prévenir le déconditionnement des résidents | | | | | x |
| Infrastructures | | | | | |
| Rénover les infrastructures | | x | | | |
| Rendre disponibles les équipements adéquats | | | x | x | |
| Informatiser les CHSLD | | | | | x |
| Partenariat | | | | | |
| Favoriser ou rendre possible la présence des proches aidants | | | | x | x |
| Améliorer la collaboration et les communications avec les résidents et les proches aidants | | | | x | x |
| Financement | | | | | |
| Augmenter l'intensité des soins et des services / la quantité de personnel | x | | x | x | |

Cette comparaison expose que la quasi-totalité des recommandations incluses dans le plan d'action de 2020 du MSSS furent antérieurement communiquées. Il est ainsi justifié de douter de la capacité des recommandations et des engagements qui découleront de la crise actuelle à transformer significativement et durablement les CHSLD. Une réflexion sur les raisons qui ont soutenu l'influence mitigée des recommandations du passé s'impose dans l'intérêt de susciter des conditions favorables au changement pour ainsi contribuer à s'assurer que les souffrances propres à la crise actuelle n'aient pas été vécues en vain.

Pourquoi autant de recommandations récurrentes?

La section précédente expose que la crise actuelle est moins le produit d'un manque de connaissance que celui d'un manque de capacité, voire de volonté à traduire des connaissances en actions. La mise en action des recommandations répertoriées dans le Tableau 1 exige, pour toutes, l'investissement de ressources. Certaines recommandations exigent davantage de ressources budgétaires (p. ex., augmentation du personnel, rénovation des infrastructures, etc.) et d'autres des ressources de soutien au changement (p. ex., valorisation du rôle des préposés aux bénéficiaires (PAB), partenariat avec les résidents et les proches, etc.). Bien que ces deux types de recommandations soient nécessairement interreliés, la capacité des organisations à soutenir des changements étant notamment fonction des ressources qu'elles peuvent consacrer à autre chose qu'à leur fonction première (Simon, 1997), nous les traiterons indépendamment dans les prochains paragraphes.

La mise en œuvre insuffisante des recommandations qui exigent des investissements budgétaires apparaît être le résultat d'une réticence persistante des gouvernements provinciaux à investir les sommes requises pour y arriver. La médiatisation des failles des CHSLD, trop souvent incarnée par des problèmes anecdotiques au regard de l'ensemble (p. ex., manque de deuxième bain, soins buccodentaires inadéquats, alimentation insatisfaisante, etc.) (Etheridge, 2020), a certes généré des investissements ciblés, suffisants pour atténuer des tempêtes médiatiques et politiques momentanées, mais insuffisants pour permettre aux CHSLD d'actualiser les recommandations requises pour transformer leur statut de parent pauvre du système de santé. Ce statut semble fondé sur une complaisance collective à l'égard de l'insuffisance des ressources pour offrir des milieux de vie au sein desquels il fait bon vivre

pour les personnes les plus âgées et fragilisées de notre société (Benbow, 2008).

Les difficultés de mise en œuvre des recommandations qui exigent des ressources pour soutenir les acteurs des CHSLD dans l'adoption et l'actualisation pérenne de nouvelles pratiques peuvent être associées à la gouvernance des CHSLD (Etheridge, 2018). Par gouvernance, nous entendons la gouvernance de l'institution que représentent les CHSLD et référons donc aux modalités qui régulent les interactions entre les CHSLD et leur environnement (Enjolras, 2005). Cette gouvernance serait fondamentalement influente sur la capacité des CHSLD à transformer des recommandations en solutions pérennes, considérant la déconnexion entre ce que cette gouvernance exige et les moyens mis à la disposition des organisations pour réaliser ses prescriptions. Les modalités, principalement constitutives de cette gouvernance, sont les mécanismes continus de contrôle de la qualité et des soins en CHSLD (p. ex., processus d'agrément, visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie du MSSS) et les injonctions ponctuelles à l'adoption de nouvelles pratiques (p. ex., utilisation appropriée des antipsychotiques, programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD). De ces mécanismes découlent des agendas de changements standardisés, imposés et impossibles à réaliser. À l'instar de leurs équivalents dans le monde, les CHSLD sont ainsi contraints à être plus « centrés sur les réglementations » que « centrés sur leurs résidents » (Banerjee et Armstrong, 2015). En cherchant à respecter les réglementations établies par leur cadre institutionnel, les CHSLD détournent de leur attention des occasions de remettre en question les fondements de leur système actuel tel qu'appelé par le mouvement international qui promeut le « changement de culture » (Levenson, 2010).

De façon apparemment paradoxale, la régulation des CHSLD par un environnement réglementaire hautement exigeant n'est pas associée à des mécanismes d'évaluation rigoureux ou contraignants. S'il est reconnu que le travail administratif requis par les mécanismes de reddition de comptes propre à cet environnement réglementaire est très chronophage (Commission de la Santé et des Services sociaux, 2016), le respect effectif des réglementations ou exigences n'est que très partiellement évalué. De cette relation dialectique entre l'intensité des demandes et la mollesse des contrôles, qui s'intéressent peu aux processus d'amélioration et qui se satisfont surtout de preuves écrites, émergent, plus souvent qu'autrement, des stratégies de

gestion du changement reconnues insuffisantes. **Ce conditionnement systémique aux travaux de surface, plutôt qu'aux travaux de fond, mène majoritairement à la production d'améliorations plus visibles de l'extérieur que de l'intérieur des CHSLD.** L'apparente « stupidité » de la perpétuation de ce mode de gouvernance est associée à des contextes organisationnels au sein desquels la création d'image et la persuasion sont plus importantes que la performance substantive (Alvesson et Spicer, 2012). Les gains habituellement produits en ces contextes peuvent être définis de « débris d'amélioration », soit des « artefacts matériels » (p. ex., affiches, documents, outils, etc.) et « immatériels » (p. ex., désengagement, désillusion), de processus de changement inachevés, et, qui contribuent davantage à camoufler la persévérance des lacunes qu'à les diminuer (Etheridge, 2018).

Saisir l'occasion de changer « pour vrai »

Dans un premier temps, il est essentiel de communiquer que les changements requis pour sortir de la crise sanitaire qui affecte les CHSLD ne sont pas les mêmes que les changements requis pour sortir les CHSLD du marasme durable dans lequel ils se trouvent. Les réponses aux effets de la pandémie en CHSLD doivent être mises en œuvre rapidement et viser principalement la diminution des risques de souffrances indues sans pour autant priver les résidents de leurs raisons de vivre. Par contraste, les solutions aux difficultés apparemment perpétuelles des CHSLD requièrent des transformations fondamentales et soutenues à long terme. Ces transformations exigent l'adoption de modèles d'hébergement qui valorisent la santé holistique des résidents et requièrent par ailleurs une plus grande tolérance aux risques inhérents à des vies plus stimulantes (Koren, 2010).

Dans un second ordre d'idée, l'amélioration réelle des conditions de vie des résidents des CHSLD, par la réalisation des ambitions sous-jacentes aux recommandations récurrentes présentées dans le Tableau 1, requiert une transformation de la gouvernance institutionnelle. **Cette transformation doit être portée par une conception des CHSLD comme des milieux de vie capables d'innovation plutôt que comme des réceptacles uniformes devant absorber un flot incessant de prescriptions de changements.** Un tel changement de posture serait à la fois cohérent avec les valeurs des CHSLD, notamment celle de favoriser l'autonomisation de leurs résidents et de leurs proches, et avec plusieurs principes

de gestion du changement reconnus bénéfiques. Pensons notamment à la valeur de systèmes organisationnels au sein desquels les acteurs de changements tirent vers eux le soutien d'agents de changement (*pull-system*) plutôt que des systèmes organisationnels au sein desquels les agents de changement poussent vers les acteurs des demandes de changements (*push-system*) (Clegg et Walsh, 2004).

Une plus grande lucidité quant aux liens étroits entre les mécanismes de gouvernance et les mécanismes de gestion du changement organisationnels est nécessaire pour repenser les modes de régulation de la performance des CHSLD. Une gouvernance qui mise sur une gestion plus décentralisée des CHSLD et sur des processus d'amélioration de la qualité locaux et réellement partenariaux serait favorable à l'innovation (NHS, 2016). Dans un tel modèle, les ressources étatiques devraient avoir comme principale fonction d'accompagner les organisations dans la mise en œuvre de structures locales de gestion imputables de la co-construction de cibles d'amélioration adaptées à leurs forces et faiblesses singulières. Des orientations ministérielles claires quant à la mission des CHSLD et aux pratiques à respecter pour la réaliser demeureront bénéfiques au balisage des cheminements organisationnels locaux.

Conclusion

La tragédie générée par la pandémie de la COVID-19 dans les CHSLD doit être appréhendée comme une source d'apprentissage pour mieux préparer la gestion de futures vagues de la COVID, mais aussi comme une opportunité de stimuler les changements requis à l'amélioration durable de la qualité de vie des résidents des CHSLD. Les investissements publics massifs pour renforcer les CHSLD, permis par l'attention médiatique et politique inédite leur étant accordée, sont de bon augure, mais une réforme des modalités de gouvernance des CHSLD est nécessaire pour éviter que ces mesures d'urgences viennent camoufler les lacunes les plus persistantes de cette institution.



Francis Etheridge

Francis Etheridge a consacré les quinze dernières années de sa vie universitaire et professionnelle à étudier les organisations d'hébergement et de soins de longue durée (OHSLD) ainsi qu'à contribuer activement à leur amélioration. Il a notamment complété un doctorat en gérontologie à l'Université de Sherbrooke sur les fondements managériaux des difficultés d'amélioration des OHSLD. Son expertise se fonde sur ses expériences de recherche, mais aussi sur les connaissances acquises dans ses rôles de gestionnaire, de consultant et de proche aidant. Il œuvre aujourd'hui comme consultant en développement organisationnel et en gestion du changement par l'entremise de sa compagnie, Humanique Conseil.

RÉFÉRENCES

Alvesson, M. et Spicer, A. (2012). A stupidity-based theory of organizations. *Journal of Management Studies*, 49(7), 1194-1220.

Banerjee, A. et Armstrong, P. (2015). Centring care: Explaining regulatory tensions in residential care for older persons. *Studies in Political Economy: A Socialist Review*, 95, 7-28.

Benbow, S. M. (2008). Failures in the system: our inability to learn from inquiries. *Journal of Adult Protection*, 10(3), 5-13. Repéré à <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=34101656&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

Clegg, C. et Walsh, S. (2004). Change management: Time for a change! *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(2), 217-239. doi:10.1080/13594320444000074

Commission de la Santé et des Services sociaux (CSSS). (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Observations, conclusions et recommandations*. Repéré à https://www.aqdr.org/wp-content/uploads/rapport-chsld_16-06-07_recommandations_final.pdf

Enjolras, B. (2005). Économie sociale et solidaire, territoire et régimes de gouvernance. *Revue internationale de l'économie sociale*, 56-69.

Etheridge, F. (2018). *Étude des fondements managériaux des difficultés d'amélioration des centres d'hébergement et de soins de longue durée*. (Ph.D.). Université de Sherbrooke. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/12160>

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. doi:10.1377/hlthaff.2009.0966

Levenson, S. A. (2010). The basis for improving and reforming long-term care. Part 4: Identifying meaningful improvement approaches (Segment 2). *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(3), 161-170. doi:10.1016/j.jamda.2009.12.082

NHS. (2016). *The framework for enhanced health in care homes*. Repéré à <https://www.england.nhs.uk/new-care-models/about/care-homes-sites/>

Simon, H. A. (1997). *Administrative Behavior* (4th ed.). New York: The Free Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2000). *Les solutions émergentes - Rapport et recommandations (Rapport Clair)*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). *Visites d'appréciation de la qualité. Rapport National Septembre 2004 à Juin 2007*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016a). *Forum sur les meilleures pratiques en centres d'hébergement et de soins de longue durée*. Montreal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016b). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Observations, conclusions et recommandations*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). COVID-19 : *Plan d'action pour une deuxième vague*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002661/>

Thomas, W. H. (1996). *Life worth living : how someone you love can still enjoy life in a nursing home : the Eden alternative in action*. Acton, MA: VanderWyk & Burnham.

GROUPE SANTÉ SEDNA

Nous prenons soin des
personnes fragilisées par
l'âge, la perte d'autonomie,
la maladie ou le handicap



SANTÉ VALEO



LEADER DES SOINS DE
LONGUE DURÉE AU QUÉBEC

HÉBERGEMENT ET SERVICES
DE SANTÉ PRIVÉS

HÔPITAL DE POINTE DANS LE
DOMAINE DE LA RÉADAPTATION

NOS PROFESSIONNELS

Les acteurs incontournables
de la qualité des services et
de la sécurité de nos clients

groupesedna.ca

Témoignage d'une gestionnaire

Dans l'œil de la tempête : Au cœur de la collaboration et de l'expertise

Ginette Senez, B. Sc. inf., MBA

La pandémie de la COVID-19 a touché sévèrement les milieux de vie pour aînés au printemps 2020. La préparation de ces milieux sur le plan des connaissances, de l'approvisionnement, de la main-d'œuvre et du taux d'encadrement, de même que l'accès aux tests de dépistage en temps opportun ont représenté un réel défi de gestion, voire le défi d'une vie pour plusieurs. Les leçons apprises serviront assurément à mieux intervenir lors d'une potentielle deuxième vague.

Les gestionnaires du réseau de la santé, le personnel et les médecins ont vécu une tempête, voire même un tsunami lors de la pandémie au coronavirus COVID-19. La tempête s'est élevée rapidement, sans que la planification pour y faire face ait été complètement terminée. Certains collègues disaient que nous construisions l'avion alors qu'il était en plein vol.

Dès février 2020, les gestionnaires et les médecins du réseau de la santé ont été alertés par la situation qui prévalait en Chine. Rapidement, ils ont débuté la planification dans le but d'éviter que le virus ne se propage entre les différents milieux de vie et de soins pour aînés; tous étant convaincus que si le virus entraînait dans ces milieux, le nombre de personnes atteintes serait très élevé.

Circonscrire la COVID-19 : élargir les connaissances

C'est alors que la course aux renseignements sur la COVID-19 a débuté. Les connaissances scientifiques sur cette nouvelle maladie à coronavirus en lien avec ses symptômes, ses modes de transmission et sa contagiosité demeuraient limitées. Nous ne connaissions pas à cette période les symptômes atypiques de l'infection chez les personnes âgées, de même que l'absence complète de symptômes chez des personnes qui étaient tout aussi contagieuses. Les hôpitaux étaient à pied d'œuvre pour se préparer au pire, en prévoyant les soins intensifs, les équipements requis, les zones chaudes, la planification des trajectoires, la libération des lits de courte durée des usagers au niveau de soins alternatifs en les transférant

vers les centres d'hébergement, les ressources intermédiaires et les résidences privées pour aînés. Les équipes des CHSLD, avec un certain décalage, s'affairaient également à se préparer pour lutter contre cette pandémie qui sévissait.

La genèse de ce grand tourbillon

Dès la mi-mars, au retour de la semaine de relâche, des usagers hébergés en CHSLD ont été diagnostiqués positifs au coronavirus. Dès lors, tous ont été précipités dans un tourbillon qui a duré trois mois!

Alors que la flambée du virus sévissait au niveau mondial, le Québec était frappé à son tour. Les cas se multipliaient de jour en jour, et ce, autant chez les usagers que chez le personnel. Rapidement, une structure de gouvernance fut mise en place pour faciliter la prise de décision et assurer une communication bidirectionnelle. Les enjeux et les difficultés vécues sur le terrain devaient être captés rapidement par les gestionnaires afin que ces derniers puissent donner des orientations claires et régler les problématiques dans les meilleurs délais.

Une collaboration étroite et une mise à profit des expertises

Des communications formelles, très fréquentes, entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ont été mises en place afin d'exposer les problématiques rencontrées au sein des installations abritant des aînés; des échanges qui ont concouru à enrichir l'élaboration des directives et à donner collectivement des leviers nécessaires pour lutter contre la pandémie. Dans cette gestion de crise sans précédent, de nouveaux interlocuteurs ont également été appelés à se greffer à cette structure de gouvernance; la collaboration et l'expertise de ces acteurs étant essentielles. Des microbiologistes, aux experts en biosécurité, en passant par les conseillers en prévention des infections, aux médecins, aux gestionnaires,

aux responsables des installations matérielles, hygiène et salubrité, tous ont été mis à profit pour endiguer ce virus.

Une mobilisation sans précédent

Bien que nous ne disposions pas de toutes les données probantes quant à ce nouveau virus, le contexte de gestion de crise nous commandait impérativement une prise de décision rapide. Gérer dans l'ambiguïté était devenu le quotidien de tous! Les directives changeaient rapidement, parfois même au cours de la même journée. À chaque fois, un exercice de communication vers les employés du terrain était essentiel. **Les gestionnaires et les cogestionnaires médicaux se devaient de donner du sens et de la cohérence aux messages à véhiculer auprès des équipes, des personnes âgées et de leurs proches.** La pandémie aura permis, à ce titre, de développer davantage le modèle de cogestion médico-administrative et clinique.

Les cas se multipliaient parmi les usagers, mais aussi chez le personnel et les gestionnaires. Ces derniers, dont le nombre était déjà nettement insuffisant avant la pandémie, étaient rapidement retirés lorsque dépistés positifs à la COVID-19. Une réorganisation quotidienne des équipes s'opérait dès lors. Les équipes de remplacement n'étant pas en quantité suffisante, du personnel délesté des autres directions ou d'autres établissements était appelé en renfort. Certains, peu préparés et formés par rapport à la tâche qu'ils devaient occuper, vécurent un choc. Pour d'autres, en l'absence du personnel expérimenté, l'intégration fut plus ardue.

Le dépistage des usagers et des membres du personnel

Au début de la crise, la capacité de dépistage des usagers et des membres du personnel était insuffisante. Les délais de réception des résultats de dépistage occasionnaient des retards dans les déménagements des usagers en zones chaudes, et les membres du personnel devenaient beaucoup plus à risque de se contaminer entre eux, ce qui n'était pas sans ajouter un défi supplémentaire à cette lutte contre la pandémie. Le départ précipité des employés atteints a également contribué à accroître la vulnérabilité à maintenir en place une stabilité des équipes. Alors que la stabilité était déjà très précaire avant la pandémie, rapidement les gestionnaires ont été contraints de déplacer des employés d'un site à l'autre pour assurer le service. Selon les pratiques reconnues, le

transfert de personnel d'une installation à l'autre, particulièrement en temps de pandémie, est à proscrire. Cependant, il était impossible de ne pas le faire au pire de la crise.

Un réel défi pour les gestionnaires

Les CHSLD, les ressources intermédiaires et les résidences privées pour aînés ont été largement médiatisés durant la pandémie. Sans égard aux bons coups recensés dans la très grande majorité de ces milieux, les gestionnaires et les employés ont été pris à partie.

Alors que ces milieux étaient déjà fragiles et vulnérables avant la pandémie quant à la stabilité des équipes, au recrutement et à la rétention du personnel, cette fragilité a été exacerbée par la pandémie. À cette fragilité, l'accès en quantité suffisante aux équipements de protection individuelle (EPI) dans chacune des installations a ajouté aux préoccupations des gestionnaires. L'accès et les livraisons demeurant incertains, l'inventaire de ces équipements était des plus surveillés. En collaboration avec l'équipe de prévention des infections, les gestionnaires se sont dotés de plan de contingence en termes d'EPI.

Des milieux de vie

La multiplication des déménagements des usagers pour les regrouper en zones chaudes, tièdes ou froides, la réduction importante des activités d'animation loisirs, les murs placardés d'affichettes de toutes sortes, l'interdiction d'accès aux visiteurs et aux proches aidants, sauf en situation humanitaire, ont mis à rude épreuve la notion de milieu de vie que nous avons su implanter au cours des dernières années. Les milieux de vie étaient devenus de véritables milieux de soin. Pour plusieurs personnes, employés, gestionnaires et médecins, la pandémie a ébranlé leurs valeurs. Certains gestionnaires ont affirmé que la pandémie avait changé leur vie et même leur cheminement de carrière. Des blessures morales bien présentes certes.

Des communications accrues

Devant garder le cap, il appartenait aux gestionnaires de mettre les usagers, les proches et le personnel en confiance en leur donnant l'heure juste et en communiquant avec eux de manière transparente, et ce, sur une base

régulière. Communiquer avec le plus grand nombre d'individus et de façon fréquente dans de telles circonstances représentait un défi de gestion colossal.

Tirer des leçons pour mieux se préparer à une 2^e vague

La période d'accalmie relative qui a suivi a permis aux directions d'établissements de faire un bilan et de consolider les apprentissages, et ce, dans le but de mieux se préparer à une potentielle deuxième vague.

Une trousse de planification d'éclosion et une trousse de gestion d'éclosion ont été élaborées pour tous les types de milieux pour aînés. Un plan d'action, selon les niveaux d'alerte pour la COVID-19, a également fait l'objet de travaux. Quant à la structure de gouvernance, elle a été révisée de manière à être plus agile. Pour leur part, les structures de postes, en vue de stabiliser les équipes dans chacune des installations, ont été révisées. À cette initiative, s'ajoute également la définition d'un nouveau modèle de gestion des horaires.

La poursuite des actions initiées

Dans la perspective de se préparer à une potentielle deuxième vague, des mesures gouvernementales ont été mises en place. Nous n'avons qu'à penser à l'arrivée massive de préposés aux bénéficiaires nouvellement formés qui sauront grandement contribuer à stabiliser la main-d'œuvre en soins d'assistance.

Or, les actions doivent se poursuivre à l'aube de cette prochaine vague. Parmi les grands défis qui demeurent, il importe que des initiatives soient déployées afin de rehausser les équipes de soins infirmiers qui sont actuellement insuffisantes dans les milieux d'hébergement. Attirer et retenir de nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires dans nos milieux en leur offrant des postes attrayants, doit être priorisé.

Nous devons également continuer à maintenir la capacité de dépister les usagers et le personnel en temps opportun et poursuivre l'établissement de mesures pour regrouper la clientèle en zone chaude, et ce, rapidement avec des trajectoires bien définies.

De plus, les formations en prévention et contrôle des infections (PCI) pour l'ensemble du personnel des CHSLD, ressources intermédiaires

et résidences privées pour aînés, doivent également se poursuivre afin de maintenir à jour les connaissances de tous. La réalisation des audits sur le port des EPI et le lavage des mains demeurent également essentiels. Qui plus est, une rétroaction rapide au personnel quant aux résultats obtenus lors de ces audits pourrait concourir à la mise en place de solutions efficaces et au maintien des bonnes pratiques.

Par ailleurs, dans le but de soutenir le personnel travaillant dans ces milieux, le soutien psychosocial offert aux employés et aux gestionnaires est primordial.

Les escouades EPI qui permettent d'accompagner le personnel, les proches aidants et les visiteurs dans le port de l'équipement de protection doivent être maintenues. Ces personnes dédiées aux escouades assurent une vigie du maintien des bonnes pratiques en termes de port d'EPI. Les inventaires d'équipements de protection doivent également demeurer suffisants pour répondre aux besoins en cas d'éclosion.

Enfin, il est également souhaitable de maintenir la contribution des proches aidants dans les milieux de vie; leur apport auprès de leurs proches est inestimable pour éviter le déconditionnement.

La première vague de cette pandémie, particulièrement chez les aînés, a frappé l'imaginaire collectif. De manière à contribuer au processus de deuil collectif et afin de ne jamais oublier nos disparus, une cérémonie de commémoration représente le début d'un long processus de guérison commun.

L'être humain dispose d'une grande capacité d'adaptation. **Les épreuves, comme celle dont nous avons été accablés par la pandémie, nous font découvrir les forces dissimulées en chacun de nous. La pandémie nous révèle cette capacité collective de rebondir pour saisir les opportunités.** Elle met en lumière notre aptitude à affronter l'avenir avec résilience afin d'arriver à endiguer ce virus.

À la mémoire de nos résidents, usagers et employés qui ont perdu la vie durant la pandémie.



Ginette Senez

Ginette Senez est détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières et d'une maîtrise en gestion des affaires. Elle occupe le poste de directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal depuis 2015. Elle œuvre dans le domaine gériatrique depuis plus d'une trentaine d'années. Madame Senez a à cœur le bien-être des personnes âgées, c'est pourquoi elle est très soucieuse de la qualité des services qui leurs sont offerts.

Témoignage d'une infirmière

Retour à la profession durant la pandémie... un marathon à la vitesse d'un sprint!

Chantale Ménard, infirmière retraitée

Interpellée par la situation

La pandémie vécue dans les derniers mois est une situation sans précédent. Étant à la retraite, je suivais quotidiennement les points de presse des divers paliers de gouvernement. Et un matin, tout bonnement, je me questionne sur ma capacité d'aller prêter main-forte à mes consœurs et confrères. C'est comme si j'avais reçu un appel...

Avant d'entamer les démarches essentielles à ce retour, j'ai dû communiquer avec le bureau des pensions afin de valider s'il m'était possible de retourner à un emploi rémunéré dans le cadre de cette pandémie. Après quelques jours, je reçois une réponse positive. Le sourire aux lèvres, je décide donc d'aller de l'avant dans mes démarches de retour à la profession.

Comme ma carrière a été réalisée majoritairement au sein de l'armée, je n'avais aucun dossier auprès des instances publiques québécoises en santé. J'ai donc dû passer par le site Web « Je contribue ».

Les étapes d'embauche

C'est via le site « Je contribue » que je transmets ma candidature. En complétant le formulaire, on me demande mon numéro de permis de pratique que je n'ai pas renouvelé depuis ma retraite. Autre démarche à réaliser alors; communiquer avec l'OIIQ. En attendant la réponse, je rassemble tous les documents que je juge importants au processus d'embauche. Quelques jours après mon inscription sur le site, je reçois deux offres d'emploi. Courriels, paperasse, entrevue téléphonique, étapes 1, 2, 4...12 et documents de toute sorte sont requis pour finaliser le processus d'embauche. Entre temps, je reçois la confirmation de l'OIIQ m'octroyant le droit de pratique en fonction de l'arrêté ministériel. Mon choix s'arrête sur la Montérégie puisque tous les établissements s'y trouvant sont à proximité de chez-moi.

Finalement, le 1^{er} avril 2020, soit une semaine après mon inscription sur le site « Je contribue », je mets les pieds à l'hôpital pour une courte formation sur les équipements de protections individuelles (EPI) et je reçois ma première affectation.

Étant empathique de nature, de par ma passion pour ma profession et mon cœur d'infirmière, je ne pouvais faire autrement que de vouloir m'impliquer et aller aider mes collègues du réseau déjà essoufflés.

Première affectation

En sortant de ma formation, je décide d'aller me présenter à la personne responsable de la clinique désignée d'évaluation (CDE) pour la COVID-19 où je débutais un premier mandat quelques jours plus tard. Wow, je sens déjà que ça va être cool! On me présente les gens, on me fait visiter et on me dit tout ce que j'ai besoin de savoir. Dès le premier quart de travail, je suis désignée comme responsable de soir de cette clinique. J'ai donc la chance de faire un retour très progressif tant en raison des horaires que du type de travail. Par contre, je peux dire hors de tout doute, que, pour moi, le nursing c'est comme le vélo, ça ne se perd pas. Moi qui étais inquiète puisque ça faisait une éternité que je n'avais pas œuvré auprès de la clientèle. J'ai repris du service comme si j'avais quitté la veille.

À la CDE, on recevait des gens avec un test de COVID positif, en attente d'un résultat de test ou encore présentant des symptômes s'apparentant à la COVID et ayant besoin de voir un médecin. C'était un travail de collaboration médecin-infirmière et, pour moi, ce fut très formateur.

Les jours passèrent et j'étais bien consciente que les besoins se déplaçaient ailleurs dans le réseau. En effet, les CHSLD se trouvent dans la mire; la clientèle est vulnérable, le personnel est à bout de souffle et les besoins sont criants. La situation m'interpelle alors encore plus qu'au moment où j'ai posé ma candidature. Je décide donc d'entrer en contact avec la personne responsable de mon dossier au département des ressources humaines. Je demande à être réaffectée dans un CHSLD et j'augmente mes disponibilités.

Zone rouge du CHSLD

Me voilà donc repartie pour un nouveau défi. Dès le 16 avril, je suis convoquée pour deux jours d'orientation. Quelle fut ma surprise au premier matin lorsque j'ai été accueillie, un peu à la va-vite, mais surtout en me faisant dire que « les orientations, on n'a pas le temps pour ça ». Nous étions deux infirmières fraîchement débarquées pour prêter renfort ce matin-là et, en toute honnêteté, j'ai bien failli reprendre mon petit bagage et retourner chez moi. Dans ma tête, je me suis dit « Je n'ai pas besoin de ça moi ! ». Par contre, mon cœur m'a dicté autre chose...

J'ai suivi le groupe pour aller revêtir un uniforme de service et je suis atterrie dans la zone rouge, installée sur un département improvisé. Nous sommes alors accueillies par une infirmière d'agence finissant son quart de travail de nuit. Elle avait été mandatée pour nous orienter. Comme l'équipe est à son minimum ce matin-là, ma collègue et moi allons aider la préposée aux bénéficiaires, seule sur le département, pour assurer les installations, faire manger les patients, les changer, leur donner un bain, les hydrater et leur tenir compagnie. Pendant ce temps, notre supposée formatrice s'occupe de donner la médication. Quand tout le monde a mangé, est propre et confortable, on s'assoit avec elle afin d'avoir un minimum d'informations sur les usagers, le fonctionnement du département, les ressources et les points de contact.

La zone rouge comporte, à ce moment-là, neuf bénéficiaires ayant reçu un résultat de test positif. Pour éviter de propager la maladie, la direction de l'établissement, de concert avec l'équipe de prévention des infections du CISSS, avait décidé de déplacer ces patients dans un endroit dédié, installé à même la cafétéria où un mur amovible avait été monté pour créer une zone isolée. Dans ce local de fortune, on y retrouvait les neuf bénéficiaires, de l'équipement pour être autosuffisants et un poste infirmier. Les choses qui nous manquaient le plus étaient l'eau courante, la ventilation, mais aussi du support clinique. Nous étions laissées à nous-mêmes et je confirme que dans des moments comme ceux-là, le « système D » prend tout son sens de même que le travail d'équipe. Sur cette unité temporaire, on portait les EPI en tout temps y compris les gants, même lorsque assises au poste. On entrait sur l'unité au début de notre quart de travail sans trop savoir à quelle heure on en ressortirait, mais à chaque jour qui passait, je savais que j'avais fait la bonne chose en revenant sur le plancher.

Déménagement : retour à l'étage

Les tests se poursuivaient au sein de l'établissement. Comme le nombre de cas avait augmenté et que notre département de fortune avait atteint sa pleine capacité, on a effectué un retour sur l'unité initiale d'où provenaient les usagers. C'est donc le lundi 20 avril en soirée que nous avons quitté notre département temporaire. Un déménagement n'est jamais évident. Imaginez ça, en soirée, avec des personnes vulnérables, dont plusieurs avec des troubles neurocognitifs, des incapacités physiques et qui nécessitent de l'aide à la mobilisation d'une et parfois de deux personnes et auxquelles on met un masque, ouf ! On a fort heureusement pu compter sur plusieurs membres du personnel et de cadres, venus nous aider. Nous voilà de retour à l'étage. À ce moment-là, nous n'avions qu'une aile qui était cohortée, aucun autre cas n'étant encore déclaré ailleurs dans notre CHSLD. Vers 23 h, tous les patients sont installés confortablement et prêts pour la nuit.

Et l'aventure se poursuit...

Étant en zone rouge de l'établissement, nous avons plusieurs règles sanitaires à suivre mais nous devons continuer d'être autonomes et nous ne pouvions nous mêler aux autres unités afin d'éviter la contamination. Très rapidement, j'ai érigé mon poste de commandement en récupérant ici et là des équipements trouvés un peu partout. Nous sommes vite devenus la référence en raison de la qualité de nos soins, de notre rigueur, mais également de notre autonomie et de notre esprit d'équipe.

Plus les jours avançaient et plus le nombre de patients positifs augmentait. Les patients d'une aile ont donc progressivement été transférés sous nos soins tout en restant dans leur chambre respective. Étant donné que quelques patients avaient toujours un résultat de test négatif, l'aile n'était pas cohortée, ce qui amenait son lot de difficultés. Deux équipes de soins étaient nécessaires; une pour les patients en zone rouge et l'autre pour les patients en zone jaune. Également, chaque zone avait ses équipements. Finalement, on devait revêtir les EPI à chaque intervention auprès d'un patient et se dévêtir à la sortie. Ceci exigeait plus de temps, plus de manipulation d'équipement, plus de vigilance et, bien sûr, plus de surveillance des membres de l'équipe.

Pilier de l'équipe

Dès mon entrée en fonction, soit au lendemain de ma soi-disant orientation, j'ai assumé la responsabilité de l'unité puisque le personnel infirmier régulier était absent. Je suis devenue rapidement le pilier de l'équipe grâce à ma personnalité, mon leadership, mon sens de l'organisation, d'adaptation et de l'initiative ainsi que grâce à mes compétences et mon expérience sur le terrain et ce, dans divers contextes. Au fil du temps, j'ai appris à connaître les patients, leur personnalité, leur comportement et, bien entendu, leur famille puisque je discutais avec bon nombre d'entre elles quotidiennement.

J'ai également appris à connaître le personnel du département et les membres provenant d'ailleurs, à monter mon équipe et à créer une cohésion pour que nos patients reçoivent des soins de qualité et ce, dans une ambiance chaleureuse et empreinte d'empathie. Il était aussi important que les membres du personnel, malgré l'état de crise vécue, se sentent en confiance, épaulés et heureux de faire partie de l'équipe.

J'ai aussi eu la chance de côtoyer divers spécialistes et des gens de d'autres corps de métier dont pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, médecins, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections (PCI), nutritionnistes, personnel de l'entretien ménager, de la cuisine, de l'administration, de la maintenance et des loisirs ainsi que le personnel des autres départements, les assistants du supérieur immédiat et les cadres. Au départ, j'étais la petite nouvelle venue d'ailleurs, mais rapidement, j'ai su faire ma place et gagner la confiance de tous.

Des heures, j'en ai passé au CHSLD; auprès de la clientèle, à leur tenir compagnie, à rassurer des familles, à être présente pour mon équipe, à organiser mon département. Même en congé, j'élaborais et je peaufinais des outils, j'appelais à ma « gang » et aux patients, j'appelais au département pour m'assurer que tout allait bien, je discutais avec l'équipe en place ou le médecin de garde et, peu importe le moment de la journée, j'étais toujours disponible, mon numéro de téléphone étant affiché au poste. C'était mon deuxième chez-moi, ma deuxième famille.

Les soins en zone rouge

En raison des règles sanitaires, chacun de nos patients était confiné à sa chambre et il était interdit aux familles de venir visiter leur proche pour éviter la propagation du virus.

La grande différence entre les soins aux patients en zone rouge et en temps normal réside dans cet isolement des usagers. **Il était impératif d'être le plus présent possible et le plus souvent possible auprès d'eux pour les aider à passer au travers de cette crise que la plupart ne comprenait pas.** Certaines journées, où l'équipe était restreinte, c'était plus difficile, mais ensemble nous arrivions toujours à assurer une présence auprès de notre clientèle. Lorsque l'équipe était complète ou plus garnie, nous donnions des soins plus élaborés comme un grand bain au lit, un lavage de cheveux, des mobilisations encore plus fréquentes, etc. Cela a permis, dans bien des cas, de diminuer le déconditionnement.

Les familles

Contrairement au travail régulier en CHSLD où plusieurs familles sont présentes auprès de leur proche, la pandémie a renversé tout ça. Je pouvais donc comprendre l'inquiétude que ces familles m'exprimaient lors de nos conversations. Chaque jour, je me faisais un devoir de parler à plusieurs proches afin de leur donner des nouvelles. À l'aide des membres de l'équipe, nous avons également fait des appels entre les usagers et leur famille ainsi que des appels vidéo.

Grâce à ces contacts fréquents, j'avais l'impression que, même si les familles étaient loin, à cause des règles de santé publique, elles étaient proches en même temps...

Bien entendu, ceci demande du temps, mais ô combien aidant pour les patients et leur famille.

Soins de fin de vie

Dans ce milieu de vie où la clientèle est vulnérable, et plus spécifiquement avec cette première vague de pandémie de la COVID-19, nous avons dû faire face à des situations particulières et difficiles ainsi qu'à plusieurs décès.

Accompagner un patient dans les derniers moments et donner des soins de fin de vie, en temps normal, n'est jamais facile pour personne; ni pour le patient, ni pour les proches, ni pour le personnel. Dans ce contexte où les patients étaient confinés à leur chambre, les familles non admises ainsi qu'avec les diverses règles de santé publique, soigner prend un tout autre sens, encore plus lorsque la fin est proche.

Les familles n'étaient admises que dans des situations bien précises, à la demande du médecin et dans les tout derniers moments. À plusieurs reprises, grâce aux médecins traitants et à l'équipe de gestion de l'établissement, nous avons pu permettre, à des membres de ces familles, d'avoir des moments de qualité au chevet de leur proche mourant.

Nous avons su, grâce à notre merveilleuse équipe, donner des soins de fin de vie dignes, adéquats et chaleureux. Nous avons pu accompagner des patients jusqu'à la toute fin et vivre des moments émouvants et éprouvants. Malgré la « vitesse grand V » que la situation de la COVID-19 exigeait, nous avons su développer une expertise en soins de fin de vie en temps de pandémie. Notre département est devenu, en quelque sorte, le département de soins palliatifs. Certains patients y ont même été transférés de d'autres départements.

Défis et enjeux

Le personnel est la ressource la plus importante du réseau de la santé. Après mon passage en CHSLD, j'ai pu constater que le plus grand défi auquel on a eu à faire face durant cette pandémie fut le manque de personnel.

Prendre soin des gens demande des connaissances, des compétences mais également un nombre minimal de personnes de différentes professions au sein de l'équipe. Au-delà du virus, notre clientèle qui était déjà hypothéquée par divers problèmes de santé, nécessitait des soins médicaux, mais également des soins intégraux et une présence encore plus accrue compte tenu de la situation. Une équipe incomplète apporte son lot de tracas pour les gestionnaires, mais aussi pour toute l'équipe sur laquelle pèse le poids de donner un maximum avec le minimum.

L'autre défi auquel j'ai eu à faire face est le manque d'engagement de plusieurs membres du personnel. Rares étaient les membres du personnel qui attendaient que la relève arrive avant de quitter. Étant moi-même une perfectionniste et une personne engagée, il ne me serait jamais passé par la tête de partir avant que quelqu'un ne me remplace. Mon horaire était sur 12 heures, 5 jours par semaine. J'ai eu la chance de partager mes quarts avec une autre infirmière tout aussi engagée que moi et tout allait pour le mieux. Les journées où l'on se chevauchait, c'était une autre histoire...

Constat : un nombre restreint de membres du personnel avait son horaire à l'avance. Pour les autres, pour le personnel de remplacement et

les nouveaux, les assignations des départements étaient faites au tout début du quart de travail, à leur arrivée. Cela amenait des retards, des frustrations et, bien sûr, exigeait une capacité d'adaptation hors du commun. Mes expériences passées ont fait en sorte que j'étais en mesure de me retourner efficacement sur un 10 cents, mais ô combien c'était stressant! Je ne compte même plus les fois où j'ai dû mettre mon travail sur le « hold » pour aller aider sur le plancher. Par contre, **lorsque je quittais le soir venu, chacun des usagers était confortable et j'avais le sentiment du devoir accompli.**

Recommandations

Avec le recul, je suis à même d'affirmer que prendre soin de soi est le premier conseil que je donnerais à tous ceux et celles qui font un retour à la profession dans un contexte similaire. Il faut apprendre à mettre ses limites si l'on veut terminer le marathon debout! Les équipes psycho-sociales et les lignes d'aide aux employés sont là pour nous et il ne faut pas hésiter à les consulter. Pour continuer à aider, il faut rester solide.

Pour ce qui est du processus d'embauche, les établissements ont eu à faire face à des besoins hors du commun et à gérer de nombreuses candidatures en peu de temps. Pour la Montérégie, il y a eu développement d'une ligne directe pour aider les employés de la COVID dans tous les aspects administratifs et financiers de leur dossier d'embauche et ce fut très aidant. Pour ma part, mon dossier a été traité rapidement et on a répondu à mes questions dans des délais raisonnables.

Rendus sur le terrain et malgré toutes nos connaissances et compétences, nous devons travailler dans des établissements et des départements ayant chacun leurs spécificités. Il m'apparaît donc important de bien accompagner le personnel de l'extérieur qui arrive pour prêter main-forte et soutenir le réseau. Apprendre sur le tas, prendre des initiatives et être à l'aise rapidement dans un nouveau milieu n'est pas donné à tous. Il serait donc important d'avoir, dans chaque centre, une personne-ressource capable d'aider le personnel arrivé en renfort et apte à répondre à leurs diverses questions afin qu'ils deviennent autonomes rapidement. Car, dans des situations comme celle vécue cette année, le temps est crucial.

En dernier lieu, les ressources humaines étant un enjeu, il apparaît important d'avoir des équipes complètes, mais également une gestion adéquate des assignations.

Bilan

Finalement, c'est à 15 h 15 le 5 juin dernier que j'ai réaccroché mon stéthoscope alors que mon mandat en zone rouge du CHSLD se terminait. J'ai quitté le cœur gros, mais avec la tête haute et une fierté sans nom. Cette expérience, hors du commun, m'a fait grandir...

Les neuf semaines passées en zone rouge n'ont pas été de tout repos. J'ai, bien sûr, effectué plusieurs heures de travail sur plusieurs jours et souvent avec une équipe restreinte. Physiquement, mon corps me l'a rappelé à la fin de tout ça. L'adrénaline m'a fait tenir le coup sans discuter.

Le côté psychologique a aussi été mis à rude épreuve... Vivre une pandémie, œuvrer dans un milieu à risque, travailler avec une équipe souvent incomplète, avoir à se « battre » pour obtenir de l'équipement, du soutien ou des directives, accompagner des gens vulnérables dans ce contexte ainsi que leur famille, soutenir son équipe, faire face à la mort presque quotidiennement sont toutes des situations vécues qui ont pu contribuer à ébranler l'aspect psychologique.

Je ne vous cacherai pas qu'après mon séjour en zone rouge, j'étais épuisée. Aurais-je dû davantage mettre mes limites et faire des heures régulières? En temps de crise, c'est malheureusement impossible et plus encore avec ma personnalité d'hyperactive, de perfectionniste et d'engagée. Ai-je des regrets? Pas du tout. Si c'était à refaire, je referais la même chose et avec la même intensité sans aucun doute.



Chantale Ménard

Chantale Ménard est une infirmière retraitée des Forces armées canadiennes depuis trois ans après près de vingt-neuf ans de carrière. Elle a également servi auprès du réseau québécois de la santé à plusieurs reprises soit comme contractuelle ou via des agences. Diplômée du Cégep de Saint-Jérôme en technique de soins infirmiers en mai 1993, elle a poursuivi ses études à temps partiel afin de compléter son baccalauréat par cumul de certificats (gérontologie, santé communautaire et gestion des services de santé), diplôme obtenu en 2001. Finalement, elle a complété un microprogramme en examen clinique en 2013. Sa carrière a été un mélange de soins aux patients, d'administration et de gestion. Elle a œuvré en chirurgie, urgence, dispensaire, clinique externe, pédopsychiatrie, CHSLD et pédiatrie. Maintenant à la retraite, le bénévolat, l'entraînement physique et sa famille occupent ses journées.

Prendre soin de soi, comme soignant, en temps de pandémie : une approche au cœur des interventions de l'équipe de soutien psychologique « COVID-19 » aux employés du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Caroline Janelle, Ph.D., Jean-Marc Miller, M.Ps

Lors de la première vague de la COVID-19, les professionnels de la santé ont fait face à de grands défis aux plans personnel et professionnel. L'importance de prendre soin de soi, comme soignant, dans un contexte sollicitant les capacités d'adaptation a représenté une approche au cœur des interventions de l'équipe de soutien psychologique « COVID-19 » aux employés du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Le compte-rendu des services mis en place par cette équipe et des effets observés permettent de souligner l'importance de maintenir une vigie pour s'assurer du bien-être psychologique des travailleurs de la santé. Mais il souligne aussi l'imminente nécessité de développer une culture d'autosoins et de bienveillance auprès des professionnels de la santé. Le développement et l'actualisation de cette culture représentent toutefois une responsabilité qui se partage aux plans individuel, collectif et organisationnel.

Mots-clés : professionnels de la santé, détresse psychologique, COVID-19, autosoins, bienveillance

Introduction

La pandémie du printemps 2020 a rudement sollicité les professionnels de la santé dans leurs capacités d'adaptation. En effet, ces derniers ont eu à relever des défis tant au plan physique (lourdeur et inconfort du port des équipements de protection, temps supplémentaire), environnemental (changement de milieu de pratique), professionnel (changements de tâches, crainte de commettre une faute professionnelle), social (perte du soutien social au travail, supérieur immédiat absent ou non-disponible) que psychologique (témoin de souffrance, de négligence ou de deuils successifs).

Au-delà des défis professionnels et de l'adaptation phénoménale que la situation a suscités les professionnels de la santé faisaient aussi face à des difficultés au niveau personnel. Soulignons, par exemple, le casse-tête de la gestion familiale (fermeture des écoles), les inquiétudes liées aux impacts collatéraux de la pandémie (risque de perte d'emploi du conjoint) ou la crainte d'être contaminé ou de contaminer les autres. Certains ont été contraints de prendre des décisions déchirantes (quitter la maison familiale, démissionner, etc.).

Ainsi, les professionnels de la santé se sont retrouvés à la fois soignants et « victimes » au cours de cette pandémie. Ce double rôle a soulevé la présence d'enjeux éthiques, qui ont amené les travailleurs de la santé à devoir tenter de concilier leurs valeurs personnelles, professionnelles et sociétales. Par exemple, comment concilier le besoin de protéger leur famille avec l'engagement envers leurs patients ou leur désir de ne pas laisser tomber leurs collègues? Les réactions émotionnelles à ce défi humain sans précédent étaient normales et variées allant du dévouement, à l'engagement, à l'anxiété, au retrait et même jusqu'au sentiment de colère lorsque les valeurs étaient irréconciliables, par exemple.

Détresse psychologique chez les professionnels de la santé

Les écrits témoignent de longue date de la présence plus élevée de détresse psychologique auprès des professionnels de la santé comparativement à d'autres professions (Ruotsalainen, Verbeek, Marine et Serra, 2015; Wilkins, 2007). Lors de la crise du SRAS de 2003, des niveaux de stress occupationnel et une plus grande détresse avaient aussi été observés auprès des professionnels de la santé ainsi que des effets persistants sur leur état psychologique (Mauder et al., 2006). Déjà,

certaines études (Lai et al., 2020; Shahrour et Dardas, 2020) rapportent les impacts de l'actuelle pandémie sur la santé mentale des travailleurs du système de santé. Par exemple, la revue des écrits de Spoorthy, Pratapa et Mahant (2020) rapporte des niveaux considérables de stress, d'anxiété, de dépression et d'insomnie auprès des travailleurs de la santé.

En parallèle, on observe auprès de ces mêmes travailleurs des difficultés et des obstacles à aller chercher du soutien psychologique. L'étude qualitative d'Egan et al. (2018) rapportait notamment, au sein d'un échantillon d'infirmières, la tendance à prioriser les besoins des patients avant les leurs et le manque de temps pour prendre soin de soi. Malgré des difficultés psychologiques documentées auprès de ces travailleurs, on observe l'absence d'une culture du « prendre soin de soi » dans un domaine où les besoins du patient sont au cœur de la vocation. À ce sujet, notons que l'absence d'une culture de l'autosoin a été associée, dans un groupe composé d'infirmières, à des impacts sur l'humeur, sur la productivité ainsi que sur la qualité des soins aux patients (Ross, Bevans, Brooks, Gibbons et Wallen, 2017).

Ainsi, la pandémie souligne l'importance pour les professionnels de la santé de prendre soin d'eux, comme démarche primaire avant toutes les autres. Puisque la relation d'aide est implicite au travail des professionnels de la santé, il est primordial pour ces derniers d'être sensibles et proactifs à assurer leur bien-être physique et psychologique. Dans l'ouvrage « Pleine conscience et relation d'aide », les auteurs Devault et Pérodeau (2018) plaident justement pour l'importance de développer un savoir-être qui favorise la connaissance de soi, de ses besoins et d'être à l'écoute des réactions du corps et de l'esprit pour forger des professionnels compétents, responsables et capables de compassion.

L'importance de prendre soin de soi, au cœur des interventions de l'équipe de soutien psychologique « COVID-19 » aux employés du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Moins d'une semaine après la fermeture des écoles de la région de Montréal, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal se mobilisait pour soutenir ses employés. En effet, sous la supervision du service de prévention, santé, sécurité et qualité

de vie au travail, une équipe constituée des intervenants psycho-sociaux de son organisation a été mise en place afin d'offrir du soutien psychologique aux employés. C'est dans un désir de sensibiliser et d'outiller les professionnels de la santé à l'importance de prendre soin d'eux que cette équipe a développé et donné des formations aux professionnels de la santé. Ces formations ont été offertes aux employés qui formaient la brigade de soutien psychologique sur le terrain, aux infirmières délestées en CHSLD, aux employés délestés vers des fonctions de préposé aux bénéficiaires et d'aide de services ainsi qu'aux volontaires recrutés via le site Web « Je contribue ». Notons que cette formation s'intégrait à une ou deux journées d'orientation et de formation offertes par le CIUSSS. Cette initiative corrobore les résultats de l'étude de Greenberg, Docherty, Gnanapragasam et Wessely (2020) qui rapporte que le fait de préparer adéquatement des employés pour des tâches et pour les défis qui y sont associés réduit le risque de développer des problèmes de santé mentale.

La formation aux professionnels de la santé

Le contenu de la formation était inspiré des travaux portant sur la résilience et l'autosoin (Foureur, Besley, Burton, Yu et Crisp, 2013; Rogers, 2016) ainsi que par les principes de l'approche de la pleine conscience (Kabat-Zinn, 1990). La formation débutait par une invitation à s'arrêter, se déposer et à prendre un instant pour prendre ses signes vitaux psychologiques (Thibeault, 2020). Cet exercice propose aux participants de faire un bilan subjectif au niveau de l'état de leur corps, de leur tête (pensées) et de leur cœur (émotions), et ce, sans jugement. Les participants étaient encouragés à intégrer cet exercice dans leur pratique quotidienne. Cet outil, d'une grande simplicité, permet aux professionnels de la santé d'être sensibilisés à l'importance de prendre soin d'eux et leur permet aussi de pouvoir poser des gestes concrets s'ils détectent une difficulté ou un besoin lors de ce court moment de connexion avec eux-mêmes. Par la suite, la formation offrait un espace de parole pour que les participants puissent exprimer leur vécu émotionnel (anticipations, craintes, enthousiasme, etc.) en lien avec le défi qu'ils s'appropriaient à relever. Ce moment était primordial pour permettre aux participants de sentir qu'ils pouvaient être entendus et souvent rassurés face à leurs préoccupations. Cela a semblé aussi leur permettre d'être plus disponibles mentalement pour la suite de leur journée d'orientation.

Le reste de la formation abordait les principaux facteurs pour cultiver la résilience, soit l'importance du soutien entre pairs et son actualisation, la possibilité de donner un sens à leur travail ainsi que la nécessité de développer des moyens d'expression de leur vécu émotionnel. Un plan d'action dans lequel ils devaient, au fur et à mesure de la formation, inscrire les moyens qu'ils pourraient mettre en place pour prendre soin d'eux, leur était remis. Finalement, les signes d'épuisement étaient aussi discutés, toujours dans une optique de sensibilisation, mais avec un angle encourageant les participants à se responsabiliser face à leur bien-être physique et moral. En effet, tout au long de la formation, d'une durée de 60 minutes, l'approche d'autogestion préconisée suggérait différentes stratégies/actions simples à mettre en place pour assurer leur bien-être (se coucher plus tôt, introduire la relaxation, faire une transition entre le travail et la vie personnelle, etc.). Le document « L'esprit au travail-COVID-19 : Guide de prise en charge de sa santé mentale pour bâtir sa résilience » de la Commission de la Santé Mentale du Canada (2020) leur était aussi remis.

Autres mesures de soutien psychologique pour les employés

En plus de ces formations, l'équipe de soutien psychologique « COVID-19 », pour les employés du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, a mis en place différents services pour soutenir les employés dans la prise en charge de leur bien-être psychologique. En effet, dès le début avril, une ligne d'écoute, afin que les employés puissent obtenir du soutien psychologique, était disponible 7 jours sur 7 de 7 h à 20 h. De plus, du soutien psychologique a été offert à distance ainsi qu'en présentiel pour les employés du CIUSSS. Par exemple, une brigade d'intervenants psychosociaux a été déployée dans onze des dix-sept CHSLD de cette région. Des interventions de gestion de crise ont aussi été réalisées auprès des équipes qui avaient vécu des situations traumatiques (décès d'un collègue). Des capsules vidéo hebdomadaires, réalisées par des psychologues afin de proposer des stratégies simples et concrètes pour favoriser le bien-être psychologique, étaient disponibles sur l'intranet. Les employés pouvaient aussi participer plusieurs fois par semaine à des séances virtuelles de relaxation/méditation guidées. Le soutien aux employés s'est poursuivi après la première vague puisque des groupes de parole à propos du deuil ont été offerts pour les employés des

centres d'hébergement. Des psychologues ont aussi été présents pour assurer le soutien aux employés lors des cérémonies commémoratives qui se sont déroulées dans les centres d'hébergement. Finalement, du soutien a aussi été offert aux équipes qui vivaient des difficultés dans le rapatriement du personnel qui avait été délesté. Les interventions réalisées auprès des employés étaient inspirées des premiers secours psychologiques (Croix-Rouge, 2020) dont les objectifs sont d'écouter, de valider, de dépister et de référer, notamment au Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF).

Bilan et effets des services de soutien psychologique aux employés

En termes d'utilisation des services offerts, ce sont 470 employés du CIUSSS qui ont reçu la formation. Au niveau des autres services de soutien psychologique mis en place pour les employés, on comptabilise près de 315 appels à la ligne d'écoute, 1 221 employés qui ont reçu du soutien psychologique en individuel et 3 200 en groupe, via la brigade dans les CHSLD, plus de 4 500 visionnements des capsules vidéo hebdomadaires ainsi que 130 employés qui ont participé aux séances de relaxation/méditation virtuelles. Notons que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal compte près de 20 000 employés.

Par ailleurs, il fut difficile de documenter l'effet des interventions réalisées en raison de l'urgence d'agir. Ainsi, les effets rapportés sont d'ordre qualitatif et se documentent à travers des témoignages spontanés et par la participation des employés à un sondage interne, réalisé à la fin août 2020, évaluant leur satisfaction face aux services de soutien psychologique dont voici trois exemples de verbatim :

[Grâce à la ligne] je suis passée d'une employée stressée [...] souvent triste et au bord des larmes... à une employée [...] qui a accès à ses capacités intérieures, capable de gérer son stress, ainsi que les humeurs et émotions des usagers et proches[...].

Ce fut apprécié que le service [de soutien psychologique] vienne à la rencontre du personnel.

Les capsules [vidéo] étaient très pertinentes. Les pauses détentes étaient géniales et permettaient de prendre conscience de notre situation et mieux comprendre comment y faire face et pratiquer la résilience.

Force est de constater que, malgré le besoin de soutien psychologique des employés, l'utilisation des services mis en place est demeurée limitée. Plusieurs hypothèses peuvent être invoquées pour cet état de fait notamment en lien avec le manque de temps du personnel soignant, le contexte de travail qui ne facilite pas l'autosoins (Ross et al., 2017), la méfiance face au soutien provenant de l'employeur, les croyances culturelles, etc. Cette réalité ne serait pas propre au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal puisqu'un constat semblable aurait été rapporté dans les autres CIUSSS de la région de Montréal. Toutefois, les réponses au sondage interne démontrent que le fait de savoir que des services de soutien étaient disponibles en cas de besoin a eu un effet rassurant et bienfaisant auprès de certains employés. De plus, la disponibilité de ces services envoie un message fort de la part de l'organisation aux employés soit celui que leur bien-être lui tient à cœur.

Recommandations

La pandémie a mis en lumière un besoin présent de longue date, soit celui de sensibiliser les professionnels de la santé et les employeurs, à l'importance d'assurer le bien-être physique et psychologique des travailleurs. Sachant que pour certains employés les symptômes ou la souffrance pourront émerger dans quelques semaines ou quelques mois, selon Shahrour et Dardas (2020), il est impératif de maintenir et de développer des services de soutien psychologique visant à suivre, supporter, dépister, intervenir et référer au besoin (Greenberg et al., 2020; Maben et Bridges, 2020; Shahrour et Dardas, 2020). Dans un même ordre d'idées, Greenberg et al. (2020) soulignent de plus que les questionnaires du système de santé doivent être proactifs pour protéger la santé psychologique de leurs travailleurs.

La résilience ne se cultive pas en situation de crise mais doit être priorisée en amont. L'expérience des derniers mois témoigne de l'importance des actions préventives en ce qui concerne le bien-être psychologique des employés du système de santé. La nécessité et la pertinence de développer une culture d'autosoins, de bienveillance et d'autocompassion chez les professionnels de la santé sont mises en lumière par la pandémie et ses

impacts sur le personnel soignant. Cette culture devrait s'intégrer au curriculum académique des différents professionnels de la santé. Aussi, elle devrait chercher à transmettre l'importance, chez les professionnels de la santé, de prioriser leur bien-être physique et psychologique non pas au détriment des patients mais bien au service de soins de santé de qualité offerts par des professionnels compétents, responsables et bienveillants envers eux-mêmes et leurs patients. Un encouragement à la responsabilisation face à cette recherche de bien-être favorise la reprise de pouvoir et de contrôle qui semble fort nécessaire dans un contexte où l'impuissance est un sentiment répandu lors de pandémie.

Précisons toutefois que, bien qu'il s'agisse d'une responsabilité pour le professionnel, cette responsabilité est partagée. **Le bien-être psychologique des travailleurs de la santé devrait être assuré par des actions individuelles (méditation, psychothérapie), collectives (pairs aidants) et organisationnelles (accessibilité à du soutien psychologique, amélioration des conditions de travail, etc.).** Ce constat est en phase avec les écrits. En effet, les articles de Maben et Bridges (2020) ainsi que de Walton, Murray et Christian (2020) témoignent en détails de cet état de fait et suggèrent des pistes d'interventions individuelles, collectives et organisationnelles en ce sens. Rappelons de plus que l'absence d'une culture de l'autosoins est coûteuse en termes de productivité (Ross et al., 2017).

Conclusion

En terminant, il est souhaité que la première vague de la COVID-19 ait pu favoriser la croissance post-traumatique. En effet, ce concept stipule que l'adversité peut susciter des changements psychologiques positifs qui permettent d'atteindre un niveau de fonctionnement plus élevé (Kretsch, Tarquinio, Joseph et Martin-Krumm, 2011). Tant d'un point de vue micro que macro, il est effectivement espéré que la pandémie aura permis d'éveiller tant les professionnels de la santé, les équipes et les organisations à l'importance d'une culture de l'autosoins. Tous les acteurs du système de santé y gagneront, car protéger la santé physique et morale des professionnels de la santé, c'est contribuer à une société en santé.



Caroline Janelle

Caroline Janelle est psychologue et travaille au sein de la clinique d'adaptation à la douleur chronique du centre de réadaptation Lucie-Bruneau depuis plus de 10 ans. Détentrice d'un doctorat recherche/intervention en psychologie, elle s'implique professionnellement tant au niveau de la clinique, de la recherche, de la supervision que du transfert des connaissances. Au cours de la première vague de la pandémie, elle a été déléguée pour mettre en place des services de soutien psychologique aux employés du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et elle a agi comme coresponsable de cette équipe.



Jean-Marc Miller

Jean-Marc Miller est psychologue et a œuvré comme coordonnateur clinique de la Clinique d'adaptation à la douleur chronique pendant plus de dix ans. Pendant la première vague de la pandémie, il a été délégué pour coordonner une équipe d'intervenants appelés à soutenir le personnel du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Il travaille depuis comme psychologue au service de prévention, santé, sécurité et qualité de vie au travail au sein de ce CIUSSS. Son mandat est de promouvoir la santé psychologique des employés.

RÉFÉRENCES

Commission de la Santé Mentale du Canada. (2020). *L'esprit au travail-CoVID-19 : Guide de prise en charge de sa santé mentale pour bâtir sa résilience*.

Croix-Rouge Canadienne. (2020). *Premiers secours psychologiques : Guide pratique*.

Devaut, A. et Pérodeau, G. (2018). *Pleine conscience et relation d'aide : théories et pratiques*. Presses de l'Université Laval.

Egan, H., Keyte, R., McGowan, K., Peters, L., Lemon, N. E., Parsons, S., Meadows, S., Fardy, T., Singh, P. et Mantzios, M. (2019). 'You Before Me': a qualitative study of Health Care Professionals' and students' understanding and experiences of compassion in the workplace, self-compassion, self-care and health behaviours. *Health Professions Education*, 5, 225-236.

Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. et Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives : Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125. doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. et Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368 10.1136/bmj.m1211

Kabat-Zinn, J. (1990). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. De Boeck Supérieur.

Kretsch, M., Tarquinio, C., Joseph, S. et Martin-Krumm, C. (2011). Psychologie Positive et développement/croissance post-traumatique : Changements positifs et bénéfiques perçus suite aux événements de vie graves. *Traité de Psychologie Positive : Fondements Théoriques et Implications Pratiques*, De Boeck, pp.2011.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. et Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Maben, J. et Bridges, J. (2020). Covid-19 : Supporting nurse's psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*, 29, 2742-2750.

Maunder, R., Lancee, W., Balderson, K., Bennett, J., Borgundvaag, B., Evans, S., ...Wasylenki, D. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 12(12), 1924-1932. doi: [10.3201/eid1212.060584](https://doi.org/10.3201/eid1212.060584)

Rogers, D. (2016). Which educational interventions improve healthcare professional's resilience? *Journal Medical Teacher*, 38(12), 1236-1241. doi.org/10.1080/0142159X.2016.1210111

Ross, A., Bevans, M., Brooks, A.T., Gibbons, S. et Wallen, G.R. (2017). Nurses and health-promoting behaviors : Knowledge may not translate into self-care. *Journal of nursing management*, 105(3), 267-275. doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.018

Ruotsalainen, J.H., Verbeek, J.H., Marine, A. et Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(4): CD002892.

Shahrour, G. et Dardas, L.A. (2020). Acute stress disorder, coping self-efficacy, and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of nursing management*. doi.org/10.1111/jonm.13124

Spoorthy, M.S., Pratapa, S.K. et Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review. *Asian Journal of Psychiatry*. 51:102119. [doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119)

Thibeault, R. (2020). *Outil baromètre en santé psychologique : Pistes d'action pour managers*. Réseau Global Watch.

Walton, M., Murray, E. et Christian, M.D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal : Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-271. doi.org/10.1177/2048872620922795

Wilkins, K. (2007). Work stress among health care providers. *Health Reports*, 18, 33-36.

Une nouvelle édition très attendue

DÉCEMBRE 2020

Offert en format imprimé et numérique

SOINS INFIRMIERS

Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie

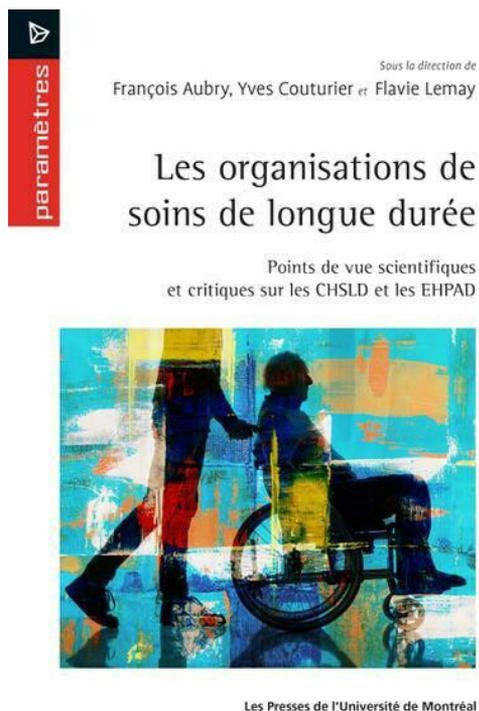
3^e édition

Sous la direction de
Philippe Voyer



J'ai lu

Sylvie Vallée, B. Sc. inf.



Les organisations de soins de longue durée. Points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EPHAD.

Sous la direction de François Aubry, Yves Couturier et Flavie Lemay.

Éditions Les Presses de l'Université de Montréal, 2^e trimestre 2020.

Le grand public, et même les travailleurs du réseau de la santé, prennent connaissance des lacunes des CHSLD par l'intermédiaire d'une couverture médiatique peu reluisante qui fait la une avec des incidents anecdotiques généralement fort tristes. Un besoin d'une plus grande compréhension du fonctionnement de ces milieux est certes à la source du livre présenté dans cette chronique. Fraîchement sorti, ce livre regroupe seize textes et un travail d'illustration sur différents thèmes touchant les CHSLD (centre d'hébergement de soins de longue durée), au Québec, et les EPHAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en France. Vingt-

quatre auteurs ont collaboré à la réalisation de cet ouvrage présentant trois principaux thèmes : gérer et travailler dans ces établissements, y résider, les transformer.

Plusieurs textes sont des plus instructifs quant à l'organisation du travail et sur la façon de réguler la qualité des soins en CHSLD ou encore en EPHAD. La mission, la réalité, les défis et solutions auxquels font face ces organismes sont donc abordés à partir des réalités québécoise et française. Il s'agit de textes documentés et tous pertinents. Ceci étant dit, il faut souligner le texte d'Éric Gagnon, intitulé « La mémoire et le rire : altérité, finitude et poésie des soins ». Il s'agit d'une réflexion à saveur anthropologique reflétant une compréhension fine, empreinte d'humanité et de compassion quant au vécu de la personne hébergée et du soignant. Un texte touchant à lire et à relire.

Ce livre s'adresse à toute personne néophyte ou experte désirant profiter d'un regard réaliste, lucide et critique du fonctionnement et de l'expérience d'être résident ou soignant. Les auteurs nous dirigent vers un *aggiornamento* (volonté de changement, modernisation) souhaité et possible, de ces organismes de soins de longue durée, tel qu'inscrit en conclusion. Enfin, les auteurs de cet ouvrage nous rappellent qu'il existe une ressemblance entre les souffrances des résidents et leurs proches, du personnel et des gestionnaires et que nous devons y référer pour trouver des pistes visant à construire les CHSLD de demain.

Le printemps dernier, la pandémie de la COVID-19 a levé le voile sur certaines défaillances systémiques préexistantes ainsi que sur les répercussions délétères et même létales du fonctionnement des CHSLD au Québec et ce, tant pour leurs résidents, les proches mais aussi pour les membres du personnel soignant. L'ouvrage présenté dans cette chronique saura certes contribuer à soutenir les réflexions et les actions afin de revoir ces milieux de vie et ce, dans une perspective de bienveillance collective envers les personnes âgées, leurs proches et aussi envers les soignants.

L'AQIIG est heureuse de souligner son 35^e anniversaire en offrant à ses membres des prix en bourses et en prolongations d'adhésion.

Liste des gagnantes et des gagnants par tirages:

Bourses de formation de 350\$

Linda Thibeault
Pierre-Luc Déry
Marcelle Rioux
Cinthia Power
Danielle Bellemare
Manon Grimard
Anne Boisvert
Nathalie Martin
Marie-Pier Hamel
Linda Major

Prolongations d'un an d'adhésion à l'AQIIG

Manon Ouellet
Sihame Mentag
Marie-Eve Tessier
Andrée-Anne Lizotte
Mirna Saadé
Johanne Senneville
Karine Coutu
Marie-Claude Lapointe
Manon Lachapelle
Johanne Lussier
Nicole Ouellet
Michèle Chénard
Charlène Joyal
Annie Meslay
Amélie Paquet
Karine Thorn
Guylaine Richer
Roxane L'Écuyer
Denis Charland
Louise Bourasse
Marie Beaulieu
Nancy Madore
Ariane Bouchard
Louiselle Bouffard
Noëlla Cyr
Marie-Eve Lahaie
Line Beaudet
Louise Lefebvre
Philippe Voyer
Marie-Line Arseneault
Nancy Brière
Denyse Roy
Sylvie Charette
Carlo Mesiano

Bourses de formation de 35\$

Claire Page
Johanne Dumas
Isabelle Michon-Dupuis
Marguerite Lindsay
Judith Lecours
Jessica Fortin
Didier Mailhot-Bisson
France Laprés
Véronique Dubé
Denise Ouellet
Danièle Parent
Lucie Tremblay
René Marcoux
Zoenabou Ouedraogo
Louise Miron
Nathalie Larochelle
Catherine Roy
Anne Bourbonnais
France Lafrenière
Joy Théodore
Mysta Pierre
Johanne Vallée
Maluenda Urrutia
Marie Boucher
Geneviève D'Aoust
France Collin
Guylaine Veilleux
Marie Savaria
Mélanie Dagenais
Amélie Gagnon
Odette Roy
Kingthong Savejvong
Hélène Riccia
Christine Buissières-Boudreau

Tirages effectués par mesdames Sylvie Vallée et Johanne Vallée, membres du conseil d'administration.

Ont été exclus des tirages, les membres du conseil d'administration et les membres bénévoles faisant partie des différents comités de l'AQIIG.

À noter que les bourses sont uniquement applicables aux formations de l'AQIIG.

Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,
Montréal (Québec) H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092

www.aqiig.org

info@aqiig.org

revue@aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2020

Huguette Bleau, présidente

presidente@aqiig.org

Ginette Labbé, vice-présidente

Karen Joan Sharp, trésorière

Sylvie Vallée, secrétaire

Marjolaine Landry, administratrice

Nancy Ouellette, administratrice

Carole Dagenais, administratrice

Johanne Vallée, administratrice

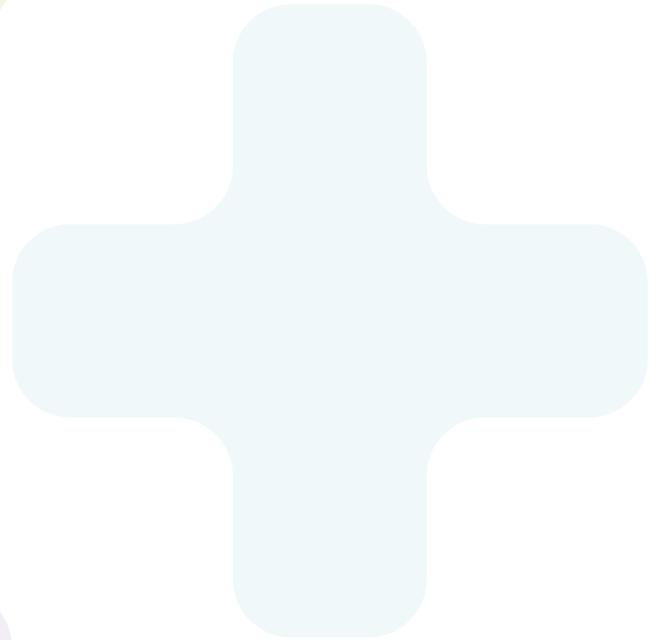
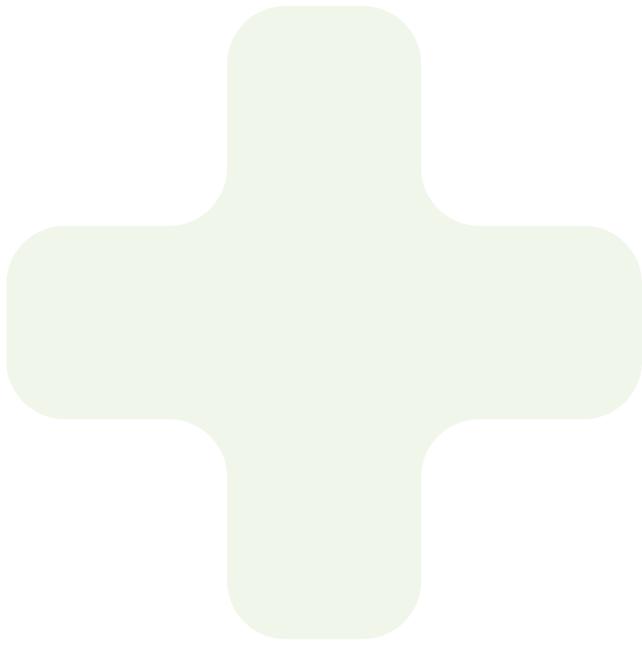
À la recherche d'auteurs pour la revue *La Gérontoise*

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître...
Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...
Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous joindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche d'articles qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances.

Courriel de la revue *La Gérontoise* : revue@aqiig.org



AQiiG 

The logo graphic consists of a cluster of five small crosses in yellow, green, blue, purple, and red, arranged in a cross-like pattern.

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie