

Évaluation du projet pilote de 3,5 heures de soins dans les foyers de soins

Rapport sommaire

Table des matières

Introduction	3
Objet du projet	4
Objectif	4
Méthode d'évaluation	4
Constats	5
Recommandations	10
Conclusion	24

Introduction

Offrir un accès à des soins de qualité aux personnes âgées est une priorité du gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Plus de la moitié du budget de 1,1 milliard de dollars du ministère du Développement social est affecté au soutien des aînés; ces fonds sont bien investis dans des sphères comme les soins de longue durée et les services de foyers de soins.

Il existe 65 foyers de soins au Nouveau-Brunswick; les membres du personnel et les bénévoles y offrent à nos aînés des soins et de l'attention qu'ils méritent tant.

On observe actuellement une évolution démographique dans notre province. D'après les données du recensement, notre province occupe le deuxième rang canadien quant au pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus. Cette augmentation dans la population d'aînés aura des répercussions importantes sur le Nouveau-Brunswick et sur notre société dans un avenir proche.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick reconnaît qu'il sera nécessaire d'avoir une approche renouvelée comprenant les notions de responsabilité partagée et de participation de la collectivité afin de combler les besoins des aînés, qui seront de plus en plus nombreux.

Il a été suggéré, comme l'une des façons d'assurer la prestation de soins de grande qualité, d'augmenter le nombre d'heures de soins que reçoivent les résidents des foyers de soins au Nouveau-Brunswick.

En 2010, le ministère du Développement social a mis sur pied un projet pilote visant à évaluer l'approche utilisée par cinq foyers de soins, approche qui avait pour objectif d'offrir 3,5 heures de soins par jour à chaque résident. La norme actuelle d'heures de soins est de 3,1 heures par jour par résident.

Le Ministère a accordé au cabinet Tazim Virani & Associates le mandat de mener l'évaluation du projet pilote de 3,5 heures dans les foyers de soins.

Le présent rapport sommaire présente les conclusions du cabinet Tazim Virani & Associates. Il a été préparé en vue d'aider à éclairer les discussions sur l'avenir de l'approche des 3,5 heures de soins dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick

Objet du projet

Le ministère du Développement social a augmenté le financement accordé au programme des 3,5 heures de soins par résident par jour dans deux foyers de soins de la province : le foyer Central Carleton et le foyer Notre-Dame-de-Lourdes, comptant 30 et 100 lits, respectivement.

Trois autres foyers de soins de 72 lits exploités par Shannex (Monarch Hall, Embassy Hall et Thomas Hall) ont offert 3,5 heures de soins par résident par jour à même leur budget actuel, grâce à un modèle d'éventail de qualifications différent des deux autres foyers.

Ces cinq foyers du projet pilote ont participé à l'évaluation de l'incidence des 3,5 heures de soins sur les résidents, le personnel et le système.

Objectifs

1. Évaluer l'incidence de prodiguer 3,5 heures de soins par résident par jour.
2. Décrire de quelle façon les 3,5 heures de soins ont été prodiguées.
3. Examiner les facteurs facilitant l'offre des heures de soins et contribuant à la qualité des soins prodigués aux résidents, à la qualité de vie dont ils bénéficient et au milieu de travail dans lequel le personnel évolue.

Méthode d'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation du projet pilote, le cabinet Tazim Virani & Associates s'est servi d'une méthode d'étude préalable et postérieure.

On a ainsi recueilli les données avant l'intervention de façon rétrospective. Un plan d'évaluation détaillé a servi de guide pour la collecte de données qualitatives et quantitatives sur les éléments suivants :

- résultats pour les résidents;

- résultats pour les infirmières et l'équipe de soins;
- résultats pour le foyer de soins;
- résultats pour le système.

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de sondages transmis par la poste, d'entrevues, de groupes de discussion, d'analyse de documents et d'indicateurs de la qualité issus des processus de collecte de données qu'utilisent habituellement les foyers de soins.

Les résultats de l'évaluation sont limités par le nombre de foyers participant au projet pilote et les sources de données accessibles. Il faut tout de même préciser que la comparaison de données issues de diverses sources permet d'accorder une plus grande confiance aux analyses et aux conclusions qui en découlent.

Constats

Résultats pour les résidents

L'ajout d'heures de soins a permis au personnel des foyers de soins de prêter une attention accrue aux résidents et a contribué à l'amélioration de certains aspects de leur qualité de vie et de la qualité des soins dont ils bénéficient. Là où l'on a constaté l'amélioration la plus marquée, c'est qu'on ne presse plus les résidents lors des soins pendant la journée, plus précisément lorsqu'il est question d'hygiène personnelle et de l'heure des repas. Chaque jour (voire plus souvent dans presque tous les cas s'ils le désirent), on aide les résidents à se lever du lit. On leur donne aussi l'occasion de participer à des activités récréatives.

À première vue, il s'agit là d'incidences mineures, mais elles sont lourdes en répercussions. Les membres du personnel apprennent ainsi à connaître les résidents et peuvent leur offrir de nouveaux choix, leur accorder une plus grande dignité et tisser des liens plus étroits avec eux.

Les résultats sont cependant variables lorsqu'il est question de l'incidence du nombre d'heures de soins sur des indicateurs particuliers de qualité des soins aux résidents (chutes, escarres de décubitus, infections urinaires, erreurs de médication, etc.). Il ne se dessine ici aucune tendance manifeste d'amélioration particulière pour un quelconque indicateur.

Les résultats viennent par ailleurs confirmer le fait que les indicateurs de qualité des soins aux résidents sont touchés par de nombreux facteurs, dont les suivants : l'état de santé des résidents et leurs besoins en matière de soins; la mise en place de protocoles de soins fondés sur des données probantes; les pratiques d'intervention supervisées par des médecins, des pharmaciens, des diététistes, des fournisseurs de soins de réadaptation; la nature de l'orientation donnée en soins infirmiers pour la conduite des évaluations poussées; la coordination des soins, notamment l'attention prêtée à la continuité des soins; l'encadrement donné et la culture qui règne au foyer de soins; le mode de déploiement du personnel (modèle de dotation, horaire des employés, modèle de prestation des services, champ d'exercice); la capacité du personnel à travailler en équipe; la formation continue et les aides à la résolution de problèmes dont bénéficie le personnel, et la disponibilité du matériel et des fournitures.

Les données qualitatives laissent entendre une amélioration sur le plan de l'intégrité de la peau grâce aux fréquents changements de position, une alimentation ou une nutrition saine et une hydratation accrue. La diminution du recours à la contention mécanique est principalement attribuable au respect de la politique de contrainte minimale, mais aussi grâce aux pratiques d'évaluation et de surveillance. Il est fort probable que c'est grâce à l'ajout de membres du personnel qu'on a réussi à donner suite à ces pratiques plus fréquemment. En conséquence, il existe un effet de synergie lorsqu'on ajoute des heures de travail et qu'on adopte des pratiques améliorées ou exemplaires. Ces deux éléments doivent donc être mis en place simultanément.

La qualité de vie des résidents s'est aussi améliorée, car ils participent davantage aux activités récréatives et obtiennent une attention accrue de la part du personnel, quoique cette amélioration soit limitée partiellement par les contraintes de dotation tard en soirée, la nuit et la fin de semaine. En effet, à ces moments-là, le personnel dédié aux soins est en nombre réduit, et il y a peu ou pas de personnel responsable des loisirs présent sur place pour mener les programmes. Parallèlement, les résidents reçoivent peu ou pas d'aide en réadaptation la fin de semaine. La situation se complique davantage en raison des quarts de travail courts prévus la fin de semaine lorsqu'il s'avère difficile de combler les absences du personnel. Ce n'est que dans un des cinq foyers de soins que l'ajout de membres du personnel de soins a permis de réduire considérablement le nombre de ces quarts. Il s'agit là d'un enjeu sur lequel devront se pencher les dirigeants des foyers de soins, notamment par la mise en place de politiques décourageant l'absentéisme.

Indicateurs des foyers de soins et du système

Les résultats indiquent que les foyers de soins respectent la plupart des normes de service et que la majorité donne suite avec diligence aux citations qu'ils reçoivent. La mise en œuvre des 3,5 heures de soins s'est faite de façon différente dans chaque foyer, chacun ayant pu recruter suffisamment d'employés supplémentaires pour respecter les 3,5 heures de soins selon les horaires déjà établis et le budget dont il disposait. Le personnel s'est en général montré ouvert à l'ajout de personnel dédié aux soins comme les préposés aux résidents et les préposés aux bénéficiaires et a même manifesté son appréciation à cet égard.

Dans chaque foyer, on a reconnu la nécessité d'ajouter des heures pour les soins directs aux résidents. Un seul foyer a ajouté des heures à la catégorie des infirmières auxiliaires autorisées ou soins de rétablissement en plus d'en ajouter à celle des préposés aux résidents. La marge de manœuvre qu'on a laissée aux différents foyers pour déterminer où et comment ajouter les heures additionnelles de soins a constitué un volet important de la mise en œuvre du projet pilote. Il est important d'inciter les dirigeants à travailler étroitement avec les membres du personnel et les autres intervenants (les résidents et leur famille, par exemple) pour prendre ce genre de décisions ainsi que pour promouvoir la qualité générale des soins prodigués aux résidents. Le souci des résidents doit être au cœur de toute décision en matière de dotation, car il ne s'agit pas d'une simple question de charge de travail.

Au nombre des difficultés relevées dans chacun des foyers de soins, signalons la capacité de combler les absences imprévues du personnel. Il s'agit d'un problème qui survient surtout la fin de semaine, et cela a entraîné des conséquences directes sur la capacité des foyers à offrir 3,5 heures de soins et, pour certains foyers, s'est traduit par de nombreuses heures supplémentaires et des dépenses élevées. Quand on ne parvient pas à remplacer le personnel absent, on peut difficilement assurer des soins de qualité constante et prêter une attention accrue aux résidents. De plus, ces absences imprévues mènent à un travail d'équipe inefficace et rompent la continuité pour ce qui est du personnel chargé d'un résident donné.

S'il est vrai qu'aucun des cinq foyers de soins n'a pour l'instant soulevé de préoccupation générale relativement à la disponibilité de la main-d'œuvre dans sa région respective, il n'en reste pas moins que plusieurs modifications concernant le personnel et le système ont eu des conséquences plus vastes. Dans les milieux ruraux, il y a peu d'infirmières immatriculées, et encore moins qui acceptent de travailler à temps partiel ou qui veulent bien prendre un quart de travail de plus pour pallier une absence. La plupart des employés à temps partiel travaillent aussi pour une autre entreprise et disposent donc d'une souplesse limitée dans leur emploi du temps. Cette

situation se vit autant chez les infirmières auxiliaires autorisées que chez les préposés aux résidents.

Autre difficulté sur le plan de la dotation : l'absence d'un programme cohérent pour les préposés aux résidents. Les foyers de soins n'ont alors d'autre choix, pour satisfaire aux normes et exigences qui leur sont imposées, que d'investir, dès l'embauche, temps et ressources dans la formation de leurs préposés. Il faut ainsi plus de temps avant qu'un préposé n'atteigne une productivité optimale – le temps qu'il reçoive sa formation en milieu de travail – ce qui ajoute un poids supplémentaire au fardeau que portent déjà les autres employés. Il s'est aussi avéré difficile, dans le cadre de la présente évaluation, de mesurer l'incidence de l'arrivée de nouveaux préposés aux résidents sur les soins prodigués.

On en vient également à négliger les soins aux résidents lorsqu'on omet de remplacer des employés d'une autre catégorie absents pendant des vacances ou des congés, qu'ils soient prévus ou imprévus. Sont inclus dans ces catégories les infirmières auxiliaires autorisées ou consultantes en réadaptation, les assistants en réhabilitation et le personnel des loisirs. Certains foyers donnent par ailleurs à leurs infirmières auxiliaires autorisées ou consultantes en réadaptation des responsabilités de soins directs ou leur demandent de combler l'absence d'une infirmière auxiliaire autorisée lorsqu'ils sont à court de remplaçants. De telles pratiques sont à déconseiller, car elles viennent interrompre les soins de réadaptation et nuisent à la qualité de vie des résidents. De plus, lorsqu'il est question d'un employé travaillant habituellement la fin de semaine, ce genre d'absence retarde le potentiel de réadaptation des résidents.

Résultats pour le personnel

Les données recueillies des sondages et au cours des entrevues montrent bien que les employés sont en général satisfaits de leur milieu de travail, et ce, quel que soit le foyer. Il existe néanmoins quelques différences quant à la façon dont ils perçoivent certains aspects précis. Notons, par exemple, que, dans certains foyers, le personnel d'un certain âge ou en poste depuis un certain temps a donné une note inférieure à de nombreux aspects du milieu de travail comparativement aux employés plus jeunes ou d'un échelon inférieur. Sur une échelle de dix points, les employés ont donné une note de plus de sept pour caractériser leur satisfaction et la mesure dans laquelle ils étaient prêts à recommander leur foyer aux autres.

En revanche, lorsqu'on leur a demandé si leur foyer comptait suffisamment de personnel, tous, sans exception, ont donné une note de faible à modérée (de trois à six) sur cette même échelle. Les préposés aux résidents et les infirmières auxiliaires

autorisées se sont dites moins satisfaites que les autres employés pour cet élément, malgré le fait qu'on leur accorde maintenant plus d'heures pour prodiguer des soins. Les préposés étaient en général plus frustrés et épuisés sur le plan émotionnel et se préoccupaient davantage du travail d'équipe. Les commentaires qualitatifs fournis viennent soutenir ces résultats, qui permettent de comprendre que les pressions imposées pour l'offre de soins de qualité constante sont toujours présentes.

La plupart des employés ont en outre fait savoir que le travail de fin de semaine leur causait le plus de stress. Notons aussi qu'il y avait des préoccupations supplémentaires dans deux foyers. Dans le premier, notre évaluation générale a révélé que le fardeau des soins aux résidents semble plus lourd qu'ailleurs, tandis que, dans le deuxième, il règne chez les employés un sentiment d'insatisfaction quant au caractère adéquat du personnel, malgré un ratio employé-résident figurant parmi les plus favorables du secteur des foyers de soins. Dans ce deuxième cas, nous avons déterminé que ce ne sont pas les heures de soins qui posent problème, mais plutôt la façon dont les employés collaborent pour prodiguer ces soins.

L'augmentation du nombre d'heures de soins ne s'est pas soldée par une amélioration des compétences chez le personnel infirmier et de soins, du moins pas directement. D'autres facteurs se sont avérés plus influents, notamment le mode de collaboration des employés (champ d'exercice, modèle de prestation de services, esprit d'équipe indifféremment de l'échelon, relations avec les dirigeants) et la disponibilité des occasions de formation et de promotion du travail d'équipe.

Dans chacun des cinq foyers de soins, on a travaillé avec diligence en vue d'organiser la prestation de services de manière à assurer une continuité optimale des soins et des personnes qui les prodiguent. Dans cette optique, on a tendance à affecter, dans la mesure du possible, les employés réguliers à une unité ou à un secteur du foyer, ce qui favorise aussi la responsabilisation des employés. Lorsqu'ils font des journées consécutives, on cherche en outre à leur confier le même groupe de résidents. Pour assurer la sécurité du personnel comme des résidents, on a également institué un système de jumelage, qui a été particulièrement bénéfique pour les résidents dont le transfert, le bain et les soins généraux nécessitaient deux personnes. Il faut savoir qu'il n'y a généralement, dans un foyer de soins, qu'un seul employé autorisé de chaque désignation; c'est donc cette personne qui porte la responsabilité de tous les résidents.

Contexte

Le contexte d'exploitation d'un foyer de soins peut avoir une grande incidence sur la façon dont on s'y est pris pour ajouter des ressources humaines supplémentaires et

pour bien en tirer profit. Sont inclus dans ce contexte l'engagement communautaire, la disponibilité du personnel, la présence d'un syndicat, la philosophie de soins adoptée par l'organisation, la collaboration actuelle et antérieure parmi les membres de l'équipe de soins et la relation de travail avec les dirigeants. L'horaire de travail des employés, l'éventail de qualifications, l'application optimale du champ d'exercice de chacun des employés, la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes et la capacité de faire preuve de créativité et de régler les problèmes en recourant à un processus d'apprentissage continu sont autant de facteurs qui contribuent aux pratiques exemplaires et à la qualité des soins aux résidents.

Même si on utilisait un très petit échantillon de foyers de soins dans le projet pilote, il était évident qu'il existait, dans chaque foyer, une combinaison particulière de variables qui facilitaient ou, à l'inverse, entravaient sa capacité à fournir des soins de qualité aux résidents et à leur assurer une qualité de vie. Il importe donc, lors de l'évaluation de l'état de préparation, d'évaluer les variables contextuelles pour assurer une répartition judicieuse des fonds supplémentaires affectés aux ressources humaines dans les foyers de soins.

Recommandations

En prenant en considération toutes les données et leurs analyses, le cabinet Tazim Virani & Associates a proposé 14 recommandations ciblant les quatre domaines suivants :

- les heures de soins en fonction des besoins des résidents;
- les ressources humaines des foyers de soins;
- les soutiens et les investissements;
- le changement culturel.

Heures de soins en fonction des besoins des résidents

Les investissements dans l'amélioration des niveaux de dotation en personnel d'un foyer de soins peuvent susciter de meilleurs résultats si d'autres aspects du fonctionnement, des soins aux résidents et des soutiens du foyer de soins sont bien orientés. On s'attend à une collaboration importante lorsque les recommandations figurant dans la présente section seront envisagées et instaurées en tant qu'ensemble de mesures.

Recommandation 1

Investir dans l'amélioration des niveaux de dotation en personnel des foyers de soins en fonction des besoins des résidents et de l'évaluation des facteurs qui font qu'un environnement est prêt dans les foyers de soins; associer ces investissements à des exigences précises en matière de surveillance.

Selon les heures de soins du projet pilote, il était clair que les foyers de soins étaient différents, dans la mesure où les ressources humaines supplémentaires avaient une incidence sur les soins aux résidents, la qualité de vie et l'environnement de travail du personnel. Il importe donc que les investissements en dotation en personnel soient pondérés comme suit :

- Les besoins des résidents en matière de niveau de soins sont évalués pour repérer les foyers qui ont davantage de besoins.
- Les foyers sont évalués quant à leur état de préparation à la mise en œuvre des changements sur le plan du personnel pour qu'ils profitent de manière optimale aux résidents et à ceux qui prodiguent des soins aux résidents.
- Les investissements sont rattachés à des exigences précises en matière de surveillance.

Recommandation 1.1

Enquêter sur les mécanismes pour évaluer les besoins des résidents et la charge de travail correspondante.

Le projet pilote sur les heures de soins a révélé que tous les foyers de soins n'ont pas besoin d'un niveau identique de dotation en personnel. Comme il pourrait être nécessaire d'ajouter plus de 3,5 heures pour le personnel de certains foyers ou pour des unités particulières de foyers où les besoins des résidents dépassent cette cible, il faut effectuer une enquête sur les mécanismes adéquats pour évaluer les besoins des résidents et la charge de travail correspondante.

Dans le cadre d'une enquête ciblée sur les outils de mesure de la charge de travail, nous recommandons l'inclusion de l'outil RAI-MDS parmi les outils à prendre en considération. On pourrait disposer d'un outil conçu et adapté au Nouveau-Brunswick qui s'appuie sur les principes de RAI-MDS (lien vers notre recommandation sur les résultats) pour évaluer des foyers ciblés particuliers où les données sur la satisfaction et les résultats laissent à désirer. Il faut dans de tels foyers une évaluation de référence et des évaluations répétées tous les trois mois avant d'accorder un financement pour plus de 3,5 heures.

Recommandation 1.2

S'occuper des facteurs de l'état de préparation des foyers de soins à l'optimisation des investissements en dotation en personnel.

Afin d'optimiser l'incidence des investissements en dotation, il est recommandé d'évaluer et de renforcer les facteurs qui rendent « prêt » à ces investissements. Cela comprend les facteurs du modèle des pratiques infirmières, des facteurs structurels et des facteurs liés au perfectionnement professionnel.

Recommandation 1.3

Associer les investissements à une surveillance des répercussions appropriée.

Accorder aux foyers la souplesse et la créativité nécessaires pour déterminer la façon dont les investissements peuvent être répartis pour atteindre les résultats qui suivent (consulter également la recommandation 10) :

- Réduire les temps d'attente : les résidents devraient obtenir de l'attention, des soins et du soutien en temps opportun (p. ex. réponse aux sonnettes, alimentation et soins personnels).
- Améliorer le temps d'interaction du personnel avec les résidents au-delà de la prestation de soins (p. ex. tisser des liens, participer à des activités thérapeutiques, soutenir la réadaptation et le rétablissement, prêter une attention supplémentaire comme polir les ongles).

- Lever les résidents de leur lit, favoriser leur mobilité ou les faire sortir et instaurer une souplesse quant à l'horaire des soins du coucher selon les besoins des résidents et non pas en fonction des routines régulières centrées sur les employés.
- Soutenir les besoins particuliers des résidents ainsi que leurs habitudes et leurs horaires personnels lorsqu'ils se lèvent le matin.
- Accroître la surveillance de l'état de santé et multiplier les discussions avec les résidents, leur famille et l'équipe interdisciplinaire.
- Créer des occasions au cours desquelles les membres du personnel peuvent apprendre les uns des autres, en savoir plus sur les autres employés et leurs professions respectives afin de favoriser la prestation des soins en collaboration aux résidents et ainsi augmenter la compréhension et le soutien de la portée d'exercice de chacun tout en diminuant les conflits.
- Optimiser la portée du champ d'exercice de tous les fournisseurs de soins (consulter également la recommandation 3).

Ressources humaines en foyers de soins

On a cerné quatre facteurs critiques qui augmentent les tensions dans la planification et le déploiement efficaces des ressources humaines dans les foyers de soins. Les intervenants ont de nombreuses attentes sur la manière dont les foyers de soins sont dotés de personnel : les incohérences quant à la manière où les infirmières immatriculées sont soutenues pour travailler dans la pleine mesure de leur champ d'exercice; les carences en ce qui a trait au soutien pour le personnel de réadaptation et de rétablissement, et l'incidence du niveau élevé d'absentéisme sur le déploiement des effectifs.

Il faut aborder les lacunes dans les ressources humaines des foyers de soins à l'aide d'une approche multi-intervenants, par exemple en établissant un comité de planification des effectifs.

La participation des intervenants engendrera une approche de collaboration pour aborder les préoccupations en matière de ressources humaines tout en renforçant les connaissances de tous les intervenants en ce qui a trait aux normes, aux données probantes, aux difficultés et aux possibilités de la planification des effectifs dans les foyers de soins.

Il y a en plus des occasions d'optimiser le champ d'exercice de chacun des membres du personnel, surtout des infirmières immatriculées, en plus d'améliorer les affectations

de soins en réadaptation et en rétablissement dans l'ensemble du secteur des foyers de soins.

Il importe également d'élaborer des pratiques efficaces pour la gestion de l'absentéisme pour s'occuper de manière proactive des tendances prévisibles lorsque l'on traite des problèmes d'absences chroniques de membres du personnel à long terme.

Recommandation 2

Mettre en place des comités de planification des effectifs dans tous les foyers de soins

La planification des effectifs devrait tenir compte tant des résidents que de la qualité de vie du personnel, de même que de l'efficacité des opérations du foyer. Un juste équilibre entre ces trois éléments doit être assuré par tous les intervenants, y compris l'administration, le personnel et les syndicats.

On recommande de mettre sur pied, dans chacun des foyers de soins, un comité de planification des effectifs comptant des représentants des résidents et des familles, des représentants du personnel et de la direction. Le comité peut utiliser une approche de consultation afin d'aborder et de comprendre les justifications et les points de vue des différents intervenants. Pareil comité pourrait avoir, parmi ses rôles clés, la tâche de mener un examen annuel des besoins des résidents, de la répartition du personnel et d'avancer des recommandations constructives. Le Nouveau-Brunswick peut tirer profit de l'expérience issue de telles approches élaborées dans d'autres provinces.

Recommandation 3

Optimiser la portée du champ d'exercice du personnel.

Il existe diverses occasions d'accroître et d'améliorer la portée du champ d'exercice de tous les membres du personnel assurant la prestation de soins, notamment les préposés aux résidents, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières immatriculées.

Il faudrait continuer de soutenir le travail effectué précédemment en vue d'optimiser les rôles des infirmières auxiliaires autorisées et des préposés aux résidents tout en maximisant le champ d'exercice des infirmières immatriculées. Ce travail devrait être entrepris en collaboration avec divers intervenants, notamment les associations des foyers de soins, les syndicats et les organismes de réglementation; il devrait également être conçu de façon à garantir que la portée des champs d'exercice soit instaurée uniformément à l'échelle de la province.

La portée du champ d'exercice des infirmières immatriculées devrait comprendre ce qui suit :

- l'évaluation clinique avancée;
- la direction des équipes interprofessionnelles (y compris les médecins, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, le personnel chargé du rétablissement, etc.);
- la communication et la coordination avec les familles et les autres visiteurs de l'extérieur au foyer;
- les compétences liées à la supervision et à l'encadrement afin de soutenir les soins de collaboration et le perfectionnement des équipes;
- la coordination des soins aux résidents.

Recommandation 4

Augmenter et protéger les fonds destinés à la réadaptation et au rétablissement.

En plus de s'assurer que des heures de soins sont ciblées afin d'atteindre des résultats précis, il importe d'améliorer et de protéger les fonds destinés à la réadaptation et au rétablissement.

L'une des façons d'y parvenir est de soutenir l'embauche d'assistants en réhabilitation formés adéquatement pour ce rôle plutôt que d'engager des infirmières auxiliaires autorisées. On a souvent recours aux infirmières auxiliaires autorisées ou consultantes en réadaptation pour pallier les journées de maladies, les vacances et les moments où les niveaux de soins sont élevés, ce qui fait en sorte que les résidents n'obtiennent pas

la réadaptation ni le rétablissement adéquat, ajoutant encore plus aux niveaux de soins des résidents.

Une politique visant à protéger les heures allouées à la réadaptation ou au rétablissement peut venir briser ce cycle.

Tous les intervenants doivent se ranger à la valeur de la réadaptation ou du rétablissement et ne pas y voir un simple service « intéressant », mais plutôt un service « essentiel ».

Les assistants en réhabilitation de la province devraient être régis par des normes et présenter des compétences uniques; seuls ceux ayant suivi des programmes de formation reconnus devraient être embauchés comme assistant en réhabilitation dans des foyers de soins. Il est important de ne pas diluer de pareils rôles par l'affectation de préposés aux résidents et de préposés aux bénéficiaires afin de pourvoir ces postes lorsqu'ils n'ont pas la formation nécessaire.

Les fonds destinés à la réadaptation ou au rétablissement devraient être affectés au soutien des services sept jours par semaine et à la mise en place d'une formation continue adéquate du personnel. En outre, il faut revoir les soutiens que les foyers obtiennent du programme extra-mural comme les évaluations des résidents, la planification des soins, la résolution de problèmes, la formation, la supervision du personnel et la sensibilisation à l'égard du matériel particulier destiné aux résidents.

Recommandation 5

Améliorer la gestion de l'absentéisme.

Les approches de gestion de l'absentéisme actuelles exigent du temps, des efforts et une attention continue. Bien qu'elles soient fondées sur des pratiques bien acceptées, il faut tout de même établir des mesures de politique audacieuses. Pour ce faire, il faudra nouer une relation de collaboration et de confiance entre le gouvernement, les exploitants de foyers de soins, les syndicats et les autres intervenants.

Il ne suffit plus d'intervenir en situation d'absences imprévues et de chercher des employés de remplacement. Il faut mener une analyse proactive des tendances relativement à de pareilles absences afin de mieux comprendre les « absences prévisibles » et de réduire l'incertitude.

Par exemple, il est déjà évident que des absences prévisibles surviennent pendant les fins de semaine. Il est donc possible d'élaborer des stratégies pour les pallier, notamment le recours à la « réservation d'un employé temps plein », une méthode qui peut également être le fruit d'une négociation afin d'être utilisée entre foyers de soins et comprendre des dispositions de frais de déplacement, au besoin. Il est possible de recourir à des stratégies de ce genre tout en continuant à utiliser des programmes de gestion de l'absentéisme traditionnels et à travailler avec les syndicats en vue de « réduire les congés de maladie ».

Il faudrait également envisager des approches incitatives ou dissuasives comme le recours à un nombre maximal d'heures allouées pour les congés de maladie. Qui plus est, l'affectation d'agents chargés de la sécurité et du bien-être à l'échelle régionale peut permettre de soutenir les foyers de soins dans la gestion de leurs approches contre l'absentéisme.

Soutiens et investissements

On a repéré dans les groupes d'intervenants cinq lacunes qui ont une incidence sur la manière dont le personnel des foyers de soins peut prodiguer des soins de grande qualité aux résidents : la formation et l'éducation permanente, le matériel et les fournitures, un personnel de soutien adéquat en récréologie et en thérapie, un bon soutien des bénévoles et une reddition de compte publique par l'intermédiaire de la surveillance de la qualité à l'échelle de la province. Le personnel a besoin de formation continue pour renforcer ses connaissances et ses habiletés et pour rester au fait des plus récentes pratiques fondées sur des données probantes.

Un plan de formation du personnel annuel pourrait être une exigence de base pour tous les foyers de soins; ce plan devrait aborder la question de la formation obligatoire ainsi que les besoins particuliers de chacun des foyers en matière de perfectionnement des effectifs. Pour prodiguer des soins aux résidents, il faut que les foyers de soins disposent du matériel et des fournitures nécessaires.

La qualité de vie des résidents s'améliore quand les foyers de soins disposent de bonnes activités et de bons programmes récréatifs et thérapeutiques. À cet effet, il faut investir pour accroître le personnel en récréo-thérapie dans les foyers de soins selon les besoins des résidents. De plus, les bénévoles jouent un rôle essentiel pour soutenir la qualité de vie des résidents.

Recommandation 6

Améliorer les investissements quant à la formation continue.

Dans chaque foyer, on a reconnu la nécessité d'obtenir du perfectionnement, de la formation et de la formation continue solide. Il faut améliorer les investissements dans la formation continue à l'échelle provinciale et imposer des exigences visant à garantir que tous les foyers détiennent une formation obligatoire de base ainsi que des plans de formation annuels selon les besoins des résidents et les besoins en matière de perfectionnement des effectifs. Ces plans de formation annuels devraient faire partie des évaluations menées par les inspecteurs. Les domaines de formation particuliers cernés dans le cadre de la présente évaluation comprenaient :

- les comportements agressifs;
- les soins palliatifs;
- la médiation et les conflits;
- les compétences en leadership – le rôle de l'agent de changement – l'autonomie et le travail dans le cadre de relations interprofessionnelles;
- l'intégration de la réadaptation et la récréation dans les activités quotidiennes.

Recommandation 7

Évaluer les besoins en matière de matériel dans tous les foyers de soins.

Les foyers de soins continuent de nécessiter des améliorations quant à l'accessibilité des lits thérapeutiques, des matelas et autre matériel de soutien notamment des lève-personnes, des toiles, du matériel de réadaptation et de récréation. Il faut assurer un examen global du matériel dans tous les foyers de soins afin de veiller à ce qu'ils aient tous un minimum de matériel ainsi qu'un plan individualisé leur permettant d'atteindre des objectifs précis sur une période de trois à cinq ans tout en maintenant les examens annuels des besoins des résidents et des exigences. En outre, le processus actuel de demande de matériel, de fournitures et de services particuliers doit être évalué et

amélioré pour faire en sorte que les approbations soient accordées dans un délai raisonnable.

Recommandation 8

Améliorer les soutiens en récréologie et en thérapie.

Les activités récréatives et thérapeutiques constituent un élément essentiel à la qualité de vie de tous les résidents des foyers de soins. Il faut cependant les planifier selon les limitations physiques et cognitives des résidents. Qui plus est, ces activités doivent être accessibles tout au long de la journée, le soir et la fin de semaine. Il faudrait donc affecter un nombre suffisant d'effectifs ayant des approches créatives afin de les appuyer. Voici quelques suggestions :

- L'affectation du personnel en récréologie devrait comprendre des heures les soirs et les fins de semaine.
- Le recours actif aux bénévoles pour les activités de groupe et individuelles. Il faudrait créer un programme de soutien bénévole individuel particulier dans chacun des foyers pour les résidents pouvant tirer profit de telles approches.
- La participation de la famille pour soutenir les activités récréatives pour ses proches et les autres résidents du foyer. Enseigner aux membres de la famille les compétences nécessaires afin d'entreprendre des activités qui peuvent mobiliser les résidents atteints de démence ou des activités faisant appel à la stimulation sensorielle.
- La contribution au plan des soins de la part du personnel en récréothérapie intégrant la stimulation sensorielle et autres stratégies dans le cadre des activités continues, ce qui pourrait englober le placement d'appareils de stimulation sensorielle sur la table de chevet, la participation des résidents aux activités quotidiennes (plier les vêtements, mettre la table, organiser le matériel récréatif dans des paniers, etc.).

Recommandation 9

Mettre à l'essai le rôle de coordonnateur régional des bénévoles.

Créer des rôles de coordonnateur régional des bénévoles afin de soutenir les groupes dans les foyers de soins pour le recrutement, le soutien et la gestion des bénévoles. Il faudrait trouver suffisamment de ressources pour ces rôles afin d'élaborer des campagnes de recrutement de bénévoles, des initiatives de validation, de reconnaissance des bénévoles, des mécanismes permettant d'associer les bons bénévoles aux bons foyers, etc.

On recommande de mettre cette approche à l'essai dans deux ou trois collectivités différentes et de l'évaluer adéquatement avant de l'instaurer à l'échelle de la province.

Recommandation 10

Établir un système de surveillance provincial de la qualité des foyers de soins.

Tirer profit des systèmes de surveillance de la qualité des foyers de soins élaborés, mis à l'essai et instaurés dans d'autres provinces canadiennes, notamment l'Alberta et l'Ontario. Les outils ayant servi à l'évaluation du projet pilote de 3,5 heures peuvent être adaptés en vue d'une utilisation provinciale. Il est possible d'établir des normes de référence relatives à un rendement de qualité en utilisant ces systèmes dans le cadre d'initiatives de rapports publics et d'amélioration de la qualité du secteur.

Les foyers de soins devraient aussi disposer d'un plan d'amélioration de la qualité annuel fondé sur des résultats qualitatifs. Il importe d'élaborer des mécanismes afin de rendre accessibles au grand public des versions conviviales de ces plans axés sur la qualité.

Changement culturel

Quatre recommandations sont formulées pour aborder la culture du secteur des foyers de soins dans la province. On croit que ces recommandations soutiennent globalement les défis en matière de ressources humaines et de dotation en personnel et qu'elles jettent les bases d'un secteur solide tourné vers l'avenir.

Le rôle de l'infirmière immatriculée est essentiel pour les foyers de soins à titre de titulaire d'un poste de direction qui demande beaucoup de compétences et qui est réglementé. Il faut déployer des efforts pour amener des infirmières immatriculées qualifiées à entreprendre un cheminement professionnel dans le secteur des foyers de soins. Les soins aux résidents demandent de plus une approche holistique où les membres du personnel reconnaissent la nécessité de travailler en collaboration et en synergie. Sur ce plan, il importe que tous les membres du personnel des foyers de soins non seulement intériorisent leur apport en matière de soins aux patients, mais assurent également aux résidents un soutien continu pour leur rétablissement et leur réadaptation. Les foyers de soins de la démarche pilote ont démontré un certain nombre de différentes pratiques prometteuses auxquelles on devrait songer en vue de leur diffusion et de leur adoption potentielle dans l'ensemble des foyers de soins.

Enfin, la démarche pilote de 3,5 heures en est arrivée à la conclusion qu'il reste encore beaucoup à faire pour dissiper le mythe selon lequel la seule augmentation des niveaux de personnel améliorera la qualité des soins et la qualité de vie des résidents des foyers de soins.

Recommandation 11

Établir une stratégie de recrutement pour attirer les infirmières immatriculées vers le secteur des foyers de soins.

Établir une stratégie pour attirer les infirmières immatriculées et les maintenir en poste dans le secteur des foyers de soins en prenant en considération les suggestions qui suivent :

- Envisager des programmes comme celui – qui connaît un grand succès – destiné aux infirmières immatriculées nouvellement diplômées en Ontario; ce programme offre une plus grande expérience pratique et de la formation supplémentaire en milieu de travail, ce qui permet aux diplômées d'avoir plus de temps pour améliorer leurs compétences et accroître leur confiance.

- Créer des incitatifs en vue d'augmenter le recrutement d'infirmières immatriculées dans les foyers de soins en général.
- Instaurer ce type de stratégie pour une période restreinte.
- Il faudrait mettre en place une démarche pilote avant de procéder à l'élargissement du programme et des approches.

Ces approches soulignent l'importance des infirmières immatriculées dans le secteur des foyers de soins et la nécessité d'avoir des connaissances et des compétences spécialisées afin d'œuvrer dans le secteur.

Recommandation 12

Changer la culture afin de veiller à ce que la réadaptation et le rétablissement soient la responsabilité de tous.

Il doit y avoir un changement sur le plan de la philosophie et de la culture afin de veiller à ce que tout le personnel, les familles et les bénévoles perçoivent la réadaptation et le rétablissement comme étant la responsabilité de tous. Le plan de soins de chaque résident doit mettre en évidence la participation de tous les membres au soutien de la réadaptation, y compris les exercices destinés à rétablir l'amplitude de mouvement, les programmes de marche, la mobilité du haut du corps, le transfert de poids ou la structure portante, etc.

Recommandation 13

Reconnaître et répandre les pratiques prometteuses¹ dans le secteur des foyers de soins.

Reconnaître les contributions positives apportées par les sites pilotes relativement aux soins des résidents et souligner les pratiques prometteuses. Communiquer la connaissance de ces pratiques prometteuses à l'ensemble du secteur des foyers de soins. Les pratiques de ce genre cernées dans le cadre de l'évaluation comprennent (sans ordre précis) :

- Une philosophie de soins axée sur les résidents véhiculée par les choix, les préférences et les considérations quotidiennes des résidents dans la planification et la prestation de soins (foyer Central Carleton et foyers de soins exploités par Shannex).
- Une stratégie générale de participation de la collectivité comprenant un nombre important de bénévoles, la mobilisation des familles, des médecins, des pharmaciens, des services de pastorale (tous groupes confessionnels confondus), les placements d'étudiants et les activités communautaires (foyer Central Carleton).
- Une gestion de cas ayant recours aux infirmières immatriculées et aux infirmières auxiliaires autorisées dans des postes de direction (foyers de soins exploités par Shannex).
- Un soutien aux résidents cohérent pour ce qui est des services alimentaires, y compris la participation active d'une diététiste dans la planification des menus ou des repas et des besoins nutritionnels particuliers des résidents (foyers Notre-Dame-de-Lourdes et Central Carleton).
- Un accent marqué sur l'hydratation : des tournées d'hydratation et des postes d'hydratation (foyers de soins exploités par Shannex).
- Un ensemble bien établi de pratiques visant un minimum de contention ainsi qu'un plan de soins particulier pour chaque résident (foyer Central Carleton).
- La prévention des escarres de décubitus en sortant tous les résidents du lit plus d'une fois par jour (foyer Central Carleton).
- L'utilisation optimale du rôle d'infirmière auxiliaire immatriculée ou de consultante en réadaptation : soins des plaies intégrés, rôle de formatrice afin de développer la capacité des autres membres du personnel, examen de tout le matériel et des tous les produits (foyer Central Carleton).
- La protection du rôle de la réadaptation dans les foyers de soins Notre-Dame-de-Lourdes et Thomas Hall exploité par Shannex.
- La continuité des modèles relatifs aux fournisseurs de soins dans tous les foyers : le modèle Maisonnée au foyer Notre-Dame-de-Lourdes qui touche la disposition physique de l'établissement; le système de jumelage dans les autres foyers se prête bien à ce modèle; le système de travail en pair (foyer Central Carleton et foyers de soins exploités par Shannex).

Recommandation 14

Mettre sur pied une campagne de communication stratégique visant à dissiper le mythe selon lequel la solution réside dans la seule augmentation des niveaux de personnel.

Élaborer une campagne de communication stratégique à long terme dans la province afin de dissiper le mythe selon lequel la seule augmentation des niveaux de personnel constitue la solution pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des résidents.

Communiquer largement la diversité et la complexité des facteurs qui influent ou se répercutent sur la qualité des soins et la qualité de vie des résidents. Tous les intervenants doivent s'entendre sur le fait que les soins prodigués en foyer de soins exigent une approche globale et ne devraient pas être axés uniquement sur les heures de soins. Les intervenants devraient comprendre les résidents, les membres de la famille, le personnel, la direction, les médecins, les syndicats, les groupes de consommateurs, les médias, les associations, les décideurs du gouvernement et les décideurs en matière de politiques, et les chercheurs.

Il importe également que les défenseurs ou leaders d'opinion qui adoptent, eux aussi, ce point de vue soient mobilisés dans divers groupes d'intervenants afin de répandre les messages sur le plan de la communication.

Les conclusions du projet d'évaluation montrent que plusieurs facteurs se répercutent ou peuvent se répercuter sur les soins aux résidents. Les heures de soins sont certes importantes, mais elles ne sont pas l'unique solution à l'amélioration de la qualité des soins. Les publications des chercheurs et les rapports d'autres provinces viennent confirmer cette conclusion.

Conclusion

Le projet pilote d'évaluation des 3,5 heures de soins mené au Nouveau-Brunswick a visé cinq foyers de soins, a compris la collecte de données qualitatives et quantitatives issues de diverses sources et a donc permis de mener une analyse rigoureuse et de tirer des conclusions solides.

¹ Muller et Savik, 2010; Sharkey 2008; Harrington et coll., 2012.

L'étude d'évaluation a généré d'importants volumes de renseignements et des conclusions particulières au sujet des besoins des résidents en matière de soins et de niveaux de soins. Plusieurs facteurs viennent soutenir ou miner l'incidence optimale voulue des investissements supplémentaires concernant le personnel ainsi qu'au sujet des leçons tirées sur la meilleure façon de répartir les sommes investies.

Quatorze recommandations ont été formulées relativement aux heures de soins suivant les besoins des résidents, aux ressources humaines nécessaires dans un foyer de soins, aux soutiens à utiliser, aux investissements requis et au changement de culture qui doit s'installer. Ces recommandations doivent être prises comme un tout si l'on veut en tirer le maximum pour les résidents, le personnel et les foyers.

Le message essentiel à retenir du projet d'évaluation des investissements en ressources humaines, c'est que, dans un foyer de soins, il faut adopter une approche globale en matière de qualité des soins et de qualité de vie des résidents. On doit sans cesse veiller à ce que toutes les parties prenantes respectent ce cadre et évitent ainsi de s'en tenir uniquement aux heures de soins comme solution miracle pour préserver la qualité de vie des résidents des foyers.