

Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Cadre de référence



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, rue Molson

Montréal (Québec) H1Y 4V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-3770

ventepublications@oiiq.org

Ce document est disponible sur le site de l'Ordre

oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN 978-2-89229-713-3 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018

Tous droits réservés

Note – Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

ÉDITION

ORIENTATION

Lucie Tremblay
Inf., M. Sc., Adm.A.,
CHE, ASC
Présidente
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

RÉDACTION

Madeleine Lauzier
Inf., M. Sc. inf., M.B.A.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel – OIIQ

GROUPE DE TRAVAIL

André Néron
Patient partenaire

Anne Bourbonnais
Inf., Ph. D.
Professeure agrégée
Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille
Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal

Ariane Couture
M. Sc. (santé
communautaire)
Conseillère cadre en soins infirmiers SAPA
Direction des soins infirmiers – CIUSSS de la Capitale-Nationale

France Camiré
Inf., B. Sc. inf., M. Sc.
(adm. de la santé)
Conseillère cadre en soins spécialisés-Programme SAPA-Hébergement
Direction des soins infirmiers et des programmes de santé publique
CISSS de la Montérégie-Est

Ginette Labbé
Inf., B. Sc. inf.
Présidente
Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie

Louise Francoeur
Inf., M. Sc. inf.,
DESS bioéthique
Professeure adjointe de formation pratique
Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal
Consultante expert en soins infirmiers à la personne âgée

Mélanie Connan
Inf., M. Sc. inf.
Directrice adjointe, Amélioration de la pratique
Direction, Surveillance et inspection professionnelle – OIIQ

Nancy Cyr
Inf., M. Sc. inf.
Conseillère cadre aux affaires professionnelles
Direction des soins infirmiers – CIUSSS de la Capitale-Nationale

Nathalie Gauthier
Inf., M. Sc. inf.
Conseillère cadre en soins infirmiers
Direction nationale des soins et services infirmiers – MSSS

Philippe Voyer
Inf., Ph. D.
Professeur titulaire
Directeur du programme de premier cycle
Responsable de la formation continue
Faculté des sciences infirmières – Université Laval

Rose-Pascale Paul
Inf., M. Sc. inf.
Conseillère
Direction, Surveillance et inspection professionnelle – OIIQ

PRODUCTION

CONCEPTION GRAPHIQUE

Service, Marketing
Direction, Marketing et événements – OIIQ

RÉVISION LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge
Direction, Marketing et événements – OIIQ

Table des matières

Introduction	6
1 Assises et approches	8
1.1 Assises.....	9
1.2 Approches à privilégier	11
1.2.1 Approche axée sur la relation	11
1.2.2 Pratique collaborative.....	12
1.2.3 Approche de bientraitance	12
Maltraitance.....	13
Âgisme	13
1.2.4 Approche basée sur le soutien des transitions au cours de la trajectoire de vie.....	13
Admission	14
Épisodes instables	14
Soins palliatifs et de fin de vie.....	15
1.2.5 Promotion du bien-être.....	16
2 Cadre de référence de l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD..	18
2.1 Partenariat personne hébergée-proches-infirmière	19
2.2 Promotion de la santé et du bien-être	21
2.3 Prévention des problèmes de santé, des accidents et de la maltraitance	22
2.4 Processus thérapeutique	23
2.5 Optimisation des capacités et des forces.....	25
2.6 Qualité de vie	26
2.7 Engagement professionnel et soutien à l'équipe intraprofessionnelle	28
Conclusion	30
Références	31
Annexe 1 – Libertés et droits fondamentaux	34
Annexe 2 – Champ d'exercice et activités réservées	35

Introduction

L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées¹ nécessite des compétences² spécifiques afin d'offrir des soins de qualité et cohérents avec les besoins de santé de ces personnes. Savoir établir un partenariat et des relations de qualité avec la personne hébergée, ses proches, les membres de l'équipe intraprofessionnelle (infirmières et infirmiers auxiliaires, préposées et préposés aux bénéficiaires) et l'équipe interprofessionnelle (autres professionnels de la santé), constitue une compétence essentielle pour les infirmières et les infirmiers intervenant auprès des personnes hébergées.

Plusieurs facteurs influencent le réseau de la santé en constante évolution. Entre autres, les transformations du réseau, jumelées aux transformations scientifiques et des pratiques cliniques ainsi qu'aux changements sociaux et législatifs, commandent l'évolution de l'exercice infirmier. Les contextes de gouvernance et d'organisation des soins changent, ce qui entraîne des modifications qui concernent notamment l'encadrement et le soutien infirmiers. Conséquemment, l'exercice infirmier en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) requiert un leadership infirmier important ainsi qu'une grande autonomie professionnelle.

Les personnes hébergées en CHSLD présentent, dans la majorité des cas, une grande perte d'autonomie, tant sur le plan fonctionnel que sur le plan cognitif. Les problèmes de santé sont multiples : les maladies chroniques, les maladies neurodégénératives et leurs complications généralement se côtoient, donnant un tableau complexe d'état de santé. La fragilité et la vulnérabilité de ces personnes font que leur parcours de soins est ponctué d'épisodes d'instabilité qui peuvent entraîner, par exemple, une diminution de la mobilité, un délirium et du déconditionnement. Le maintien des capacités des personnes hébergées est sans cesse à risque et marque des transitions dans leur trajectoire de vie. Ces transitions doivent continuellement être prises en compte, de sorte que les interventions soient ajustées selon la perspective de la personne hébergée et de son projet de vie.

Les soins infirmiers occupent une place prépondérante parmi les services offerts en CHSLD. Les infirmières et les infirmiers sont responsables de la planification et de la coordination des soins. Les personnes hébergées requièrent notamment : des évaluations approfondies de leurs conditions de santé physique et mentale; un choix des meilleures interventions en fonction du niveau de soins, de leur projet de vie et des transitions vécues; un suivi clinique constant; une surveillance rigoureuse, dont la pharmacothérapie; de même qu'un dépistage des facteurs de risque, entre autres des chutes, des plaies, des infections, de la dépression et des idéations suicidaires. Les personnes hébergées qui présentent un risque de dangerosité menant à envisager une mesure de contrôle physique ou chimique, nécessitent une évaluation de leur condition de santé, la mise en place d'une mesure de remplacement ainsi qu'une évaluation continue de la pertinence de maintenir ou non la mesure de contrôle lorsqu'elle est appliquée.

L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées exige une formation permettant le développement des compétences pour bien répondre aux besoins de ces personnes. À cet effet, les compétences requises sont acquises dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières. Par ailleurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2012) a largement démontré, dans son mémoire sur la formation de la relève infirmière, la nécessité d'un baccalauréat en sciences

¹ La personne hébergée comprend ses proches.

² Les compétences incluent les connaissances : « savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22).

infirmières, et ce, en raison de l'évolution de la pratique et de la complexité des soins qui doivent être prodigués aux personnes hébergées en CHSLD.

Cette complexité des soins et l'évolution constante des connaissances, qui caractérisent les soins en CHSLD, requièrent une pratique infirmière avancée. En plus des infirmières praticiennes spécialisées, la pratique exercée par une infirmière ou un infirmier qui détient un diplôme de maîtrise en sciences infirmières³ s'avère indispensable.

Cette pratique infirmière avancée permet le développement de meilleures pratiques, le soutien des équipes intraprofessionnelle et interprofessionnelle, l'intervention dans des situations de grande complexité de soins et le transfert des connaissances basées sur des résultats probants.

Le présent document, constitué de deux parties, présente le cadre de référence de l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD :

- La première partie précise les assises de la discipline infirmière et les approches à privilégier dans ce contexte de soins.
- La deuxième partie est consacrée au cadre de référence de l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD.

Le Conseil d'administration de l'OIIQ souhaite que ce document serve de guide aux infirmières et infirmiers exerçant auprès des personnes hébergées dans un CHSLD, dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la qualité de vie, en partenariat avec la personne hébergée et ses proches.

³ Ou un diplôme de maîtrise en gérontologie, notamment celui de l'Université de Sherbrooke.

1 Assises et approches

Cette section présente les assises de la discipline infirmière et les approches à privilégier en regard de l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD. Ces assises sont portées par les droits fondamentaux dévolus à la personne hébergée, qui demeure titulaire de tous ses droits fondamentaux :

- Droit à l'intégrité
- Droit à la liberté
- Droit à la vie privée
- Droit à la dignité
- Droit à l'honneur
- Droit au respect de sa réputation
- Droit à la sécurité et à la protection
- Droit à la protection contre toute forme d'exploitation

Un extrait de la *Charte des droits et libertés de la personne* est présenté à l'annexe 1.

Ce cadre de référence s'inscrit dans un paradigme de patient partenaire, comme présenté par le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de services de l'Université de Montréal.

Le patient partenaire est une « personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie. » (Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal, 2014, p. 11)

« Dans une approche de partenariat, les soins et services dispensés par l'intervenant et l'équipe clinique s'articulent autour du projet de vie du patient. L'intervenant-partenaire reconnaît les savoirs expérientiels du patient et partage ses propres savoirs pour permettre au patient de développer ses compétences de soins et de s'habilitier progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés. L'intervenant-partenaire respecte le patient dans tous les aspects de son humanité et le considère comme membre à part entière de l'équipe, en favorisant sa participation active aux décisions qui le concernent. » (Néron, 2013)

Pour les fins du présent cadre de référence, l'expression « partenaire » est utilisée pour désigner le patient partenaire.

1.1 Assises

La conception de la discipline infirmière oriente l'exercice infirmier et il importe d'en avoir une vision claire et inspirante. Plusieurs auteurs s'intéressent à la discipline infirmière sous différents angles. À ce chapitre, en voici quelques-uns qui inspirent particulièrement le présent cadre de référence : le modèle McGill et l'approche centrée sur les forces de la personne/famille de Laurie N. Gottlieb (2014), les travaux dirigés par Kelley Kilpatrick sur la pratique infirmière avancée (Kilpatrick, Hains, Tchouaket et Jabbour, 2017; Kilpatrick, Jabbour et Fortin, 2016; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Lamothe, Ritchie et Doran, 2013) et l'importance de l'engagement professionnel et du politique par Clémence Dallaire (2008).

Bien vivante, la discipline infirmière est décrite de façon précise à partir d'écrits récents et des tendances mondiales. Cette description présente le regard unique que portent les infirmières et les infirmiers sur les phénomènes liés à la santé. Parmi ces descriptions, nous retenons que « l'essence de la pratique infirmière porte sur la relation infirmière-personne » (Newman, Smith, Pharris et Jones, 2008, p. E18, traduction libre).

Croyances qui sous-tendent la conception de la personne, de la santé, de l'environnement et du soin

- Toute personne aspire à la santé et au bien-être.
- La personne demeure unique, quel que soit son état de santé.
- La personne/famille est un partenaire actif qui est maître de sa santé et de sa vie.
- La santé est une expérience que vit la personne et elle comprend la maladie.
- La culture de la personne lui confère un caractère unique qui doit être pris en compte.
- L'environnement joue un rôle capital sur la santé.
- L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD requiert des habiletés relationnelles.
- L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD requiert des connaissances scientifiques spécifiques à la personne âgée, des connaissances sur les principaux problèmes de santé des personnes hébergées en CHSLD et des connaissances sur les transitions qu'elles et leurs proches vivent. Ces connaissances sont indispensables en vue de déployer les compétences requises pour les infirmières et les infirmiers exerçant en CHSLD, dont l'exercice d'un jugement clinique et la maîtrise du champ d'exercice infirmier, afin d'accompagner les personnes hébergées dans leur trajectoire de vie et de leur assurer des soins complexes.
- L'infirmière et l'infirmier sont imputables de la qualité des soins qu'ils prodiguent.
- L'infirmière et l'infirmier assurent le suivi des soins qu'ils délèguent, en plus de soutenir les membres de l'équipe intraprofessionnelle.
- L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD nécessite un engagement professionnel, notamment une identité professionnelle contribuant à la qualité des relations.
- L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD est une science et un art vécu à travers les activités de soins et des relations avec les personnes hébergées, leurs proches et les membres de l'équipe intraprofessionnelle et l'équipe interprofessionnelle.
- La personne hébergée, les proches et les intervenants ont chacun des devoirs et des responsabilités.

Comme le précisent Pepin, Ducharme et Kérouac (2017, p. 16), « la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé. »

Cette discipline « est fondée sur des valeurs humanistes, comme l'holisme et l'unicité de chaque personne » (Pepin, Larue, Allard et Ha, 2015, p. 21). L'holisme se définit comme étant la « pensée selon laquelle les caractéristiques d'un être ne peuvent être connues ou appréhendées que lorsqu'elles sont considérées comme un tout et non étudiées séparément » (Pepin et al., 2017, p. 194).

La personne, la santé, l'environnement et le soin constituent les concepts fondamentaux de la discipline infirmière et les relations entre ces concepts sont déterminantes. Les définitions de ces concepts de Pepin et al. (2017) sont reprises intégralement :

« **La personne**, la famille ou la communauté est donc un tout indissociable, plus grand et différent de la somme de ses parties. La personne a des façons d'être un humain unique, en relation avec elle-même et l'univers; elle dispose de façons d'être qui forment un *pattern* dynamique de relation mutuelle et simultanée avec l'environnement. Elle prend conscience du lien étroit qu'elle entretient avec l'environnement, de sa capacité de le transformer et également d'être transformée par lui. La personne ou la famille cherche une qualité de vie qu'elle définit selon son potentiel et ses priorités. » (p. 46)

« **La santé**, pour sa part, est perçue comme étant une expérience englobant la personne/famille et son environnement. Elle est à la fois une valeur et une expérience vécues selon la perspective de chacun. Elle fait aussi référence au bien-être et à l'exploitation du potentiel de création d'une personne ou d'une famille. L'expérience de la maladie⁴ fait partie de l'expérience de la santé, et la santé va au-delà de la maladie en étant un élément significatif du processus de changement d'une personne. En faisant partie de la dynamique de l'expérience humaine, la santé s'intègre à la vie même de la personne, de la famille ou du groupe qui évolue dans un environnement particulier. De plus, la santé est un processus d'intégration harmonisant le corps, l'âme et l'esprit. Occasion de croissance et d'expansion de la conscience, l'expérience de la maladie invite la personne touchée à réfléchir sur divers éléments de sa vie et à faire des changements qui favoriseront l'exploitation de son potentiel et l'atteinte d'une harmonie. » (p. 46-47)

« **L'environnement** est composé de l'ensemble de l'univers dont la personne/famille fait partie. Tout en étant distinct de la personne/famille, l'environnement coexiste avec elle. En effet, les deux sont en changement constant et simultané. Tout comme la personne/famille, l'environnement possède son propre rythme d'évolution et s'oriente dans une direction imprévisible. Les préoccupations actuelles concernant les relations entre l'humain et la planète indiquent une prise de conscience de cette interaction constante. L'environnement évolue à un rythme dans lequel l'orientation, l'amplitude et la vitesse sont étroitement liées aux interactions passées, présentes et futures entre lui et l'humain. » (p. 46)

« **Les soins** infirmiers sont définis comme étant un processus facilitant les transitions en vue d'optimiser le sentiment de bien-être, quels que soient l'âge des personnes, leur culture, leur situation de vie et de santé ou l'environnement de soins. » (p. 10)

Ces notions s'appliquent tout à fait aux personnes hébergées en CHSLD. Ces dernières requièrent des soins individualisés qui tiennent compte du fait que leur expérience de santé est centrale, unique et influencée par leur culture et l'environnement. Les proches sont aussi visés par les soins puisqu'ils sont indissociables de la personne hébergée et qu'ils sont souvent, eux aussi, vulnérables.

⁴ Ajout à cet extrait : le patient est expert de la vie avec la maladie; les intervenants sont experts de la maladie avec la vie.

1.2 Approches à privilégier

1.2.1 Approche axée sur la relation

Les caractéristiques des personnes hébergées vivant en CHSLD et le contexte de soins exigent une approche qui contribue à optimiser les capacités et les forces de chacun, soit des personnes hébergées elles-mêmes, de leurs proches et de leurs intervenants, y compris les infirmières, les infirmiers et les autres professionnels, ce que ne permet pas une approche centrée uniquement sur l'individu, sur la maladie ou sur les tâches (Nolan, Brown, Davies, Nolan et Keady, 2006; Ronch, 2004).

L'approche axée sur la relation vise à reconnaître l'unicité de la personne hébergée et de ses proches et à leur offrir des soins individualisés. Cette approche vise aussi à valoriser l'interdépendance entre les personnes impliquées dans ses soins (Nolan et al., 2006; Ronch, 2004). Elle reconnaît également les forces de ces personnes (Gottlieb, Gottlieb et Shamian, 2012) et elle est cohérente avec les écrits sur la discipline infirmière qui mettent l'accent sur l'importance de la relation (Newman et al., 2008). Cette approche situe les soins prodigués à une personne hébergée et à ses proches dans un contexte socioculturel de relations où l'unicité de chacun (personnes hébergées, proches, intervenants) est reconnue et permet de comprendre leurs expériences.

L'approche axée sur la relation repose sur le postulat que les personnes hébergées, leurs proches et leurs intervenants partagent des aspirations similaires, soit que leurs relations contribuent à des sentiments de « sécurité : se sentir en sécurité dans les relations; d'appartenance : sentir que l'on fait partie des choses; de continuité : vivre des liens et de la cohérence; d'utilité : avoir des buts personnels valorisés; d'accomplissement : progresser vers les buts souhaités; d'importance : sentir que l'on importe aux autres. » (Nolan, Davies, Brown, Keady et Nolan, 2004, p. 49, traduction libre)

Cette approche présuppose un partenariat entre chacun (personnes hébergées, proches, intervenants) dans le but de favoriser ces sentiments chez les uns et les autres. Pour les personnes hébergées, des relations réciproques et positives contribuent à la qualité de leur vie et à la qualité des soins. Pour les proches, elles favorisent la construction d'une relation de confiance avec les soignants. Cette relation sera bénéfique tant pour ces derniers qui se sentent accompagnés dans l'exercice de leur rôle auprès des personnes hébergées, que pour les proches, qui ont le sentiment d'être inclus dans le processus de soins. Cette approche s'appuie également sur le fait que le travail des intervenants est valorisé. La complexité et l'importance des soins offerts en CHSLD doivent être reconnues et un regard positif doit être posé sur ces soins (Kelly, Tolson, Schofield et Booth, 2005; Nolan et al., 2006; Ronch, 2004).

En visant les relations et la promotion de tels sentiments, l'approche axée sur la relation crée des conditions sociales qui soutiennent le bien-être et la capacité d'agir de chacun (Nolan et al., 2004). En l'absence d'une telle approche, des problèmes sociaux ayant des conséquences sur la santé physique et mentale de chacun peuvent se manifester quotidiennement dans les CHSLD, les plus fréquents et graves étant liés à la maltraitance.

1.2.2 Pratique collaborative

Les soins et les services en pratique collaborative, y compris le patient partenaire, sont en lien avec l'évaluation des besoins de la personne hébergée et ont comme but de prévenir certaines détériorations et de conserver, voire de renforcer, ses capacités physiques et mentales.

La pratique collaborative est définie comme étant un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010). La décision doit être prise par la personne hébergée ou ses proches.

Cette pratique en centre d'hébergement « interpelle toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue, dont les objectifs sont :

- d'orienter l'organisation des soins et des services autour du continuum de vie de la personne hébergée;
- de reconnaître et d'identifier les besoins spécifiques de chaque personne hébergée afin d'assurer une prise en charge adéquate;
- de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé. »

« La pratique collaborative implique deux types de processus de collaboration, soit la collaboration des intervenants entre eux et celle entre la personne hébergée et ses proches avec les intervenants. Ces processus de collaboration prennent plusieurs formes, de la rencontre personne hébergée/intervenant aux rencontres interprofessionnelles incluant la personne hébergée et ses proches, et doivent comprendre obligatoirement, pour permettre une communication efficace entre les partenaires, des outils d'échange et de communication formalisés et structurés. » (OIIQ, 2016, p. 6)

1.2.3 Approche de bienveillance

La création d'un environnement axé sur la relation a pour effet de prévenir la maltraitance et d'encourager un plan d'action visant une culture de tolérance zéro sur des soins de mauvaise qualité et sur la maltraitance sous toutes ses formes, et de mettre en place des mesures visant la bienveillance.

« L'approche de bienveillance devrait être la philosophie de soins et de services à mettre en œuvre en CHSLD. Elle s'inscrit dans une relation de soins au sens large. Plus précisément, cela signifie qu'elle peut aussi bien se retrouver dans une relation entre un professionnel de la santé et une personne hébergée ou encore entre un enfant et le parent dont il a la charge. Les principes primordiaux qui sous-tendent la bienveillance sont avant tout de replacer l'individu au centre de sa relation de soins, d'en faire l'acteur principal et non un sujet de soins. Le souci de la personne, de son bien-être et de son épanouissement est primordial. En fait, l'approche du patient partenaire, élément clé de la bienveillance, implique un réel partenariat entre les professionnels, la personne hébergée et ses proches. Il s'articule aussi autour de la reconnaissance que la personne hébergée en CHSLD nécessite des soins et des services adaptés qui visent son bien-être et le maintien de sa qualité de vie telle qu'elle est définie par la personne elle-même et ses proches. » (OIIQ, 2016, p. 5)

MALTRAITANCE

La maltraitance se manifeste lorsque : « un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse » chez une personne aînée (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016, p. 10). Selon Nolan et al. (2006), une culture de tolérance zéro pour la maltraitance peut être obtenue en énonçant clairement les attentes à ce sujet plutôt qu'en mettant uniquement en place des mesures coercitives.

L'infirmière et l'infirmier doivent exercer une vigilance constante afin de détecter toute forme de maltraitance (intervenant-personne hébergée, intervenant-proche, proche-personne hébergée, personnes hébergées entre elles) et agir de manière à l'éviter.

Ils doivent en outre sensibiliser et soutenir l'équipe intraprofessionnelle et alerter cette dernière afin de mettre en place les interventions nécessaires pour contrer et prévenir la maltraitance.

ÂGISME

Les soins en CHSLD sont offerts dans un contexte social où l'âgisme est bien souvent omniprésent de façon implicite et insidieuse. Il influence les actions et les choix de chacun sur les plans tant individuel, collectif que sociétal.

L'âgisme est une discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale (*Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*, 2016).

L'âgisme a des conséquences négatives directes sur la santé des personnes vieillissantes (Bourbonnais et Ducharme, 2010) et il est considéré comme une forme de maltraitance. Il a également des effets sur la valeur accordée aux personnes qui habitent en CHSLD, de même que sur les infirmières et les infirmiers qui choisissent d'y travailler (Ronch, 2004).

En mettant l'accent sur ce qui nous unit comme être humain, l'approche axée sur la relation et sur la bientraitance vise, entre autres, à revaloriser les personnes vieillissantes et les soins infirmiers qui leur sont offerts. Les infirmières et les infirmiers exerçant en CHSLD ont donc une responsabilité dans la création d'un environnement social propice à ces relations et à la prévention de l'âgisme.

1.2.4 Approche basée sur le soutien des transitions au cours de la trajectoire de vie

Les soins en CHSLD sont intimement liés à la trajectoire de vie des personnes hébergées pendant tout leur séjour. Cette trajectoire est marquée par de multiples transitions qui débutent avant l'hébergement et se poursuivent jusqu'au décès pour la personne hébergée, mais au-delà pour les proches qui ont encore le deuil à vivre.

Une attention spécifique doit porter sur les particularités de ces transitions tout en visant des soins personnalisés. Les différentes transitions peuvent être considérées comme un processus où des conditions d'ordre personnel, communautaire ou social peuvent faciliter ou inhiber celles-ci (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias et Schumacher, 2000). En soutenant les conditions facilitatrices, on favorisera une transition qui sera vécue de façon harmonieuse par la personne hébergée et ses proches.

Toutes les transitions de cette dernière partie de la trajectoire de vie se répercutent sur la personne au cours du continuum débutant à la période de préadmission et se poursuivant jusqu'à la mort de la personne hébergée. Ce continuum inclut les transitions lors des épisodes d'instabilité, au moment de l'instauration des soins palliatifs et des soins de fin de vie et, finalement, lors de la phase terminale.

ADMISSION

L'admission est précédée d'une période particulièrement difficile pour la personne hébergée et ses proches. Cette période de préadmission teinte la trajectoire de vie des personnes hébergées et constitue une transition majeure pour la personne et ses proches. Il s'agit d'un tournant qui survient à la suite d'un événement ayant mené à une perte fonctionnelle ne permettant plus le retour à domicile ou en ressource intermédiaire. Cette période est souvent longue et marquée par plusieurs relocalisations au sein d'un centre hospitalier et dans des ressources d'hébergement temporaire, dans l'attente d'une place permanente en CHSLD (Lavallée, 2014). La personne hébergée et ses proches vivent énormément d'incertitude et d'impuissance. Cette étape est également caractérisée par des changements majeurs dans les relations entre la personne hébergée et ses proches.

L'admission en CHSLD est un événement des plus stressants qui peut avoir des effets biopsychosociaux tant pour la personne hébergée que pour ses proches (Lavallée, 2014). En effet, il s'agit d'une période importante d'adaptation, parfois même de réadaptation, après des problèmes de santé ayant créé de sérieuses pertes fonctionnelles ainsi qu'un épuisement chez les proches. La personne nouvellement admise vit, au cours des premières semaines, une période de grande instabilité, ce qui nécessite une évaluation constante de son état de santé physique et mental. De plus, les personnes hébergées et leurs proches doivent recréer des liens affectifs avec de nouveaux soignants et s'ajuster à un nouveau mode de fonctionnement quotidien.

L'évaluation par l'infirmière ou l'infirmier lors de l'admission déterminera les principaux constats qui se retrouveront au plan d'intervention, de même que les directives qui en découlent. Cette évaluation doit être globale, approfondie et individualisée pour bien cerner l'ensemble des besoins. Elle s'actualise de manière progressive. L'infirmière et l'infirmier doivent prioriser leurs évaluations en fonction du profil de la personne.

ÉPISODES INSTABLES

Après les transitions liées à des relocalisations et l'adaptation à un nouvel environnement et à un nouveau mode de vie (Meleis et al., 2000), les personnes hébergées vivent généralement une phase de stabilité avant d'autres épisodes instables. Ces transitions, de type « santé-maladie » (Meleis et al., 2000), sont suivies par une période pour récupérer ou optimiser les capacités et les forces.

En CHSLD, l'infirmière ou l'infirmier doit dépister rapidement les complications et les détériorations, les prévenir et mettre en place les activités et les conditions favorables à l'optimisation des capacités et des forces ainsi qu'à la réadaptation fonctionnelle, lorsque cela est possible et souhaité par la personne hébergée. Dans toute éventualité, la promotion du bien-être constitue l'objectif à atteindre.

À la suite d'un épisode instable, le soutien à la famille est très important car chacun de ces épisodes est une épreuve qui peut être vécue comme un deuil. Les proches doivent se réajuster aux capacités de la personne hébergée et établir des nouvelles relations. De plus, ces épisodes constituent souvent une étape vers la fin de vie.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En CHSLD, plusieurs personnes hébergées vivent le long processus de la fin de vie qui conduira ultimement à la mort. Cette transition est la dernière pour la personne hébergée, mais pas pour les proches qui continueront de vivre leur deuil.

Plusieurs études démontrent que parmi les personnes qui entrent en CHSLD, particulièrement chez celles qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées en stade avancé, seulement un faible pourcentage est identifié comme étant une personne en fin de vie, alors que la majorité d'entre elles décèdent dans les mois qui suivent leur admission (Mitchell, Kiely et Hamel, 2004). Dans ces situations, la transition vers la fin de la vie peut être difficile à identifier (Gozalo et al., 2011).

L'évaluation des médicaments utilisés en soins de longue durée dans la période précédant la mort nous démontre que la médication palliative commence seulement quelques jours avant le décès et souvent la journée même, alors que la médication curative se poursuit souvent jusqu'au dernier moment (Jansen, Schaufel et Ruths, 2014).

Les conséquences de ces situations font que les personnes hébergées en CHSLD ne reçoivent pas les soins palliatifs auxquels elles auraient droit, ce qui se traduit par une gestion insuffisante de la douleur et des autres symptômes (Misson, Aubin, Durand et Verreault, 2012; Mitchell et al., 2016). Des écrits rapportent que chez les personnes souffrant de maladies apparentées, des soins qualifiés d'inconfortables, voire agressifs, sont prodigués trois mois avant leur décès : réanimation, transferts hospitaliers, contentions, prises de sang et thérapies intraveineuses (Hanson et al., 2016).

De ces constats, on peut retenir que les personnes qui sont admises en hébergement le sont à un stade avancé de la maladie. De plus, étant donné la nature des maladies dont ces personnes sont atteintes, on peut les considérer en fin de vie. En effet, pour déterminer la période de fin de vie, de plus en plus d'intervenants se posent la question suivante : seriez-vous surpris d'apprendre que cette personne décéderait au cours de l'année? (Milnes et al., 2015; Royal College of General Practitioners, 2011). Dans cette perspective, même si la personne hébergée et ses proches n'ont pas formellement fait la transition vers les soins palliatifs et de fin de vie, ils devraient être soutenus vers celle-ci pour profiter des soins les plus appropriés à leur état de santé.

Devant ces ambiguïtés, l'approche palliative serait à privilégier pour les personnes hébergées en CHSLD.

L'approche palliative

« L'approche palliative fait appel aux principes des soins palliatifs (c'est-à-dire : dignité, espoir, réconfort, qualité de vie, soulagement de la souffrance) auprès de patients souffrant d'une pathologie chronique qui limite leur espérance de vie à toutes les étapes de la vie, et non seulement en fin de vie. Elle renforce l'autonomie personnelle, le droit de prendre une part active à ses soins et un plus grand sens de contrôle pour le patient et sa famille. L'approche palliative n'établit pas un lien étroit entre la prestation des soins et le pronostic; elle mise plutôt (à plus grande échelle) sur les conversations avec les patients sur leurs besoins et leurs désirs. » (Stajduhar, 2011, p. 7-13, traduction libre)

L'approche palliative se poursuivra tout au cours de la fin de vie jusqu'au décès. De plus, afin de distinguer les soins de fin de vie qui peuvent s'étaler sur une longue période, on réservera les termes « soins palliatifs terminaux » aux soins spécifiques aux derniers moments de la vie où la mort est imminente. Au cours de cette période dite « phase terminale » se vivra l'ultime transition pour la personne hébergée.

Les soins palliatifs terminaux

Les soins palliatifs terminaux sont les soins pendant la période terminale, que d'autres appellent agonie. Elle se déroule sur quelques heures, quelques jours, voire quelques semaines. Dans certains cas, les soins palliatifs terminaux suivent des problèmes aigus de santé, mais souvent la transition vers les derniers moments de la vie se fait discrètement, insidieusement. « Ces soins sont concentrés sur le confort physique, émotionnel et spirituel, ainsi que sur le soutien des familles. » (Australian Palliative Residential Aged Care Project [APRAC], 2006, p. 38, traduction libre)

Quelle que soit l'étape de la trajectoire de vie, le respect des volontés de la personne hébergée et de son rythme s'impose.

1.2.5 Promotion du bien-être

Le bien-être touche les dimensions physique et psychologique et renvoie à la définition de la santé qui fait référence à « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1946). Même si le bien-être comprend une dimension objective, il est aussi subjectif (OMS, Bureau régional de l'Europe, 2013). La notion de bien-être évolue dans le temps et selon les âges : « les plus jeunes mentionnent davantage les facteurs liés au plaisir; tandis que les répondants plus âgés citent davantage la stabilité, le confort et la santé » (TNS Qual+, 2011, p. 29).

Le bien-être des personnes hébergées en CHSLD peut être perçu différemment de celui perçu par les intervenants. L'infirmière ou l'infirmier doit donc promouvoir le bien-être tel qu'il est perçu par la personne hébergée, en respectant ses attentes. Ce bien-être peut varier selon la trajectoire de vie, de l'admission vers la fin de vie jusqu'à la mort.

Dans un contexte de CHSLD, la promotion du bien-être concerne, entre autres, le soulagement de plusieurs symptômes qui peuvent interférer avec ce bien-être. Ces symptômes doivent être dépistés, évalués, traités et monitorés, y compris en fin de vie. C'est notamment le cas pour la douleur, la dyspnée, la détresse respiratoire, la constipation, la nausée et les vomissements, tout comme pour des symptômes d'ordre psychologique tels que l'anxiété, le délirium, les hallucinations, l'apathie, la dépression et les comportements associés aux troubles cognitifs (comportements vocaux, agressifs, de déambulation) (APRAC, 2006; Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2011). L'ensemble des symptômes et des comportements que peut manifester la personne hébergée représente des éléments associés aux maladies chroniques et à l'approche palliative.

Cette préoccupation pour la promotion du bien-être prend toute son importance en CHSLD puisque la grande majorité des personnes hébergées ne peuvent pas exprimer de façon claire et explicite leur mal-être. Dans bien des cas, les personnes aux prises avec des troubles cognitifs importants, de l'aphasie et autres difficultés ayant un impact sur la communication, dont un état comateux, ne profitent pas d'un soulagement optimal de leurs symptômes, y compris de la douleur. Il importe d'utiliser les meilleures pratiques afin d'évaluer les symptômes d'inconfort, la douleur et les comportements, particulièrement pour les personnes ayant des difficultés de communication.

La douleur psychologique, spirituelle, voire existentielle, cohabite souvent avec la douleur et les autres symptômes, entre autres, en fin de vie. Cette souffrance doit être évaluée avec la personne hébergée et les meilleures interventions doivent être réalisées en respectant les volontés et le rythme de la personne hébergée.

Essentielle durant toute la trajectoire de soins, la promotion du bien-être est un objectif prioritaire des soins palliatifs, car la mort est très souvent associée à la douleur et à la souffrance. Dans cette optique, les infirmières et les infirmiers doivent identifier la dernière phase de la vie avant même l'apparition de symptômes, pour commencer rapidement les soins palliatifs terminaux qui favoriseront le bien-être (RNAO, 2011, p. 22).

2 Cadre de référence de l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD

« La pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie. » (OIIQ, 2010, p. 11)

Le cadre de référence qui guide l'exercice infirmier en CHSLD est organisé autour d'énoncés descriptifs inspirés de ceux de l'OIIQ (2010), soit :

1. Partenariat personne hébergée-proches-infirmière;
2. Promotion de la santé et du bien-être;
3. Prévention des problèmes de santé, des accidents et de la maltraitance;
4. Processus thérapeutique;
5. Optimisation des capacités et des forces;
6. Qualité de vie;
7. Engagement professionnel et soutien à l'équipe intraprofessionnelle.

Chaque énoncé est précisé par des activités infirmières et des éléments de l'exercice, soit des interventions qui réfèrent au champ d'exercice (voir l'annexe 2) visant à maintenir ou à améliorer la santé et à aider à vivre et mourir dans la dignité.

CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'EXERCICE INFIRMIER AUPRÈS DES PERSONNES HÉBERGÉES EN CHSLD

2.1 Partenariat personne hébergée-proches-infirmière

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
<p>Toute personne a le droit de s'autodéterminer, d'être responsable de sa santé et de sa prise en charge selon ses capacités et ses forces.</p> <p>La personne hébergée a droit à des interventions qui tiennent compte de sa perspective lorsqu'elle exprime un besoin ou une attente.</p> <p>Le partenariat personne hébergée-proches-infirmière s'établit dans une relation de respect mutuel.</p>	<p>L'infirmière ou l'infirmier établit une relation de partenariat avec la personne hébergée et ses proches.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier reconnaît l'unicité de la personne hébergée par son approche, entre autres par son écoute et sa façon de répondre aux besoins et attentes exprimés par la personne hébergée et ses proches.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier cerne, auprès de la personne hébergée et de ses proches, leurs valeurs, leurs croyances, leur culture et leurs attentes sur leur expérience en CHSLD dès l'admission et tout au long du séjour afin d'établir et de maintenir une relation de confiance.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier intègre les proches dans les soins et se soucie de leurs inquiétudes et de leurs préoccupations.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier vérifie, auprès de la personne hébergée et de ses proches, leur compréhension de la trajectoire de la maladie et explore avec la personne hébergée les dimensions culturelles et spirituelles liées à sa vie et à la fin de sa vie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier accompagne la personne hébergée et ses proches vers un but commun dans la réalisation du projet de vie de la personne hébergée.</i></p> <p><i>Lors de l'admission, l'infirmière ou l'infirmier respecte le rythme de la personne hébergée et de ses proches et prend le temps d'accueillir, en évaluant de façon graduelle et en fonction des priorités, l'état de santé de la personne dans sa globalité.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier soutient l'équipe intraprofessionnelle afin de favoriser une relation de partenariat entre la personne hébergée, ses proches et les membres de l'équipe et, au besoin, détermine les interventions requises.</i></p>

		<p><i>L'infirmière ou l'infirmier agit en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle dans le développement d'une relation de partenariat.</i></p>
	<p>L'infirmière ou l'infirmier planifie les activités de soins à partir de la perspective de la personne hébergée et de ses proches, de leurs besoins et de leurs attentes.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier explore les connaissances de la personne hébergée et de ses proches sur ses problèmes de santé, sur sa trajectoire de vie, sur les effets des traitements et sur ses projets de vie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie avec la personne hébergée et ses proches les activités favorisant ses projets de vie, en plus de les mettre en œuvre.</i></p>

2.2 Promotion de la santé et du bien-être

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
<p>Toute personne aspire à la santé et à un état de bien-être.</p> <p>La personne hébergée a le droit de recevoir l'aide nécessaire pour faire ses choix et les actualiser selon ses capacités et ses forces.</p> <p>Les choix de la personne hébergée dépendent de ses attentes, de ses ressources personnelles et de celles de son environnement.</p>	<p>L'infirmière ou l'infirmier favorise la mobilisation des capacités et des forces de la personne hébergée et de ses proches et assure un environnement favorable afin d'améliorer la santé de la personne hébergée.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier explore ce que signifie la santé et le bien-être pour la personne hébergée et ses proches.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier explore les capacités et les forces à mobiliser chez la personne hébergée afin d'améliorer sa santé, telle qu'elle l'a définie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier soutient la personne hébergée dans ses choix pour maintenir ses capacités et ses forces et améliorer sa qualité de vie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier met en place les conditions favorables à un environnement permettant la réalisation du projet de vie de la personne hébergée.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier défend les droits et les choix de la personne hébergée et agit comme défenseur lorsque la situation le requiert.</i></p>

2.3 Prévention des problèmes de santé, des accidents et de la maltraitance

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
<p>La personne hébergée a droit à des mesures visant à prévenir et à réduire les risques liés à son état de santé, à ses habitudes de vie et à l'environnement.</p>	<p>L'infirmière ou l'infirmier repère les risques potentiels et détermine, en partenariat avec la personne hébergée et ses proches, les interventions à mettre en place afin d'assurer la qualité de vie et le bien-être de la personne hébergée.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie les risques liés à l'état de santé de la personne hébergée, entre autres les risques de chutes, d'étouffement ou aspiration, de plaies, de brûlures, d'infections et de dénutrition, ainsi que les conséquences de l'utilisation des mesures de contrôle.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie les risques de dépression, de suicide et de comportements menaçants, y compris l'égarement, et autres difficultés de nature psychologique et sociale pouvant être rencontrées chez la personne hébergée et ses proches.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier documente et analyse les facteurs de risque et les indices de maltraitance.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier détermine les mesures préventives, les priorise et, en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle, met en place les interventions visant à prévenir les risques identifiés, dans le respect des droits et des préférences de la personne hébergée.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier met en place les interventions afin de prévenir l'utilisation des mesures de contrôle (contentions physiques et chimiques, isolement).</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier instaure des mesures diagnostiques à des fins de dépistage de même que des mesures de prévention, notamment la vaccination contre la grippe et la pneumonie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier anticipe les cas d'agression et met en place les mesures pour les éviter.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier assure la sécurité des personnes hébergées et avise les instances appropriées lorsque la situation le requiert.</i></p>

2.4 Processus thérapeutique

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
<p>Toute personne hébergée a droit à un processus thérapeutique cohérent avec son état de santé et son projet de vie.</p> <p>Toute personne hébergée a le droit d'avoir une évaluation de son état de santé physique et mental, et de recevoir les soins et les traitements pour maintenir, rétablir ou améliorer sa santé.</p> <p>La personne hébergée a le droit de recevoir l'aide nécessaire pour mourir dans la dignité.</p>	<p>L'infirmière ou l'infirmier accompagne la personne hébergée dans le maintien, le rétablissement ou l'optimisation de sa santé et de son bien-être tout au long de son séjour et lors de la fin de sa vie.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier évalue l'état de santé physique et mental de la personne hébergée à l'admission, en cours d'évolution et lors de changements de la condition de santé en se référant aux meilleures pratiques et aux résultats probants.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier connaît les problèmes de santé des personnes hébergées, reconnaît les signes de détérioration des épisodes instables et les signes atypiques gériatriques, ainsi que les manifestations de fin de vie et de la phase terminale.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier détermine, avec la personne hébergée et ses proches, les meilleures interventions (y compris les soins palliatifs et de fin de vie) en se référant aux meilleures pratiques et aux résultats probants en conformité avec les volontés de la personne hébergée.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier explore les connaissances de la personne hébergée et de ses proches en regard des mesures diagnostiques et des examens ou tests diagnostiques, les explique lorsque cela est requis et fournit des renseignements si nécessaire.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier détermine les mesures de surveillance clinique, exerce cette surveillance et ajuste son intensité.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier précise les mesures de surveillance déléguées aux membres de l'équipe intraprofessionnelle selon les habiletés légales de chacun et assure le suivi.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier fait preuve de leadership en déterminant les directives de soins et en coordonnant les interventions et les traitements, en collaboration avec les équipes intraprofessionnelle et interprofessionnelle.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier évalue les résultats des interventions en vue d'assurer la continuité et la qualité des soins.</i></p>

		<p><i>L'infirmière ou l'infirmier assure en tout temps le suivi clinique des problèmes de santé, et ce, tout au long de la trajectoire de vie et selon les attentes et les souhaits de la personne hébergée.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier documente ses évaluations, ses interventions et les résultats, en plus de déterminer et d'ajuster le plan de traitement.</i></p>
--	--	---

2.5 Optimisation des capacités et des forces

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
La personne hébergée a droit à des soins, à des services et à un environnement visant à optimiser ses capacités et ses forces selon ses aspirations.	L'infirmière ou l'infirmier soutient la personne hébergée dans l'optimisation et le maintien de ses capacités et de ses forces selon ses aspirations.	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie avec la personne hébergée et ses proches la signification qu'ils accordent à son état de santé.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier explore avec la personne hébergée les modalités pour l'utilisation de son potentiel et de ses forces afin d'optimiser son autonomie selon son état de santé.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier encourage le maintien des capacités et des forces de la personne hébergée en donnant priorité à ce qui est signifiant pour la personne hébergée.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier favorise la création d'un environnement cohérent avec l'optimisation des capacités et des forces de la personne hébergée.</i></p>

2.6 Qualité de vie

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
<p>Toute personne hébergée a droit à une qualité de vie optimale, quel que soit son état de santé.</p> <p>La personne hébergée a droit au respect de ses valeurs et à une vie dans la dignité.</p>	<p>L'infirmière ou l'infirmier met en œuvre les mesures permettant à la personne hébergée d'avoir une qualité de vie, quel que soit son état de santé.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier explore, avec la personne hébergée et ses proches, ce qui est important relativement à la qualité de vie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie les moyens avec la personne hébergée et ses proches pour atteindre cette qualité de vie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier détermine, en partenariat avec les équipes intraprofessionnelle et interprofessionnelle, les interventions infirmières pour assurer la qualité de vie et le bien-être de la personne hébergée.</i></p>
	<p>L'infirmière ou l'infirmier favorise une approche palliative, en collaboration avec les équipes intraprofessionnelle et interprofessionnelle ainsi qu'en partenariat avec la personne hébergée, dès que l'état de santé de celle-ci le requiert.</p>	<p><i>En collaboration avec la personne hébergée, ses proches et les membres des équipes intraprofessionnelle et interprofessionnelle, l'infirmière ou l'infirmier détermine, selon les volontés de la personne hébergée, les interventions les plus appropriées lors de la phase palliative de la trajectoire de soins.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier évalue si les interventions concourent au bien-être de la personne hébergée et les ajuste au besoin.</i></p>
	<p>L'infirmière ou l'infirmier veille à la qualité de l'expérience entourant la mort, tant pour la personne hébergée que pour ses proches et l'équipe intraprofessionnelle.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier veille à ce que les étapes liées à la fin de vie, et particulièrement la phase terminale, se déroulent dans le respect et la dignité de la personne hébergée et de ses proches.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier accompagne la personne hébergée et ses proches vers des décisions partagées.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier veille au confort de la personne hébergée en assurant le soulagement de la douleur.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier accompagne l'équipe intraprofessionnelle et lui donne le soutien nécessaire.</i></p>

		<p><i>L'infirmière ou l'infirmier adopte une conduite compatible avec les obligations légales, morales et éthiques de la profession infirmière, avec les personnes hébergées tout au long de leur trajectoire de vie et particulièrement en lien avec les soins palliatifs et de fin de vie.</i></p>
--	--	--

2.7 Engagement professionnel et soutien à l'équipe intraprofessionnelle

Postulats	Activités infirmières	Éléments d'exercice
<p>La personne hébergée a le droit de recevoir des soins d'une infirmière ou d'un infirmier qui possède de solides connaissances scientifiques mises à jour, qui adopte une approche réflexive et qui s'inspire des meilleures pratiques.</p> <p>Toute personne hébergée a droit à l'accès à des soins interprofessionnels selon l'intensité requise par son état de santé.</p>	<p>L'infirmière ou l'infirmier adopte une approche réflexive dans le but d'une amélioration continue de sa pratique.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier réfléchit à l'influence de ses valeurs, de ses croyances et de ses expériences sur ses soins aux personnes hébergées tout au long de leur trajectoire de vie.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier réfléchit à sa pratique et amène les équipes intraprofessionnelle et interprofessionnelle à faire de même dans un but de fonctionnement optimal.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier réfléchit au développement de ses compétences et met à jour régulièrement ses connaissances sur les soins aux personnes hébergées et à leurs proches.</i></p>
	<p>L'infirmière contribue à la résolution des dilemmes éthiques et à la prévention des problèmes éthiques, professionnels ou organisationnels.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie les problèmes éthiques potentiels ou les dilemmes éthiques de nature clinique ou organisationnelle.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier utilise des stratégies visant à résoudre ces dilemmes ou ces malaises.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier clarifie les faits concernant la santé de la personne hébergée, les aspects juridiques et déontologiques en cause, les aspects psychosociaux et culturels des personnes concernées (personnes hébergées, proches, intervenants) et les émotions manifestées par chacun.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier accompagne son équipe dans une réflexion collective axée sur la recherche de solutions permettant d'optimiser le bien-être de tous.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier fait preuve de vigilance et dénonce les comportements de maltraitance actuelle ou potentielle envers les personnes hébergées, tant de la part du personnel que des autres personnes hébergées ou des proches.</i></p>

		<p><i>L'infirmière ou l'infirmier dirige les dilemmes éthiques ou professionnels vers les instances concernées, contribue à leur résolution et connaît les ressources qui peuvent aider et soutenir les personnes impliquées.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier identifie les écarts dans l'offre de soins et de services sécuritaires.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier prend les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées.</i></p>
	<p>L'infirmière ou l'infirmier exerce un leadership sur l'ensemble de l'équipe intraprofessionnelle afin d'assurer la qualité des soins et de l'environnement pour les personnes hébergées qui sont sous sa responsabilité.</p>	<p><i>L'infirmière ou l'infirmier mobilise l'équipe intraprofessionnelle et l'équipe interprofessionnelle.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier coordonne l'équipe intraprofessionnelle et l'équipe interprofessionnelle afin de répondre à l'ensemble des besoins des personnes hébergées et de leurs proches.</i></p> <p><i>L'infirmière ou l'infirmier assure le transfert des connaissances à l'équipe intraprofessionnelle et à l'équipe interprofessionnelle et leur donne le soutien nécessaire afin d'assurer la qualité des soins.</i></p>

Conclusion

Le partenariat personne hébergée-proches-infirmière est central dans l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD et la qualité des relations constitue un élément clé assurant la qualité des soins. Les infirmières et les infirmiers soignent les personnes hébergées ainsi que leurs proches selon les meilleures pratiques et à la lumière des résultats probants, en s'appuyant sur des assises infirmières solides et contemporaines.

Une approche axée sur la relation reconnaît l'unicité de la personne et valorise l'interdépendance de toutes les personnes impliquées dans les soins. La bientraitance situe la personne hébergée au centre de sa relation de soins et en fait l'acteur principal. La création d'un environnement axé sur les relations prévient la maltraitance, assure le bien-être et permet d'optimiser les capacités et les forces de la personne dans le but de favoriser sa qualité de vie. La trajectoire de vie de la personne hébergée et son projet de vie sont pris en compte tout au long du séjour jusqu'à la fin de la vie. L'infirmière ou l'infirmier soutient et accompagne la personne hébergée et ses proches au cours des transitions de cette trajectoire de vie.

Il va de soi que les infirmières et les infirmiers qui exercent auprès des personnes hébergées en CHSLD doivent posséder les compétences requises pour répondre aux besoins de santé et de soins de ces personnes et faire preuve d'un leadership clinique en vue de soutenir l'équipe intraprofessionnelle. Les infirmières et les infirmiers doivent être en nombre suffisant au sein des équipes de soins, et ce, à tous les quarts de travail (OIIQ, 2014). De plus, la pratique infirmière avancée est indispensable dans le but d'implanter les meilleures pratiques et de transférer les connaissances.

En guise de conclusion, rappelons la prise de position de l'OIIQ sur la pratique infirmière en CHSLD (2013, p. 3).

« L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dont la fonction principale est d'assurer la protection du public, demande au gouvernement du Québec d'établir dans les meilleurs délais l'offre de services en CHSLD et de donner à ces établissements les moyens d'offrir à leurs personnes hébergées, dans leur milieu de vie, les soins infirmiers requis par leur condition physique et mentale :

- en se basant sur les besoins réels des personnes hébergées en CHSLD, en fonction de leur profil actuel et évolutif;
- en fixant comme offre de services minimale en CHSLD :
 - le suivi infirmier des personnes hébergées, basé sur l'évaluation de la condition physique et mentale et les directives infirmières permettant d'assurer ce suivi;
 - les divers soins requis par cette clientèle, notamment la gestion des médicaments, la prévention des chutes et des plaies, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'instauration de programmes de soins spécialisés et de programmes d'accompagnement et de soins pour les personnes en fin de vie et leurs proches;
- en assurant l'expertise d'infirmières en nombre suffisant :
 - pour répondre aux besoins individuels des personnes hébergées en matière de soins;
 - pour coordonner les soins de manière à optimiser la contribution de tous les membres de l'équipe de soins, ainsi que la collaboration interprofessionnelle;
- en facilitant ou en organisant le recours à des infirmières praticiennes spécialisées, ainsi qu'à des infirmières conseillères spécialisées pour soutenir les équipes dans les milieux cliniques. »

Références

Australian Palliative Residential Aged Care Project. (2006). *Guidelines for a palliative approach in residential aged care*. Repéré à <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/ac15>

Bourbonnais, A., et Ducharme, F. (2010). Âgisme et professions d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante? Dans M. Lagacé (dir.), *L'âgisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p. 155-174). Québec, QC : Presses de l'Université Laval.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2016). *Politique-type pour contrer la maltraitance envers les résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. Repéré à <https://www.creges.ca/soutien-clinique-contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-aines/>

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, chapitre C-12.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

Dallaire, C. (2008). L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel. Dans C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* (p. 455-480). Montréal, QC : Gaëtan Morin.

Gottlieb, L. N. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Montréal, QC : Pearson ERPI.

Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., et Shamian, J. (2012). Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: A new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership, 25*(2), 38-50.

Gozalo, P., Teno, J. M., Mitchell, S. L., Skinner, J., Bynum, J., Tyler, D., et Mor, V. (2011). End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *New England Journal of Medicine, 365*(13), 1212-1221.

Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (2^e éd.). (2016). Repéré sur le site du Secrétariat aux aînés : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/13-830-10F.pdf>

Hanson, E., Hellstrom, A., Sandvide, A., Jackson, G. A., MacRae, R., Waugh, A., . . . Tolson, D. (2016, 26 juillet). The extended palliative phase of dementia: An integrative literature review. *Dementia*. doi:10.1177/1471301216659797

Jansen, K., Schaufel, M. A., et Ruths, S. (2014). Drug treatment at the end of life: An epidemiologic study in nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 32*(4), 187-192.

Kelly, T. B., Tolson, D., Schofield, I., et Booth, J. (2005). Describing gerontological nursing: An academic exercise or prerequisite for progress? *Journal of Clinical Nursing, 14*(suppl. 1), 13-23.

Kilpatrick, K., Hains, S., Tchouaket, E., et Jabbour, M. (2017). *Implantation du rôle d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec : projet vitrine*. Rapport d'évaluation inédit. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Kilpatrick, K., Jabbour, M., et Fortin, C. (2016). Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: What do patients and families perceive to be effective? *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 619-630.

Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A., et Doran, D. (2013). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 205-217.

Lavallée, M.-H. (2014). *Les significations du processus transitionnel de personnes âgées hospitalisées nécessitant un hébergement permanent et vivant de multiples relocalisations* (mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/11570>

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., et Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Milnes, S., Orford, N. R., Berkeley, L., Lambert, N., Simpson, N., Elderkin, T., . . . Bailey, M. (2015, 21 septembre). A prospective observational study of prevalence and outcomes of patients with Gold Standard Framework criteria in a tertiary regional Australian hospital. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi:10.1136/bmjspcare-2015-000864.

Misson, L., Aubin, M., Durand, P., et Verreault, R. (2012). Les soins palliatifs en soins de longues durée au Québec : contexte et enjeux. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 12(2), 31-35.

Mitchell, G., Agnelli, J., McGreevy, J., Diamond, M., Roble, H., McShane, E., et Strain, J. (2016). Palliative and end of life care for people living with dementia in care homes: Part 1. *Nursing Standard*, 30(43), 54-63.

Mitchell, S. L., Kiely, D. K., et Hamel, M. B. (2004). Dying with advanced dementia in the nursing home. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 321-326.

Néron, A. (2013, mai). *Le partenariat de soins entre le patient et l'équipe médicale*. Communication présentée au 81^e congrès de l'Acfas, Québec. Repéré à http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/2013-ColloqueSSP-Acfas/Neron_Andre_Acfas%202013.pdf

Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., et Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-E27.

Nolan, M. R., Brown, J., Davies, S., Nolan, J., et Keady, J. (2006). *The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach* (GRIP Report n° 2). Repéré à http://shura.shu.ac.uk/280/1/PDF_Senses_Framework_Report.pdf

Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., et Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: A new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(suppl. 1), 45-53.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (éd. rev.). Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation : mémoire*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA_memoire-releve.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/20140206_prise_position_chslid.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : mémoire*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401_memoire-chsld.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (avec 14 ordres professionnels et le Regroupement provincial des comités des usagers). (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD : collaboration interprofessionnelle*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8472_doc.pdf

Organisation mondiale de la santé. (1946). Constitution de l'OMS : ses principes. Repéré à <http://www.who.int/about/mission/fr/>

Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. (2013). *Measurement of and target-setting for well-being: An initiative by the WHO Regional Office for Europe: Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012*. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/181449/e96732.pdf?ua=1

Pepin, J., Ducharme, F., et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.

Pepin, J., Larue, C., Allard, E., et Ha, L. (2015). *La discipline infirmière : une contribution décisive aux enjeux de santé*. Montréal, QC : Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.

Registered Nurses Association of Ontario. (2011). *End-of-life care during the last days and hours* (Clinical Best Practice Guidelines). Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/End-of-Life_Care_During_the_Last_Days_and_Hours_0.pdf

Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

Ronch, J. L. (2004). Changing institutional culture: Can we re-value the nursing home? *Journal of Gerontological Social Work*, 43(1), 61-82.

Royal College of General Practitioners. (2011). *The GSF prognostic indicator guidance* (4^e éd.). Repéré à <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>

Stajduhar, K. I. (2011). Chronic illness, palliative care, and the problematic nature of dying. *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 43(3), 7-15.

Tardif, J. (2006). *L'Évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.

TNS Qual+. (2011). *Le bien-être : rapport complet* (Eurobaromètre études qualitatives). Repéré à http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/quali/wellbeing_final_fr.pdf

ANNEXE 1

Libertés et droits fondamentaux

Extrait de la *Charte des droits et libertés de la personne*
RLRQ, chapitre C-12

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.
2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.
3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales, telles que la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.
4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.
5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.
6. Toute personne a droit à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens, sauf dans la mesure prévue par la loi.
7. La demeure est inviolable.
8. Nul ne peut pénétrer chez autrui ni y prendre quoi que ce soit sans son consentement exprès ou tacite.
9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.

- 9.1. Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

ANNEXE 2

Champ d'exercice et activités réservées

Extrait de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*
RLRQ, chapitre I-8

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Dans le cadre de l'exercice infirmier, 17 activités sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2).
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.
8. Appliquer des techniques invasives.
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
12. Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.
15. Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5).
16. Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.
17. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.