

LE

POINT

en santé
services sociaux
éducation

www.lepointensante.com

Volume 18, numéro 1

**Collaboration élargie • Continuum de soins
Écosystème technologique**

ÉDITORIAL
**Ajouter de la vie
aux années des aînés**

4

Ajouter de la vie aux années des aînés par une collaboration élargie

Stéphane Lemire

6

Un écosystème technologique pour soutenir le continuum de soins dans la communauté

Philippe Voyer

9

Travail en partenariat pour les aînés : pour une refonte des GMF, des soins à domicile et de la rémunération des médecins

Vincent Demers

11

Les micromilieus en CHSLD : qu'en pensent les préposés aux bénéficiaires ?

Francis Etheridge, François Aubry, Ibrahima Diallo

13

Le résident au cœur de notre approche; la médication comme dernier recours

Karine Bergeron

15

Promotion de la santé cognitive des personnes vivant avec un trouble neurocognitif : stratégies cognitives favorisant la poursuite des activités signifiantes

Chantal Viscogliosi

17

Programme novateur en prévention des chutes chez les aînés

Linda LaCombe

20

La bientraitance dans la communauté : les « world cafés » en centres pour aînés

Sandra Smele, Meghan Joy, Darla Fortune, Erica Botner

23

La certification « Magnet », panacée aux maux du système de santé public québécois ?

Marianne Beaulieu

26

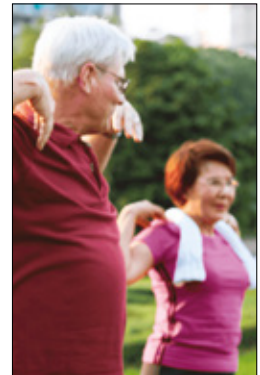
Une structure de gestion et de soutien innovante pour l'attraction et la rétention des professionnels

Josiane Charland, Chloé Beerens

29

Les jardins de la mémoire : Un rituel de deuil pour une communauté en quête de sens

Annick Dallaire, Jouhayna Zahreddine



Coéditeur

Normand Bouchard
514 277-4544 poste 226
nbouchard@groupelepoint.com

Coéditrice

Karine Limoges
514 277-4544, poste 224
klimoges@groupelepoint.com

Directeur de production

Michel Gagnon
(514) 277-4544, poste 229
mgagnon@groupelepoint.com

Ventes

Martin Laverdure
514 239-3629
martin@laverdure-marketing.com

Développement et projets spéciaux

Christian Grenier
514 266-8932
cgrenier@groupelepoint.com

Coordonnatrice à l'édition

Marie-Claude Veilleux

Graphisme

Denise Du Paul

Impression

PUBLICATIONS 9417

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
Bibliothèque nationale
du Canada Le Point en santé
et services sociaux

ISSN 1911-7221

Le Point en santé
et services sociaux
1360, avenue de la Gare,
2^e étage
Mascouche, QC,
Canada J7K 2Z2

Tous droits réservés.
Le contenu de la revue,
en tout ou en partie, ne
peut être reproduit sans
autorisation de l'éditeur.

Que ce soit dans la vie, dans la sphère professionnelle ou dans le petit monde de l'édition, il n'est jamais facile de se réinventer. Effectivement, on réinvente rarement la roue, mais il n'est pas rare de voir une idée, un concept, un monument, un Phénix renaître de ses cendres!

Après une pause d'un an pour la revue électronique et de près de 4 ans pour sa version papier, la revue *Le Point en santé et services sociaux* – la revue des cadres, des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé – vous revient dans ces deux formats. Avec plus de 1500 articles publiés et plus de 350 auteurs ayant contribué au cours des 20 dernières années, la revue est un bel héritage et un legs qu'il est impossible de laisser disparaître.

L'éditrice de la revue, ses artisans et ses collaborateurs sont plus que jamais motivés à vous offrir un périodique qui véhicule du contenu pertinent et de qualité. La mission du Point en santé, de créer et de développer des projets collaboratifs qui stimulent le transfert des connaissances et des meilleures pratiques terrain pour le secteur public, se réaffirme ainsi.

La revue maintient son rôle d'outil d'information, de soutien et de formation continue, en complémentarité avec les huit colloques que l'organisme à but non lucratif (OBNL) présente annuellement. Ce n'est pas un hasard si la relance de la revue coïncide avec le Colloque Pour le mieux-être des Aînés. En effet, ce colloque est le premier que *Le Point en Santé et Services sociaux* a créé, il y a huit ans, lorsqu'il a entrepris un virage vers l'événementiel; les colloques de formation.

Comme pour les colloques, le contenu de la revue est présenté par et pour les gestionnaires, les professionnels et les intervenants du réseau de la santé, tous des collaborateurs bénévoles – je tiens à le souligner. À cet égard, nous vous invitons à la lire bien sûr, mais également à vous l'approprier et, si le cœur vous en dit, à mettre votre plume au service d'une prochaine édition de cette publication trimestrielle.

Utilisez-la pour faire connaître vos projets inspirants, vos initiatives avant-gardistes, vos projets de recherche. Mettez à profit votre expertise au bénéfice de vos collègues de partout au Québec.

Si vous souhaitez vous joindre à nos collaborateurs, nous vous invitons à soumettre une proposition d'article à Madame Karine Limoges, éditrice et directrice de l'édition, au klimoges@groupelepoint.com.

En terminant, nous souhaitons remercier très sincèrement les collaborateurs à cette nouvelle édition de la revue qui signe son retour par ce numéro ayant pour thème *Un continuum de soins et de services cohérent mettant à profit la communauté, le domicile et les établissements*.

En partageant leurs expériences, analyses et enjeux d'actualité avec leurs pairs, vous nous permettez de poursuivre et de perpétuer la mission du Point, en plus de faire vivre une publication qui contribue à l'amélioration des pratiques terrain en santé et services sociaux!

Karine Limoges

Karine Limoges
Coéditrice
Le Point en santé et services sociaux



Stéphane Lemire, MD, MSc, FRCPC
Interniste-gériatre et président-fondateur
Fondation AGES (geriatricsociale.org)



Ajouter de la vie aux années des aînés par une collaboration élargie

Les citoyens du Québec bénéficient depuis longtemps d'une assurance-maladie qui promet un accès universel à des services et soins de santé. Or, ce système a été conçu pour répondre aux besoins d'une population jeune issue du "baby boom" et aux enjeux de l'époque : maladies aiguës, traumatismes accidentels, santé obstétricale et pédiatrique. L'hospitalo-centrisme était né et pour cause.

Or, les enjeux liés au vieillissement de la population font que ce système demeure tout aussi nécessaire bien qu'insuffisant pour faire face aux enjeux vécus par une population vieillissante : maladies chroniques (souvent multiples et associées à des exacerbations aiguës), prise de plusieurs médicaments (et effets indésirables fréquents), perte d'autonomie résultant d'actions suboptimales sur l'ensemble des déterminants de la santé.

Depuis la mise sur pied du modèle de gériatrie sociale en 2014 via la Fondation AGES, j'entretiens cette vision de

valoriser la sagesse de la vieillesse et de donner la chance à tous d'être et de rester en bonne santé et autonome. Au fil de ces années, je réalise que nous avons la chance de disposer déjà de l'ensemble des éléments et connaissances qui nous permettent d'adapter notre façon d'aborder la santé pour une population vieillissante.

Le pilier central du système de soins doit se déplacer réellement de l'hôpital vers le domicile et les services et soins de proximité devenir réellement la norme. Alors que l'humain doit demeurer au cœur de l'équation, la technologie dans ce contexte a le potentiel de décupler la capacité de mise en pratique des connaissances disponibles, dès maintenant, de manière à agir proactivement, donc en prévention afin que rapidement lorsque la situation d'un aîné se dégrade afin de renverser la vapeur. À ce titre, plus le réseau de proximité de l'aîné sera mobilisé et capable de poser des gestes favorisant la santé, mieux ce sera et le recours aux urgences sera diminué.

Aussi, l'organisation des services et soins de santé aux aînés doit redevenir collective. C'est à l'échelle d'une communauté que se tissent les liens de solidarité et d'entraide et où se trouvent les leviers pour mobiliser des





milliers d'acteurs autour d'un objectif commun : assurer la santé et l'autonomie des aînés. Au-delà des professionnels de la santé, désormais toutes les personnes d'une communauté doivent comprendre le vieillissement et être outillés pour réagir et créer un réseau de promotion, de prévention et de repérage permettant d'assurer le maintien de la santé et de l'autonomie des aînés. Peu importe qu'elles s'identifient à des organismes communautaires, entreprises privées, organismes de bienfaisance, municipalités, CI(U)SSS, cliniques, etc. : on doit permettre à tous de collaborer et de se coordonner de manière efficace.

C'est à l'échelle d'une communauté que se tissent les liens de solidarité et d'entraide et où se trouvent les leviers pour mobiliser des milliers d'acteurs autour d'un objectif commun : assurer la santé et l'autonomie des aînés.

Finalement, le réseau de la santé devra résister à la tentation de se centraliser en réponse à la volonté de coordonner tout ce beau monde. Les modalités de gestion devront s'adapter à la réalité d'un système de santé collaboratif, connecté et dont les professionnels demandent d'exercer leur autonomie et jugement clinique. À l'aube de la mise en place de l'Agence Santé Québec, reconnaître le système de santé comme système adaptatif complexe et adopter des pratiques de gestion concordantes devra demeurer « sur le dessus de la pile ». Les dispensateurs de services et de soins devront avoir suffisamment d'autonomie pour s'auto-organiser et relâcher le potentiel dormant dans les silos résultant d'un siècle de bricolage administratif autour de l'hôpital et de ses descendants.



Même si le défi est grand, nous avons la chance d'avoir à notre disposition tous les éléments nécessaires pour assurer un vieillissement en santé à tous les citoyens du Québec. Ce numéro du *Point en Santé et services sociaux* montre définitivement qu'on va y arriver!

Un écosystème technologique pour soutenir le continuum de soins dans la communauté

Philippe Voyer
Professeur
Université Laval



Face au vieillissement de la population et aux défis qu'il pose, notre système de santé se trouve à un carrefour critique. Les listes d'attente pour l'accès aux soins à domicile et en milieu d'hébergement pour personnes âgées s'allongent dangereusement, mettant en évidence une saturation des capacités d'accueil. Cette situation entraîne une occupation accrue des lits hospitaliers par des aînés en attente d'un placement approprié, révélant les failles de notre approche actuelle. Pour leur part, les organisations privées, sans but lucratif et communautaires, malgré une volonté et une capacité de contribuer davantage, se heurtent à des obstacles structurels et financiers.

Cette fragmentation des services et le travail en silo rendent la tâche des gestionnaires du réseau public plus complexe, les éloignant de leur mission première au profit d'une gestion de programmes. Il faut résoudre ce problème. Qui plus est, les projections démographiques ajoutent une urgence à trouver une solution. Avec un vieillissement significatif de la population, une augmentation notable du nombre de personnes très âgées et une diminution de la population active, le secteur des soins aux aînés doit faire face à des défis qui iront en augmentant. À titre d'illustration, en 2066, plus du quart de la population sera âgée de 65 ans et plus. Il y aura deux fois plus de personnes de 75 à 84 ans qu'en 2021 et il y aura trois fois plus de personnes de 85 ans et plus. Le nombre de centenaires pourrait être de 44 400 comparativement à 3 200 en 2021. On passera d'un retraité pour 4 travailleurs à 1 retraité pour 1.8 travailleur en 2034.

Au courant des 20 dernières années, lorsqu'on évoquait ces statistiques et l'urgence d'agir, certains experts remettaient en question ces données. On disait même de ces personnes qu'elles étaient alarmistes et avaient une vision biaisée du vieillissement. Or, aujourd'hui, j'invite ces personnes à aller questionner les personnes âgées qui attendent dans un lit d'hôpital une place en hébergement et les 40 000 personnes qui attendent des soins à domicile. La réalité décrite par le passé qu'on retrouve aujourd'hui était prévisible comme celle de 2066. On ne peut plus attendre que la situation se règle par des demi-mesures ou du rapiécage, il faut changer la façon de faire.

Pour relever ces défis, il est impératif d'adopter une nouvelle perspective inclusive et favorisant une approche intégrée et collaborative entre tous les acteurs des réseaux de soins publics, privés, communautaires, OBNL, etc.

Il s'agit de centrer nos efforts sur les besoins des usagers et de leurs proches, en veillant à une réponse adaptée à la diversité de ces besoins. Une partie de la solution réside dans le financement de ces services et dans l'optimisation de notre écosystème technologique.

Concernant le financement, je prône depuis plusieurs années de verser une allocation directe à la personne âgée selon son niveau de perte d'autonomie afin qu'elle puisse se procurer les services à la hauteur de ses besoins. Les services seraient ainsi à 100% financés par les deniers publics, mais les prestataires de services pourraient varier. Ceci aurait pour effet de créer une dynamique d'économie sociale agile autour des besoins diversifiés des aînés en perte d'autonomie et leurs proches. Ce modèle qui prend différentes formes est bien établi dans plusieurs pays européens qui performement nettement mieux que le Québec.

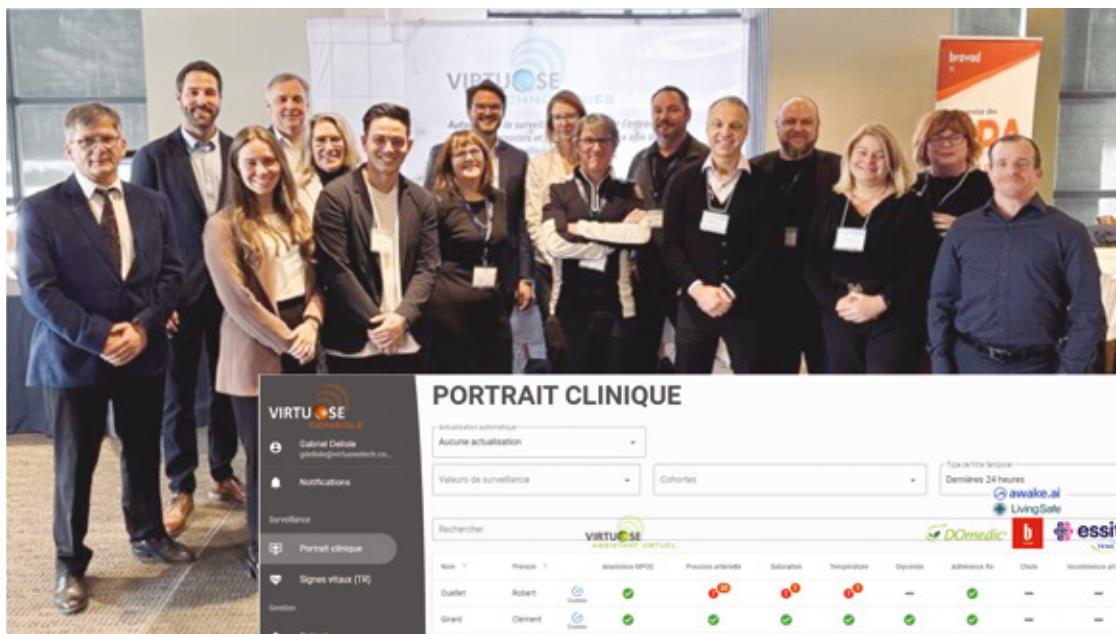
L'intégration technologique au service du continuum de services

Les technologies actuelles offrent des solutions prometteuses pour améliorer l'efficacité des soins, la sécurité des usagers et faciliter la communication entre les professionnels de santé et des services sociaux et les familles. Cependant, pour exploiter pleinement ces technologies, il est crucial de les intégrer dans un écosystème technologique ouvert et adaptable. Une telle infrastructure permettrait une connectivité entre diverses solutions et dispositifs, répondant de manière flexible aux besoins variés des usagers et de leurs aidants.

Il faut un système ouvert permettant de connecter des technologies d'aujourd'hui et de demain. Prenons l'exemple des systèmes de détection de chutes par radar ou par caméras dotées d'intelligence artificielle, qui génèrent une alerte en cas de chute et favorisent une intervention rapide. Ces technologies, associées à des solutions comme XPILL de DOmedic qui permettent d'éviter les oublis dans la prise de médicaments, sont des avancées significatives vers une plus grande sécurité des soins. Les culottes d'incontinence connectées assurent pour leur part un changement au bon moment pour une plus grande efficacité des soins. Les logiciels de soins sont aussi incontournables en facilitant la gestion des informations de santé des usagers, tandis que les applications de communication sécurisée renforcent les liens entre les résidents, leurs familles et les professionnels de la santé. Ces technologies ont le potentiel de permettre à un nombre important de personnes de pouvoir rester à leur domicile plus longtemps.

Mais pour que ces technologies atteignent leur potentiel maximal, elles doivent « travailler » ensemble et être intégrées dans un écosystème technologique cohérent et ouvert. La console de Virtuouse, par exemple, pourrait servir de plateforme centrale, permettant de centraliser les informations et de faciliter l'interaction entre les différents outils et services. Cette plateforme peut se connecter avec toutes les technologies. Cette approche garantit une agilité immédiate et pour le futur ainsi qu'une prise en charge personnalisée et cohérente des usagers, quel que soit leur contexte d'hébergement ou de soins à domicile.

Pour relever ces défis, il est impératif d'adopter une nouvelle perspective inclusive et favorisant une approche intégrée et collaborative entre tous les acteurs des réseaux de soins publics, privés, communautaires, OBNL, etc.



PORTRAIT CLINIQUE

Actualisation automatique: Aucune actualisation

Type de filtres temporels: Dernières 24 heures

Logos: [awake.ai](#), [LivingGate](#), [Domeclic](#), [essity](#), [VIRTUOSE](#)

Nom	Prénoms	Adresse IP/ID	Pression artérielle	Saturation	Température	Oxygène	Adhérence ECG	Cloute	Incidence activité	Équipement ECG	Communication
Ouellet	Robert										
Grand	Clément										
Therrien	Gué										
Valois	Gaston										
Dubé	Genevieve										
Viau	André										
Dufresne	René										
Dubois	Willy										
Lefebvre	Bob										
Delisle	Angèle										

Rechercher

Rechercher par page: 10 / 110 de 21

Legende: Valeurs standard: Normal (Green), Avertissement (Yellow), Alerte (Red), Pas de suivi (Grey); Incidences: Sèche (Green), Humide (Yellow), +1/2 plein (Orange), -1/2 plein (Red), Changer (Purple)

La possibilité de créer des portraits cliniques complets et personnalisés dans un environnement technologique cohérent et facilement accessible découle directement de l'engagement profond des individus à prioriser les besoins et le bien-être des patients, ce qui a naturellement encouragé une coopération étroite et fructueuse entre différents partenaires technologiques.

La transformation de l'écosystème des soins de longue durée nécessite donc une révolution technologique, mettant l'utilisateur au centre de toutes les attentions. Ainsi, ces technologies devraient être rendues accessibles aux organisations communautaires, privés et ONBL qui interagissent avec l'aîné en perte d'autonomie et ses proches. Les acteurs de la gérontologie sociale, les UMF, les GMF, les centres de jour des Sociétés Alzheimer ou des Maisons Gilles-Carle, et les sociétés de soins palliatifs en communauté sont des exemples de services complémentaires au réseau de la santé qui sont fondamentaux et pour lesquels le partage de données serait

si facilitant. La technologie le permet, mais le travail en silo fait en sorte qu'on n'encourage pas encore ces initiatives.

En conclusion, face à une situation complexe et à des enjeux de taille, la technologie se présente comme une alliée précieuse pour les professionnels de la santé afin de soutenir l'accompagnement des personnes âgées et leurs proches. L'adoption d'une vision intégrée et technologiquement soutenue permettra de bâtir un écosystème de soins plus résilient, adapté aux réalités actuelles et futures et profondément centré sur les personnes.

Travail en partenariat pour les aînés : pour une refonte des GMF, des soins à domicile et de la rémunération des médecins



Vincent Demers, MD, MBA
Médecin de famille au GMF-U Neufchâtel, professeur de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval

La plupart des aînés qui ont besoin de soins au Québec consultent en GMF hors établissement. Ces derniers intègrent des infirmières cliniciennes de CISSS/CIUSSS qui peuvent, par exemple, effectuer le suivi de maladies chroniques ou le dépistage de troubles neurocognitifs majeurs. Les GMF comportent aussi des travailleurs sociaux qui peuvent soutenir les aînés et leur famille lors d'épisodes adaptatifs comme une relocalisation, un deuil, une perte d'autonomie ou l'entrée dans le spectre des troubles cognitifs.



Toutefois, le programme GMF est centré sur le médecin, non seulement par son financement et par « l'inscription » à ce dernier, mais aussi parce que c'est souvent lui qui en est la porte d'entrée et qui doit diriger les patients vers les autres professionnels, comme il le fait pour une demande de consultation avec un médecin spécialiste. Comme ces autres professionnels en GMF sont en proportion beaucoup moins nombreux que les médecins, leur capacité est vite saturée et le médecin de famille doit en conséquence souvent composer seul ou avec des délais. Cela s'ajoute au fait qu'il y a fréquemment absence d'infirmière auxiliaire en GMF. Le médecin doit donc effectuer des tâches chronophages non réservées à son champ de pratique, comme la mesure des signes vitaux et du poids, la prévention, le questionnaire sur l'autonomie, la vérification du statut vaccinal ou la mise à jour du dossier.

Dans un monde idéal, ce temps serait mis à disposition d'autres patients qui souhaitent accéder à la valeur ajoutée des médecins, ce pour quoi ils les consultent : le diagnostic et le traitement de nouveaux problèmes de santé.

Dans ce même monde idéal, les aînés reçus en GMF seraient systématiquement accueillis par une infirmière auxiliaire qui mesurerait leurs signes vitaux, leur poids et leur taille, importerait la liste des médicaments à jour et s'assurerait qu'ils sont pris adéquatement en charge et vérifierait que la vaccination est à jour. Chaque professionnel jouerait son rôle auprès de la clientèle âgée du GMF sans attendre d'abord une référence médicale. Les infirmières cliniciennes, par exemple, pourraient se charger systématiquement du volet prévention, dépistage et autonomie de tous les aînés du GMF, en plus du suivi de maladies chroniques. Si chaque patient doit avoir un médecin de famille, pourquoi pas d'abord une « infirmière de famille » qui travaillerait en collaboration étroite avec le médecin ? Un tel partenariat rendrait la dispensation des soins aux personnes âgées plus efficace et permettrait d'augmenter l'accès aux médecins en cas de nouveaux symptômes. Pour y arriver, le programme GMF devra être refondu en inversant ou en améliorant substantiellement le ratio médecins/autres professionnels pour que ces cliniques ne soient plus centrées sur l'inscription aux médecins, mais sur les patients, par des équipes de soignants.

Par ailleurs, actuellement, le programme GMF est indépendant des programmes de soutien à domicile, réservés aux CLSC. Bien souvent, le médecin en GMF, même s'il se déplace lui-même à domicile, n'a aucun contact avec le personnel du CLSC, sauf occasionnellement par télécopieur ou téléphone. Il ne sait alors pas qui du CLSC suit son patient en perte d'autonomie. Il ne sait pas non plus quelles interventions ou évaluations sont faites, car il n'a pas accès au dossier du CLSC. La même situation se produit pour le personnel du CLSC qui n'a pas accès au dossier du médecin en GMF. Il en résulte de part et d'autre des doublages d'interventions, des délais, du travail en silo, une perte de temps pour deviner ce qui a été fait ou ce qui est prévu, donc un manque d'efficacité au détriment des patients. Il arrive aussi fréquemment que des patients à domicile demandent une visite médicale pour des problèmes simples qui pourraient être résolus d'emblée par une infirmière clinicienne.

Pourtant, ce sont les mêmes patients, auparavant suivis en GMF, qui perdront un jour leur autonomie. Avec un programme GMF 2.0, le suivi des patients à domicile en perte d'autonomie serait idéalement davantage intégré aux GMF, à l'exception des soins intensifs à domicile et

Si chaque patient doit avoir un médecin de famille, pourquoi pas d'abord une « infirmière de famille » qui travaillerait en collaboration étroite avec le médecin ?

des soins palliatifs qui demeurerait des services régionaux plus spécialisés, intensifs et dispensés 24/7. Du moins, il faudrait permettre aux divers professionnels et aux médecins de se rencontrer et de partager l'information afin de déterminer les plans d'intervention d'équipe pour le suivi de ces patients.

Pour y arriver, le mode et la hauteur de la rémunération des médecins en GMF hors établissement qui œuvrent à domicile auprès de patients en perte d'autonomie devront être revus. Bien que ce type de pratique soit jugé lourd et peu attrayant, sa rémunération est actuellement aberrante et non incitative. En somme, il est actuellement financièrement plus avantageux et moins compliqué pour un médecin de demeurer au bureau à voir des cas plus simples que de se déplacer à domicile pour évaluer des cas complexes.

Le vieillissement démographique s'accompagne d'un accroissement des maladies et de la douleur chroniques, des troubles de la mobilité et cognitifs et d'un épuisement des aidants naturels et des familles. Malheureusement, nous faisons plus que jamais face à une pénurie de soignants, autant de médecins que d'autres professionnels de la santé. Le travail d'équipe peut accroître l'efficacité et la pertinence des interventions, de même que l'accessibilité aux soins pour les patients. Il est temps d'agir pour une refonte des GMF, des soins à domicile et de la rémunération des médecins pour le bien-être des aînés.

Les micromilieus en CHSLD : qu'en pensent les préposés aux bénéficiaires ?



Francis Etheridge
Ph. D.
Consultant et chercheur
Gérontosphère



François Aubry
Professeure titulaire,
travail social
Université du Québec
en Outaouais



Ibrahima Diallo
Professionnel
de recherche
Université
de Sherbrooke

Une majorité de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) regroupe leurs résidents sur leurs unités de vie selon leur date d'admission. Pourtant, le regroupement en fonction de similarités est un principe mis en œuvre au Québec depuis des centaines d'années par les milieux d'hébergement collectif (Bigaouette, 2024) et toujours recommandé, notamment par la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée* (2021) : « *Idéalement, ces micro-milieus regroupent les personnes en fonction de caractéristiques et d'intérêts similaires. En plus d'avoir un effet positif sur le bien-être des personnes, ils favorisent, pour les prestataires de services, le développement d'expertise auprès d'une clientèle spécifique et, par conséquent, de pratiques mieux adaptées aux besoins (MSSS, p. 52).* »

Alors que plusieurs études ont tenté d'évaluer les effets du regroupement de la clientèle et de la création de micromilieus sur les résidents des milieux d'hébergement collectifs, aucune étude n'a étudié directement l'influence du regroupement sur les prestataires de services. Cet article présente sommairement les résultats d'une étude exploratoire ayant comme objectif de le faire.

Contexte et méthodologie

Cette étude vise spécifiquement à évaluer les effets d'une organisation en micromilieus sur la nature du travail des préposés aux bénéficiaires (PAB) et leur capacité à répondre de façon plus spécialisée et personnalisée aux besoins des résidents. Elle se réalise à la Résidence Angelica, un CHSLD à but non lucratif de 347 lits, caractérisé par le regroupement de ses résidents selon 5 besoins d'accompagnement après un séjour sur une unité d'accueil et d'évaluation (Etheridge et al., 2023). Pour mieux comprendre l'effet de la création de ces micromilieus sur le travail des PAB, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec 22 PAB. Des PAB de tous les types de micromilieus et de tous les quarts de travail ont été rencontrés.

Résultats

Une analyse préliminaire des données qualitatives collectées expose les grandes thématiques suivantes :

Évaluation largement favorable des effets

De façon quasi consensuelle (21 sur 22), les PAB rencontrés évaluent que l'organisation en micromilieus présente plus d'avantages que de désavantages. La grande majorité de ceux-ci ne souhaite pas revenir en arrière. De leur perspective, les principaux avantages du regroupement des résidents sont :

- L'accroissement des occasions de socialisation pour les résidents plus autonomes sur le plan cognitif;
- La stimulation du développement de compétences adaptées aux besoins spécifiques de certaines clientèles (p. ex.: habiletés de négociation, capacité d'anticipation, patience, etc.);
- La réduction des regroupements dysfonctionnels de résidents (sur de mêmes étages ou dans des chambres pour deux) liée au séjour initial des résidents sur une unité d'accueil et d'évaluation;
- L'amélioration de la capacité des PAB et de l'ensemble des équipes de soins à anticiper le travail à faire et les besoins des résidents, à court et à long terme.

Importance prédominante de la stabilité des assignations

Bien que le travail auprès de résidents ayant des besoins similaires favorise le développement de compétences, l'assignation continue serait encore plus importante selon les PAB interviewés. La stabilité des relations entre les résidents et les PAB serait le principal déterminant de la capacité des PAB à offrir des soins et services personnalisés aux résidents. Si la personnalisation des soins et services est souvent valorisée de la perspective des résidents, certains PAB rencontrés soulignent qu'elle est tout aussi importante pour eux. Le développement de relations harmonieuses, fondées sur l'interconnaissance et la confiance, favoriserait leur santé et leur sécurité, et plus généralement leur bien-être.

« Lourdeur » relative du travail

Si une majorité de PAB rencontrés ont exprimé que leur travail demeure exigeant, certains ont également exprimé que le regroupement de la clientèle permet de concevoir que ce qui est « lourd » pour un, ne l'est pas nécessairement pour l'autre. Autrement écrit, l'organisation

en micromilieus crée des situations qui peuvent exacerber les effets des forces ou des fragilités des PAB. Par exemple, la force physique, la tolérance à l'incertitude ou la maîtrise d'une langue particulière peuvent influencer favorablement la charge de travail perçue par les PAB qui travaillent sur une unité particulière.

Besoins de soutien plus spécialisé

Les PAB interviewés souhaitent que leur organisation les soutienne davantage dans le développement de leur capacité à offrir des soins et services spécialisés et personnalisés. Les formations, les achats d'équipements et la répartition des ressources humaines devraient être pensés pour répondre aux besoins prioritaires et singuliers du personnel des différents micromilieus. Plus généralement, les PAB rencontrés souhaitent que leurs rôles et compétences soient reconnus et valorisés davantage. Par exemple, une plus grande contribution à l'évaluation des besoins des résidents et à leur orientation vers un micromilieu adapté à leurs besoins est souhaitée.

En conclusion, les résultats préliminaires de cette première étude du point de vue des PAB sur les effets d'une organisation en micromilieus exposent leur évaluation généralement favorable. Les PAB rencontrés ont associé plus d'avantages que de désavantages à ce modèle de soins et services, autant pour les résidents que pour les membres du personnel soignant. En favorisant la dispensation de soins et de services plus spécialisés et personnalisés, les organisations en micromilieus ont le potentiel de stimuler la reconnaissance et la valorisation des PAB ainsi que leur maintien en emploi en santé.

Références

Bigaouette, M. (2024, 22 avril). Connaissez-vous l'histoire de micromilieus d'hébergement? Gérontosphère. <https://gerontosphere.com/realisations/>

Etheridge, F., Cayer, J. & Poirier, J. (2023). Le modèle d'organisation en milieux adaptés de la Résidence Angelica : apprentissages et défis. CVP Continuum Aînés [Webinaire].

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemblent. Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée.*

Le résident au cœur de notre approche; la médication comme dernier recours



Karine Bergeron
Conseillère-cadre milieu de vie
Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées
- hébergement (DSAPAH)
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Dans le paysage complexe des soins de santé, le bien-être et la qualité de vie des résidents sont au cœur des préoccupations. Il est impératif de constamment innover pour améliorer la qualité de vie des résidents en CHSLD. C'est dans cet esprit que le programme OPUS-AP *Le résident au cœur de notre approche : la médication comme dernier recours* a émergé en Outaouais, offrant une lueur d'espoir et de transformation pour les résidents, leurs proches et les prestataires de services.

OPUS-AP (abréviation d'Optimiser les Pratiques, les Usages, les Soins et les Services – Antipsychotiques) est bien plus qu'un simple programme. C'est une vision, une mission qui vise à promouvoir une approche centrée sur la personne, à améliorer la qualité globale des soins en CHSLD et à réduire l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques en ayant recours à des interventions non-pharmacologiques personnalisées.

Ce programme révolutionnaire met en lumière l'importance de placer le résident au centre des décisions médicales et d'utiliser la médication uniquement comme solution ultime. Plutôt que de recourir automatiquement aux antipsychotiques ou à d'autres médicaments, le programme encourage une approche holistique qui prend en compte l'histoire de vie, les besoins individuels et les préférences des résidents. Ce programme est soutenu par une structure de gouvernance solide et sera suivi par des indicateurs définis.

Au cœur de cette approche se trouve la conviction profonde que chaque résident est unique et mérite d'être traité avec respect et dignité. Plutôt que de simplement traiter les symptômes, le programme vise à comprendre les causes sous-jacentes des SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) et à trouver des solutions adaptées à chaque situation.

Le programme repose aussi sur l'initiative de mettre en place des coachs OPUS-AP. Ces professionnels dévoués et passionnés sont les architectes du changement, les guides qui accompagnent le personnel de santé dans la mise en œuvre des principes fondamentaux du programme.

équipes sur le terrain pour intégrer les meilleures pratiques et surmonter les défis rencontrés.

Le rôle des coachs OPUS-AP va bien au-delà de la simple influence. Ils sont les champions de la bienveillance, s'assurant que chaque résident soit traité avec respect



Les coachs OPUS-AP sont des agents de changement, des facilitateurs de progrès dans les CHSLD de la région. Leur mission est d'inspirer, d'enseigner et de soutenir les équipes sur le terrain dans l'application des principes fondamentaux du milieu de vie.

Mais qu'est-ce qu'un coach OPUS-AP et quel est son rôle ?

Les coachs OPUS-AP sont des agents de changement, des facilitateurs de progrès dans les CHSLD de la région. Leur mission est d'inspirer, d'enseigner et de soutenir les équipes sur le terrain dans l'application des principes fondamentaux du milieu de vie.

Ces coachs ont le privilège d'avoir une formation offerte par la Société d'Alzheimer de l'Outaouais créant ainsi un premier partenariat CHSLD-Société d'Alzheimer. Plus qu'une simple formation, leur cheminement d'apprentissage se veut de créer des ambassadeurs qui auront comme rôle de catalyser le changement culturel au sein de leur centre.

Ces professionnels apportent une expertise précieuse, combinant connaissances cliniques, compétences en communication et compréhension profonde des besoins des résidents. Ils travaillent en étroite collaboration avec les

et dignité. Leur approche et la promotion de l'utilisation de l'histoire de vie des résidents comme outil d'intervention permettent de créer un environnement propice à l'épanouissement et au bien-être, un vrai milieu de vie. De plus, ils s'assurent que les éléments appris lors de la formation milieu de vie *Comment accompagner nos résidents*, formation créée par la conseillère-cadre milieu de vie et offerte à tous les employés travaillant en CHSLD, soient appliqués sur le terrain.

En conclusion, les coachs OPUS-AP incarnent l'esprit d'innovation, d'empathie et d'engagement qui anime ce programme révolutionnaire. Leur travail a un impact profond sur la vie des résidents et sur l'avenir des soins en CHSLD. Grâce à leur dévouement et à leur expertise, les coachs OPUS-AP ouvrent la voie à un avenir où chaque résident peut vivre pleinement et dignement dans un milieu qui lui ressemble.



Promotion de la santé cognitive des personnes vivant avec un trouble neurocognitif : stratégies cognitives favorisant la poursuite des activités significantes

Cet article d'expérience terrain en recherche illustre, à travers l'histoire de monsieur Tanguay, le déroulement du projet pilote d'implantation de la réadaptation cognitive en soutien à domicile réalisé par l'équipe de recherche du laboratoire d'Optimisation cognitive de l'Université de Sherbrooke (LOPCUS – Laboratoire d'optimisation cognitive de l'Université de Sherbrooke (usherbrooke.ca), en partenariat avec les CIUSSS de l'Estrie-CHUS, de la Capitale Nationale et de la Mauricie-Centre-du-Québec, et subventionné par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement. Pour la réalisation de ce projet, à devis mixte, des entrevues individuelles, des groupes de discussion focalisés et des questionnaires ont été utilisés afin d'explorer les facilitateurs et les obstacles à l'implantation interdisciplinaire de la réadaptation cognitive ainsi que ses effets du point de vue des personnes vivant avec un trouble neurocognitif, de leurs personnes proches aidantes et des intervenant.e.s impliqué.e.s.

Tout comme les trente participants de ce projet pilote, monsieur Tanguay a été recruté en raison de difficultés fonctionnelles découlant de son trouble neurocognitif (TNC) compromettant son maintien à domicile. Monsieur Tanguay est d'abord rencontré par Sarah, ergothérapeute, qui réalise avec lui une évaluation afin d'identifier ses habiletés cognitives préservées pouvant être mises à profit pour l'utilisation de stratégies cognitives qui compenseront ses difficultés. Parmi les problèmes relevés, il est observé que monsieur Tanguay ne pense pas à consulter son calendrier sur lequel sont indiqués ses rendez-vous. Sarah examine sa routine quotidienne afin d'identifier quelles stratégies pourraient l'aider à consulter son calendrier plus fréquemment. Elle conclut que sortir de la salle de bain sera l'activité qui précédera la consultation du calendrier.

L'une des stratégies cognitives mise de l'avant par l'ergothérapeute est l'apprentissage sans erreur, laquelle propose d'enchaîner systématiquement l'activité qui est oubliée immédiatement après la réalisation d'une activité pour laquelle il n'y a aucun doute sur la réalisation. Sarah lui explique qu'en utilisant des stratégies cognitives telles que l'apprentissage sans erreur, mais aussi l'encodage moteur, la récupération espacée et l'estompage, il intégrera dans sa routine quotidienne un nouvel automatisme consistant à consulter son calendrier à quelques moments de la journée pour s'assurer de ne pas oublier ses rendez-vous.

Puisque l'encodage moteur suppose que les apprentissages se font par l'automatisation de la bonne séquence de gestes, Sarah doit considérer toutes les actions exécutées lorsque monsieur va à la salle de bain : après avoir remonté son pantalon, il lave et essuie ses mains, sort de la salle de bain et tourne à droite pour se rendre au salon regarder la télévision. Pendant qu'il essuie ses mains, Sarah lui dit : « Nous allons vérifier sur votre calendrier si vous avez des rendez-vous aujourd'hui » en lui pointant de tourner vers la gauche où se situe le calendrier fixé au mur du couloir. Elle mentionne cette consigne de manière à prévenir qu'il aille directement s'asseoir sur son divan sans avoir consulté ses rendez-vous de la journée (apprentissage sans erreur). Sarah lui explique qu'ils répéteront cette séquence à quelques reprises en espaçant les répétitions (récupération espacée). À mesure que monsieur progressera, Sarah fournira de moins en moins d'indices (estompage). Par exemple, elle pourra donner la consigne verbale de consulter le calendrier, mais sans le pointer. Sarah prévoit que cette séquence sera automatisée après 3 à 4 jours. Une auxiliaire en santé et services sociaux (ASSS) sera également impliquée afin de poursuivre l'entraînement de la séquence de gestes entre les rencontres avec l'ergothérapeute. L'ASSS et Sarah collaboreront pour appliquer et ajuster l'intervention.

Au lendemain de sa visite, l'ASSS rapporte à Sarah qu'elle n'a pas pu réaliser la séquence de gestes comme prévu puisque, comme le robinet de la salle de bain était brisé, monsieur s'est dirigé vers la cuisine pour se laver les mains. De plus, lorsqu'elle est arrivée, il venait d'aller à la salle de bain sans consulter son calendrier. Sarah propose donc de modifier la séquence pour que la consigne de se diriger vers le calendrier soit donnée immédiatement lorsque monsieur tire la chasse d'eau. Également, elle demande à monsieur s'il accepterait qu'on affiche une indication sur sa porte lui rappelant d'attendre l'ASSS ou Sarah avant d'aller à la salle de bain pour s'assurer que la séquence exacte soit toujours exécutée sans erreur. L'affiche sera retirée à la dernière visite de la journée jusqu'au lendemain matin. À la fin de la journée, l'ASSS mentionne à Sarah que monsieur semble avoir bien intégré les apprentissages, même avant qu'elle ne lui donne la consigne. Comme l'activité est réalisée à plusieurs reprises dans la journée (récupération espacée), l'apprentissage est plus rapide que si l'activité était réalisée moins fréquemment. De plus,



comme l'ASSS et Sarah sont présentes, dans la phase initiale d'apprentissage, à chaque fois que monsieur va à la salle de bain, elles l'aident à enchaîner la bonne séquence de gestes à chaque réalisation (apprentissage sans erreur). Monsieur Tanguay, fier d'avoir accompli cet apprentissage, a envie de travailler un second objectif : apprendre à utiliser son nouveau cellulaire.

L'expérience a permis de mettre en lumière plusieurs facilitateurs à la réadaptation cognitive, tels qu'établir un objectif signifiant pour la personne, entretenir un lien de confiance fort avec les intervenant.e.s, offrir des séances d'intervention courtes et fréquentes et impliquer des ASSS dans le processus. En revanche, les contraintes d'horaire des ASSS, la pénurie d'ergothérapeutes, le manque d'expérience des intervenant.e.s auprès de la clientèle, la réticence des personnes vivant avec un TNC à recevoir de l'aide et le choix d'activités trop complexes font partie des obstacles rencontrés. Les personnes vivant avec un TNC rapportent de la fierté face aux apprentissages réalisés et une diminution du stress au regard des pertes cognitives. Plusieurs personnes proches aidantes rapportent un meilleur sentiment de sécurité et une amélioration de leur relation avec la personne vivant avec un TNC. Les intervenant.e.s rapportent appliquer les principes de la réadaptation cognitive avec d'autres personnes auprès desquelles il.elle.s interviennent pour une raison autre que la réadaptation cognitive. Grâce à une bonne compréhension des facilitateurs et des obstacles, la réadaptation cognitive pourrait être appliquée à un contexte plus large que le soutien à domicile et ainsi être profitable pour un plus grand nombre de personnes vivant avec un TNC et leurs proches.





Linda LaCombe
Fondatrice
Réseau de studios santé
LILA

Programme novateur en prévention des chutes chez les aînés

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) insiste sur l'importance de prévenir les chutes pour préserver l'autonomie et la qualité de vie des aînés au Québec. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les chutes constituent un défi majeur qui ne cesse de s'aggraver avec le vieillissement de la population.

Environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute chaque année, et ce pourcentage augmente à partir de 80 ans. Au Canada, les chutes sont responsables d'environ 85 % des hospitalisations liées à une blessure chez les aînés et d'environ 95 % de toutes les fractures de la hanche. Les fractures peuvent entraîner une perte de capacités fonctionnelles et augmenter les besoins en hébergement institutionnel.

Il s'agit d'un grave problème de santé publique qui incite les intervenants du monde entier à rechercher des solutions novatrices. Dans cette optique, le réseau de studios santé LILA a réalisé un projet pilote à la résidence pour aînés Le Manoir du Quartier.

Parmi les facteurs les plus importants de risque de chutes, on retrouve la diminution de la force musculaire et de l'équilibre. L'équipe de LILA a supposé que la technologie utilisée dans le cadre de son programme visant ces facteurs, destiné à sa clientèle âgée de 50 à 80 ans, serait également bénéfique pour les personnes plus âgées. En effet, les risques de chutes augmentent considérablement dans la tranche d'âge supérieure, et les conséquences de ces chutes peuvent s'avérer plus graves. L'objectif du projet pilote était également d'adapter le concept aux résidences pour aînés.

Pour promouvoir le programme, nous avons convié les résidents et résidentes à une conférence et leur avons

proposé une séance d'essai. La réaction a été remarquable. Le taux d'adhésion au programme a dépassé nos attentes au point où nous avons dû établir une liste d'attente.

Qu'est-ce qui explique cet engouement alors que le taux de participation aux activités physiques est normalement faible à cet âge? Tout d'abord, nous leur offrons une technologie qui renforce les muscles simplement en maintenant des positions pendant quelques secondes sur l'appareil. Un facteur déterminant dans leur degré de motivation est la capacité d'augmenter la masse musculaire facilement. En outre, des séances privées et semi-privées de 20 minutes semblent mieux convenir à la majorité des personnes qui nous ont confié ne pas participer aux activités physiques de groupe, ni utiliser la salle de conditionnement physique. Il devient donc intéressant d'offrir une autre option pour aider un plus grand nombre d'aînés à sortir de leur isolement et à conserver leur autonomie.

Cette technologie¹, qui fait l'objet de plusieurs études scientifiques²⁻⁶, propose une solution multifactorielle aux problèmes reliés aux chutes chez les aînés. Le renforcement musculaire se fait sans exercer de pression sur les articulations et sans utiliser de poids. Le plateau de l'appareil provoque de légers déséquilibres, en douceur, dans le but d'entraîner les muscles à se repositionner

en cas de risque de chute. L'équilibre s'améliore à chaque séance et les progrès visibles motivent les gens à poursuivre le programme. La science⁷⁻¹⁰ met en évidence d'autres avantages, notamment la proprioception, la souplesse et la circulation sanguine. Selon le docteur Alain Pigné, obstétricien gynécologue exerçant en France, cette technologie présente une solution à la perte de la densité osseuse et pourrait donc contribuer à réduire la gravité des blessures.

En seulement quatre semaines, à raison de deux séances de 20 minutes par semaine, les participants ont commencé à observer des améliorations significatives, même ceux et celles n'ayant jamais fait d'exercices physiques auparavant. Leur démarche s'est améliorée, les personnes concernées sont désormais capables de marcher sur de plus longues distances et les tâches quotidiennes sont devenues plus faciles. Un exploit particulièrement remarquable qui les remplit de joie est leur capacité à



En maintenant la jambe sur le plateau de l'appareil pendant quelques secondes, Micheline augmente sa masse musculaire.

se relever sans assistance même lorsqu'elles sont à genoux sur le sol. Cela leur procure un sentiment de sécurité.

Une participante qui s'adonne régulièrement à l'activité physique a également constaté la différence lorsqu'elle a travaillé dans son jardin à l'arrivée de l'été. Pour la première fois depuis plusieurs saisons estivales, elle n'a ressenti aucune douleur au dos. « Je n'ai plus besoin ni de ma canne ni de mon déambulateur, des compagnons auxquels je pensais être liée à jamais. Tout le monde est stupéfait de mes progrès en si peu de temps. De plus, à la fin de chaque séance, je peux me faire masser les jambes sur l'appareil, ce qui fait tellement de bien. »

En conclusion, l'implantation de ce programme dans les résidences pour aînés du Québec aurait un impact remarquable sur leur qualité de vie. Dans la même perspective, il serait judicieux d'intégrer ce programme dans les activités proposées par les organisations concernées aux gens de cinquante ans et plus afin de soutenir la majorité des aînés préférant vivre dans leur maison afin de réduire la nécessité des soins à domicile.

En donnant une place prépondérante à la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés, non seulement leur qualité de vie sera grandement améliorée, mais nous réduirons les pressions financières et humaines sur notre système de santé. L'ensemble de la société en profitera.

Références

1. La technologie de Power Plate® est brevetée. PrecisionWave™ se démarque par le mouvement tri-planaire du plateau et génère des micro-vibrations ultrarapides, douces et à faible impact, procurant un environnement plus authentique pour stimuler les réflexes naturels du corps.
2. Grubbs, Brandon F et al. "Whole-body Vibration Training in Frail, Skilled Nursing Home Residents." *International journal of exercise science* vol. 13,3 140-156, 1 Feb. 2020.
3. Ma, Chiyuan et al. "Effect of whole-body vibration on reduction of bone loss and fall prevention in postmenopausal women: a meta-analysis and systematic review." *Journal of orthopaedic surgery and research* vol. 11 24, 17 Feb. 2016.
4. Gloeckl, Rainer et al. "Whole-body vibration training versus conventional balance training in patients with severe COPD-a randomized, controlled trial." *Respiratory research* vol. 22,1 138. 4 May 2021.
5. Shantakumari, Nisha, and Musaab Ahmed. "Whole-body vibration therapy and cognitive functions: a systematic review." *AIMS neuroscience* vol. 10,2 130-143. 18 May 2023.
6. Yin, Yikun et al. "Does whole-body vibration training have a positive effect on balance and walking function in patients with stroke? A meta-analysis." *Frontiers in human neuroscience* vol. 16 1076665. 4 Jan. 2023.
7. Park, Song-Young et al. "Effects of whole body vibration training on body composition, skeletal muscle strength, and cardiovascular health." *Journal of exercise rehabilitation* vol. 11,6 289-95. 31 Dec. 2015.
8. Cristi, Carlos et al. "Whole-body vibration training increases physical fitness measures without alteration of inflammatory markers in older adults." *European journal of sport science* vol. 14,6, 611-9, 2014.
9. Zafar, Tasneem et al. "Effect of Whole-Body Vibration Exercise on Pain, Disability, Balance, Proprioception, Functional Performance and Quality of Life in People with Non-Specific Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of clinical medicine* vol. 13,6 1639. 13 March 2024.
10. Abstracts of the 4th International WAVEX Meeting: Whole Body Vibration as an intervention in physical and mental health 29-30 October 2021 (Virtual). *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 21(4):590-610. 1 Dec. 2021.

En seulement quatre semaines, avec deux séances de 20 minutes par semaine, les participants ont commencé à observer des améliorations significatives, même ceux et celles n'ayant jamais fait d'exercices physiques auparavant.

La bientraitance dans la communauté : les « world cafés » en centres pour aînés

Sandra Smele

Coordonnatrice du domaine d'expertise en vieillissements inclusifs, diversité, santé et bien-être (IDSB)
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)



Meghan Joy

Professeure agrégée
Département de sciences politiques
Université Concordia

Darla Fortune

Professeure agrégée
Département des sciences humaines appliquées
Université Concordia



Erica Botner

Gestionnaire de programme pour les aînés
Réseau communautaire de santé et de services sociaux

La promotion de la bientraitance envers les aînés n'est pas complètement nouvelle au Québec, mais elle a pris de l'ampleur au cours des dernières années. En effet, depuis un peu plus de 20 ans, le gouvernement se dote de guides, de plans d'action et de cadre de référence sur le sujet. Faisant partie des politiques québécoises en matière de services aux aînés et de soutien à domicile depuis 2011¹ et promu explicitement pour la première fois dans le Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées², le second Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (2017-2022)³ offre une première définition de la bientraitance. Aussi, le tout récent Cadre de référence *Favoriser la bientraitance envers toute personne âgée, dans tous les milieux et tous les contextes*⁴ explicite la vision gouvernementale de la bientraitance.

Tandis que les milieux d'hébergement de longue durée sont assujettis au principe directeur de « Promouvoir et actualiser la bientraitance » du premier Plan d'action (2021-2026) *Pour le mieux-être des personnes hébergées*⁵, d'autres milieux, comme les espaces communautaires,

sont moins directement ciblés par des politiques publiques récentes. Cela étant dit, les pratiques bientraitantes déjà existantes dans les milieux d'hébergement⁶, dans les espaces communautaires doivent être reconnues et valorisées.





pour aînés (ou d'autres espaces communautaires) desservant des populations de personnes aînées vivant des défis similaires.

Les résultats de nos *world cafés* indiquent que beaucoup d'importance est accordée aux interactions interpersonnelles dans les définitions de la bienveillance des CPA. Nous avons identifié quatre aspects relationnels qui importent le plus dans ces définitions. D'abord, il y a les interactions respectueuses. Elles comportent plusieurs éléments dont le respect pour l'âge (p. ex. des salutations plus formelles) et pour la personne (en tant qu'humain et non pas comme « un numéro » ou

« une maladie »), et la lutte contre l'âgisme et toute autre forme de discrimination (p. ex. le racisme).

« une maladie »), et la lutte contre l'âgisme et toute autre forme de discrimination (p. ex. le racisme).

L'écoute et l'attention patientes est le deuxième aspect relationnel de la bienveillance qui a été identifié. Celui-ci inclut des actions telles que faire preuve d'empathie et d'intérêt à l'égard des résidents des CPA, se soucier d'eux, répéter patiemment les consignes et les informations et trouver des moyens de communication alternatifs lorsque nécessaire pour assurer leur compréhension.

Réalisé en collaboration avec le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSST), un organisme à but non lucratif qui offre du soutien aux communautés d'expression anglaise à travers le Québec⁸, nous avons effectué quatre *world cafés* (activité de coopération permettant des échanges de grande valeur) dans des centres pour aînés (n = 163 participants) à l'automne 2023 afin d'identifier et de mieux comprendre la bienveillance dans ces milieux. Les CPA du RCSST visent à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être des aînés d'expression anglaise⁹, une population qui vit des taux élevés d'isolement et de solitude. Leurs pratiques bienveillantes peuvent donc servir d'inspiration pour des centres

Le troisième aspect relationnel de la bienveillance dans les CPA est le sentiment des résidents d'être valorisés. Les descriptions de cet aspect mettaient l'emphase sur



l'importance de se représenter et de parler pour soi et la reconnaissance de la contribution des personnes âgées dans leur milieu de vie et à leur communauté plus élargie.

Le quatrième et dernier aspect relationnel de la bien-traitance est l'adaptation aux besoins réels des résidents des CPA. Celui-ci réfère à l'attention et à la sensibilité à leurs besoins potentiels et réels, sans présomption de l'existence de ces besoins. Les relations interpersonnelles sont donc au cœur des définitions de la bien-traitance en contexte de CPA.

En plus de ces quatre aspects relationnels, nos résultats démontrent que la bien-traitance dans les CPA est définie en termes de sentiments, d'approches d'inclusion et de ressources. Au niveau psychologique, le sentiment de paix et de contentement et l'absence de la peur de s'exprimer ont été identifiés comme des indicateurs de bien-traitance. Les approches d'inclusion, tel que l'offre d'un café à un nouveau résident lorsqu'il intègre son

nouveau milieu qu'est le CPA ou l'invitation à partager un repas, sont également des parties intégrantes des définitions de la bien-traitance dans les CPA. Finalement, la fourniture de ressources pour le divertissement (livres et films), les occasions d'apprentissage (ateliers, conférences et activités gratuites ou peu coûteuses) et une meilleure compréhension et accès aux services (surtout au niveau des informations locales concernant leur municipalité et l'accès aux services de santé dans leur langue maternelle) définissent également la bien-traitance dans les CPA.

Notre projet est toujours en cours. Les *world cafés* n'étaient que l'étape première d'une recherche qui vise la valorisation de la bien-traitance en contexte de CPA. Nous partageons nos résultats dans cette revue pour démontrer la richesse des définitions et des pratiques de la bien-traitance dans ces contextes. Nous espérons ainsi contribuer à la reconnaissance des espaces communautaires dans la promotion de la bien-traitance au Québec.





Marianne Beaulieu
Ph. D.
Professeure
Université Laval

La certification « Magnet », panacée aux maux du système de santé public québécois ?

Depuis novembre 2018, j'ai la chance d'être professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Détenant un doctorat en santé publique (avec une spécialisation en promotion de la santé), la survie du système public de santé me tient particulièrement à cœur. Le personnel infirmier étant l'un des piliers de ce système, j'ai développé une programmation de recherche pour tenter de mieux comprendre et favoriser sa rétention au sein du système public.

Dans le cadre de mes fonctions, j'ai eu l'opportunité de planifier un projet d'« année d'étude et de recherche ». Ce projet, qui se déroule préférablement à l'extérieur de l'université d'attache, a pour objectif de renouveler et d'enrichir les connaissances des professeurs pour en faire bénéficier leurs réseaux à leur retour. Je souhaitais utiliser cette occasion pour découvrir de nouvelles manières de penser et d'intervenir pour soutenir la rétention du personnel infirmier. J'ai donc entamé des démarches pour identifier un milieu duquel je pourrais tirer des apprentissages.

Il y a quelques années, j'ai découvert l'existence de la certification « Magnet », une accréditation de l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) qui reconnaît la valorisation du talent infirmier, l'excellence des soins infirmiers et les conditions de pratique et de travail attractives. Selon l'ANCC, à travers le développement d'une culture

collaborative, les organisations accréditées « Magnet » attirent et retiennent^{1,2,3} les infirmières (notamment à travers des faibles taux d'épuisement et une satisfaction au travail améliorée^{4,5,6}, en plus d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients (satisfaction augmentée, qualité des soins et sécurité améliorées^{7,8,9} mortalité¹⁰, plaie de pression¹¹, chutes diminuées¹²).

La littérature scientifique présente toutefois des résultats quelque peu contradictoires¹³ et soulève certains enjeux¹⁴ sur le sujet. Mon année d'étude et de recherche était donc l'occasion idéale pour creuser la question et en apprendre davantage sur les retombées et défis potentiels de la certification « Magnet ».

D'entrée de jeu, je cherchais un endroit où le système de santé était comparable à celui du Québec, c'est-à-dire un système offrant à la fois une assurance maladie universelle aux citoyens, mais également des soins au

privé. Mes recherches se sont concentrées sur deux pays en particulier : le Royaume-Uni et l’Australie. Finalement, mon choix s’est arrêté sur l’Australie pour une raison bien précise; si habituellement l’accréditation « Magnet » est décernée à un seul hôpital à la fois, le Gold Coast Health (Queensland, Australie) est le premier établissement complet de santé, constitué d’hôpitaux (le Gold Coast University Hospital, le Robina Hospital et le Varsity Lakes Day Hospital) et de centres communautaires, à recevoir cette désignation en 2020.

La structure de cette organisation est complexe et elle s’apparente en quelque sorte à celle d’un CIUSSS québécois. D’ailleurs, le Gold Coast Health entretient des liens étroits avec la Griffith University, et particulièrement avec la School of Nursing and Midwifery qui place la responsabilité sociale au centre de ses activités de recherche et d’enseignement pour répondre aux besoins sociaux et environnementaux les plus importants. C’est donc là où se déroule mon « année d’étude et de recherche », en étroite collaboration avec la Direction of Nursing, Midwifery and Patient Experience du Gold Coast Health.

J’ai atterri à Gold Coast, à une heure au sud de Brisbane, dans l’état du Queensland au début du mois de janvier 2024 avec des attentes très élevées. Pour moi, « apprendre les Magnets » pouvait être la clé aux maux du système public; une recette pour attirer et garder un personnel infirmier heureux et satisfait qui offre des soins innovants et de qualité. Évidemment, l’idéaliste en moi a rapidement fait place à la scientifique qui aime comprendre en profondeur et pose un million de questions.

Avec l’aide de collègues, j’ai commencé à rencontrer différents acteurs locaux (infirmières, gestionnaires de différents niveaux, chercheuses, étudiantes au doctorat, etc.) qui m’ont partagé leur vision respective sur la certification « Magnet ». Plus récemment, j’ai eu la chance de rencontrer une directrice exécutive des soins infirmiers et des directrices adjointes des soins infirmiers responsables « Magnet » dans deux établissements. Chacune de ces rencontres, combinées aux autres discussions formelles et informelles, a été des plus instructives. C’est une chose de parcourir la littérature, mais c’en est une autre d’échanger avec des personnes qui ont mentoré, implanté et évalué un modèle « Magnet »!



Gold Coast Health entretient des liens étroits avec la Griffith University, et particulièrement avec la School of Nursing and Midwifery qui place la responsabilité sociale au centre de ses activités de recherche et d’enseignement.



Il y a quelques années, j'ai découvert l'existence de la certification « Magnet », une accréditation de l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) qui reconnaît la valorisation du talent infirmier, l'excellence des soins infirmiers et les conditions de pratique et de travail attractives.

À ce stade, mon premier constat concerne les types d'établissements qui recherchent l'accréditation « Magnet ». À priori, j'en vois deux : 1) ceux qui ont déjà d'excellentes pratiques et qui souhaitent être reconnus à cet effet et 2) ceux qui rencontrent des difficultés d'attraction et de rétention des infirmières et qui souhaitent améliorer leur situation. Le déploiement des critères « Magnet » et la réception de la démarche sont sans surprise vécus de façon bien différente en fonction des types de portraits; les premiers trouvent la démarche lourde et fastidieuse administrativement, alors que les seconds y voient un potentiel transformateur.

Ce qui m'amène à mon second constat qui porte sur un élément essentiel au succès : la démarche de certification « Magnet » doit impérativement être initiée et portée par une personne en position de leadership qui a un grand pouvoir décisionnel (elle doit occuper un poste dans le haut de l'organigramme organisationnel). En plus d'être convaincue des retombées potentielles, cette personne doit être visionnaire, stratégique, convaincante, persévérante (voire obstinée!) et surtout

audacieuse, prête à prendre des risques (calculés!) pour atteindre l'objectif!

En se lançant dans l'aventure, cette personne s'engage à tout mettre en œuvre pour satisfaire les critères exigés, qui deviennent de plus en plus contraignants avec les années. Elle joue donc un rôle déterminant dans la réussite du processus. Au-delà de l'influence individuelle de cette personne, il est primordial qu'un changement de culture global s'opère pour assurer le maintien de l'accréditation dans le temps, considérant la réévaluation aux quatre ans. En effet, le départ de la personne instigatrice est une des premières causes de la perte de l'accréditation.

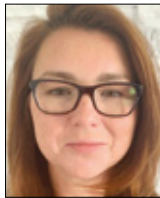
Jusqu'au début du mois d'août, je continuerai à échanger avec différentes personnes impliquées dans les organisations « Magnet ». J'espère que ces rencontres m'aideront à saisir le déroulement, les défis et les facilitateurs du processus de transformation « Magnet », dont la portée dépasse la rétention du personnel infirmier. En effet, elle peut être bénéfique non seulement aux patients, mais à l'ensemble du système de santé. Vous aurez constaté que l'idéaliste n'est jamais bien loin...!

Références

- 1) Lacey SR, Cos KS, Lorfing KC, Teasley SL, Carroll CA, Sexton J. Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet aspiring and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm.* 2007;37(4):199-205.
- 2) Jones CB, Gates M. The cost and benefits of nurse turnover: a business case for nurse retention. *OJIN.* 2007;12(3).
- 3) Upenieks, V. Recruitment and retention strategies: a Magnet hospital prevention model. *Nurs Econ.* 2003;21(1):7-13, 23.
- 4) Laschinger HKS, Fingan JE, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *J. Organ Behav.* 2004;25:527-545.
- 5) Cimmiotti P, Quinlan P, Larson E, Pastor D, Stone P. The nursing process and perceived work environment of nurses. *Nurs Res.* 2005;54(6):384-390.
- 6) Smith H, Tallman R, Kelley K. Magnet hospital characteristics and northern Canadian nurses' job satisfaction. *Can J Nurs Leadersh.* 2006;19(3):73-86.
- 7) Stone PW, Mooney-Kane K, Larson EL, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care.* 2007;45(6):571-578.
- 8) Armstrong K, Lachinger H, Wong C. Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate [published online ahead of print May 20, 2008.]. *J Nurs Care Qual.*
- 9) Armstrong KJ, Laschinger H. Structural empowerment; Magnet hospital characteristics and patient safety culture: making the link. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(2):124-132.
- 10) Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality rates among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care.* 1994;32(8):771-787.
- 11) Berquist-Beringer ?S, Davidson J, Agosto C, et al. Evaluation of the National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) training program on pressure ulcers. *J. Contin Educ Nurs.* 2009;40(6):252-260.
- 12) Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, et al. Characteristics and circumstances of falls in hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med.* 2004;19(7):732-739.
- 13) Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Han K, Liang Y, Gurses AP, Hopkinson S. A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm.* 2010 Jul-Aug;40(7-8):309-15.
- 14) McClure ML. Magnet hospitals: insights and issues. *Nurs Adm Q.* 2005 Jul-Sep;29(3):198-201.

Une structure de gestion et de soutien innovante pour l'attraction et la rétention des professionnels

Josiane Charland
 Chef de service des activités professionnelles
 Volet psychosocial, nutrition clinique
 et soins bucco-dentaires



Chloé Beerens
 Chef de service des activités professionnelles
 Volet réadaptation

La direction de l'hébergement du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) a décidé d'innover en proposant une toute nouvelle structure de gestion et de soutien des professionnels afin de se démarquer, d'harmoniser les services professionnels rendus à la clientèle et de devenir plus attractive.

La direction de l'hébergement du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) a décidé d'innover en proposant une toute nouvelle structure de gestion et de soutien des professionnels afin de se démarquer, d'harmoniser les services professionnels rendus à la clientèle et de devenir plus attractive.

Avant sa mise en place, les professionnels de la direction SAPA-Hébergement étaient sous la gouvernance des 15 gestionnaires responsables de CHSLD. Environ 50 % des postes professionnels étaient non comblés et une insatisfaction était notée chez les professionnels et gestionnaires de CHSLD en raison de la présence d'écarts de services et de modes de fonctionnement entre les différents sites.

Face à cette situation, la direction a effectué un exercice d'analyse comparative (benchmarking) afin de recenser et d'évaluer différents modèles de gestion des professionnels existant dans le réseau québécois. Plusieurs

modèles intéressants ont été étudiés, mais aucun ne correspondait à la réalité de notre établissement.

Ainsi, la direction a pris l'audacieuse décision d'aller de l'avant avec son propre modèle de gestion, inspiré de ceux existants dans les autres établissements, en regroupant l'ensemble des professionnels des 15 CHSLD sous la direction de deux chefs de service, chacun soutenu par deux coordonnateurs professionnels.

La direction a vu juste avec cette nouvelle structure, car celle-ci aura permis en un an d'augmenter :

- La couverture des postes professionnels (24 %)
- La mobilisation de l'équipe des professionnels (39 %)
- La satisfaction face au soutien clinique (45 %)
- La satisfaction face au soutien clinico-administratif (75 %)
- Le nombre d'offres de stage pour l'ensemble des professions (56 %)

Ces résultats sont le reflet notamment de la mise en place de différents projets et partenariats qui étaient plus difficilement réalisables via l'ancienne structure. Ceux-ci sont détaillés dans le tableau 1 (page suivante). La réussite de ces projets et partenariats n'aurait pu être possible sans la présence de plusieurs facteurs facilitants dont :

- Le support de la haute direction
- L'intégration des chefs au comité de gestion de l'hébergement
- Le choix de chefs et de coordonnateurs professionnels ayant une crédibilité au sein de l'organisation et une expérience clinique et transversale
- La proximité des chefs avec les gestionnaires de site
- La clarification et la différenciation des rôles associés aux gestionnaires de sites et aux chefs des activités professionnelles
- L'identification des risques et enjeux potentiels ainsi que la mise en place des mesures de prévention associées

Par conséquent, en rendant possible un style de gestion participative et de proximité harmonisé, la direction SAPA-Hébergement du CCSMTL a réussi à travailler sur des éléments qui étaient plus difficilement mis de l'avant dans le modèle précédent de gestion décentralisée des professionnels. Cette nouvelle équipe a su clarifier les rôles et responsabilités, briser l'isolement, améliorer le soutien clinique offert aux professionnels en plus d'augmenter la satisfaction au travail et le sentiment de réalisation.

Bien que le projet soit toujours en cours de consolidation, la satisfaction globale des professionnels face à la nouvelle structure de gestion se situe à 87%. Le tout aura donc eu un effet direct sur la mobilisation et la rétention des professionnels en plus d'améliorer la qualité des soins et services.



Bien que le projet soit toujours en cours de consolidation, la satisfaction globale des professionnels face à la nouvelle structure de gestion se situe à 87%.

Type de projets et partenariats	Détails
L'élaboration et l'harmonisation d'offres de services plus accessibles aux résidents	Basées sur : <ul style="list-style-type: none"> • L'optimisation des champs d'exercice • La clarification des rôles et responsabilités • L'identification d'une trajectoire de services • L'interdisciplinarité
L'élaboration de programmes d'accueil pour les professionnels et stagiaires	Qui comprennent notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Des rencontres planifiées et régulières avec le chef • Un jumelage avec un parrain/marraine • Un soutien clinique du coordonnateur professionnel • L'identification d'une personne ressource dans le CHSLD
La gestion transversale du bassin de postes de professionnels disponibles	Permettant : <ul style="list-style-type: none"> • La création de postes en surcroît pour pouvoir engager des étudiants • L'intégration de postes d'équipes volantes
L'intégration de diverses activités de recrutement	Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • La participation à des activités de promotion des professions dans les écoles • La planification d'une activité de grande envergure pour augmenter la visibilité et mettre en valeur le travail en CHSLD
L'augmentation et la diversification des mesures de reconnaissance pour les professionnels	Telles que : <ul style="list-style-type: none"> • L'offre de formations additionnelles et d'équipement pour les professionnels qui supervisent des stagiaires • La redistribution aux professionnels des sommes reçues pour les stages • La planification d'activités de reconnaissance propres aux professionnels
Le développement de partenariats et de collaborations en continu entre les directions soutiens afin de faciliter la réalisation d'activités cliniques	Entre autres : <ul style="list-style-type: none"> • Avec la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR) pour faciliter l'arrivée des stagiaires • Avec la direction des finances (DRF) pour faciliter le suivi des budgets et reddition de comptes à effectuer au MSSS • Avec la direction des services multidisciplinaires (DSM-PP) pour l'élaboration des offres de services, le soutien aux coordonnateurs professionnels et le soutien en lien avec les pratiques transversales
La bonification et l'uniformisation du soutien clinique et de la gestion de proximité afin de permettre le développement de compétences et le sentiment d'appartenance	Qui comprend l'intégration : <ul style="list-style-type: none"> • D'un calendrier de rencontres individuelles • De mécanismes permettant d'adresser rapidement les enjeux • D'un calendrier de rencontres par profession • De rencontres incluant l'ensemble des professionnels • D'une collaboration en continu avec les gestionnaires de chaque CHSLD
La diversification des moyens permettant le bien-être au travail et l'épanouissement professionnel	Comme : <ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de balises pour favoriser les aménagements de temps de travail • L'élaboration d'un plan de couverture des urgences entre les sites lors des absences des professionnels • L'emploi d'un style de gestion participative et « Bottom up » • L'utilisation d'une culture mettant en valeur l'autonomie professionnelle

Les jardins de la mémoire : Un rituel de deuil pour une communauté en quête de sens

Annick Dallaire
Commissaire aux plaintes
et à la qualité des services
CIUSSS du Nord-de-
l'Île-de-Montréal



Dans le contexte de la pandémie de la Covid-19, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (NIM) a vécu le décès d'un nombre important d'usagers et d'employés. La majorité a eu lieu en CHSLD au printemps 2020, dans un contexte où les soins de fin de vie ainsi que les rituels entourant cette étape importante de la vie étaient bouleversés par les différentes mesures sanitaires. Cette situation, vécue par plusieurs comme un traumatisme, a eu des impacts négatifs autant sur les familles des défunts que sur le personnel des établissements. Des sentiments tels que la culpabilité, l'impuissance et la détresse étaient exprimés par beaucoup au cours de cette période.

Afin de marquer l'importance du décès de chaque usager et employé durant cette période, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a proposé d'instaurer un rituel de deuil pour doter la communauté du CIUSSS d'un symbole unificateur et bienveillant. Cette proposition s'inscrivait dans une perspective de médiation sociale afin de se réconcilier l'expérience difficile et marquante vécue par les membres avec la communauté touchée par la pandémie. Il est effectivement reconnu que les rituels funéraires ont des fonctions importantes dans le processus de deuil. Ils permettent entre autres de faire ses adieux et de rendre hommage à la personne, de marquer la transition et de nourrir le sentiment d'appartenance à la communauté. Ils soutiennent aussi le développement d'une résilience commune et peuvent donner un sens à une situation qui nous dépasse^{1,2}.

**Jouhayna
Zahreddine**
Directrice de l'hébergement
CIUSSS du Nord-de-
l'Île-de-Montréal



Jardin de la mémoire au CHSLD Saint-Laurent

1. Viens, Nathalie. 2020. *Guide pour les personnes endeuillées en période de pandémie*. PRAXIS-Centre de développement professionnel Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal. 16 p.
2. Gouvernement du Québec. 2020. *Guide pour la réalisation de rituels de deuil à Montréal en temps de Covid-19*. 24 p.

Un comité de réflexion a donc été mis en place, composé d'employés, de gestionnaires, de médecins et de représentants des usagers. Il avait pour mandat d'identifier le rituel souhaité. Les travaux du comité se sont appuyés sur la démarche de l'enquête appréciative (Appreciative inquiry)³, suivant les quatre étapes distinctes suivantes :

Découverte - S'appuyer sur le passé pour construire l'avenir

Un portrait des pratiques actuelles ayant cours dans les établissements du CIUSSS, relativement au deuil, a été réalisé. Cet exercice a permis de mettre en lumière certaines initiatives sur lesquelles s'est construit le rituel du CIUSSS. Par exemple, l'aménagement d'un lieu de recueillement à l'intérieur de certains CHSLD a été retenu comme une initiative à reproduire.

Rêve - Partager ses souhaits pour la communauté, définir une vision

Le comité a identifié les éléments importants pour le rituel à définir. Par exemple, l'idée d'un symbole unificateur, la notion de communauté et l'importance du rassemblement. Le souci que le rituel ait du sens indépendamment des confessions religieuses et qu'il permette de reconnaître chaque usager individuellement a également été mis de l'avant.

Design - Définir ce que sera le rituel

Un exercice de cocréation a été proposé, utilisant des techniques projectives (visualisation, dessins, etc.). De cet exercice, l'idée des jardins de la mémoire a émergé. Ces jardins se définissent comme des lieux de recueillement qui intègrent les éléments suivants : espace de recueillement intérieur, plantation d'un arbre à l'extérieur, aménagement autour de l'arbre d'un espace permettant d'y déposer des galets, installation d'un banc de parc et d'un chemin d'accès sécuritaire. Le comité a également défini la phrase évocatrice qui est maintenant reproduite dans chaque jardin : *Ensemble, en quête de paix et de sérénité, souvenons-nous.*

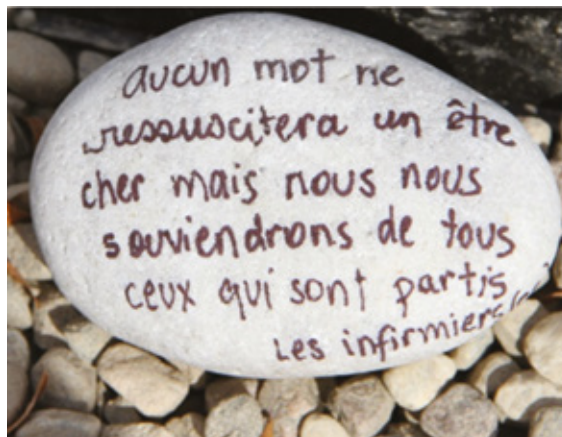
Déploiement - Mettre en œuvre le rituel

Une équipe de projet a été mise sur pied pour assurer la réalisation du projet. Ce ne fut pas sans défi. Il faut souligner la créativité des gestionnaires responsables des CHSLD qui ne disposaient pas toujours d'un espace

intérieur propice à l'aménagement d'un lieu de recueillement. Le financement a également représenté un défi de taille. Plusieurs jardins ont pu être aménagés rapidement, soit dès l'automne 2020, grâce au soutien des fondations du CIUSSS NIM. La réalisation de certains autres a dû être coordonnée à d'autres chantiers visant le réaménagement des cours des CHSLD.

La participation aux différentes étapes visant à préciser le rituel et à aménager les jardins a été identifiée comme un facteur pouvant être bénéfique aux employés et aux résidents, dans le cadre d'une démarche visant la facilitation du deuil et le rétablissement. Poser des actions concrètes fait du bien, donne déjà le sentiment de reconnaître les personnes décédées et ce qui a été vécu au cours de la pandémie. Ainsi, autant les employés que les résidents et leurs proches, par le biais notamment des comités milieux de vie, ont contribué au projet. Par exemple, en effectuant le choix de l'emplacement du jardin ou de l'essence de l'arbre à planter.

Dès l'annonce de l'initiative des jardins de la mémoire, nous avons reçu de nombreux commentaires positifs. Tous ont souligné la pertinence du projet, mais surtout son caractère apaisant, bienveillant et rassembleur. Au-delà du contexte de pandémie qui a fait ressortir le besoin d'un tel projet, les jardins de la mémoire s'inscrivent dorénavant à l'intérieur du processus d'accompagnement des résidents et de leurs proches dans le contexte de la fin de vie. Il permet à la communauté de se rassembler pour se souvenir et honorer ceux qui nous ont quittés : *Ensemble, en quête de paix et de sérénité, souvenons-nous.*



3. Cooperrider, David, Whitney, Diana. *L'Appreciative Inquiry, Une révolution positive*. Paris. Inter Éditions. 137 p.

RELANCE DE LA REVUE LE POINT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

LE
POINT. en santé
services sociaux
éducation

Vous êtes un gestionnaire aguerri dans le réseau de la Santé et des Services sociaux, un leader dans votre milieu? Vous souhaitez mettre vos expériences au service de vos pairs?

Nous sommes à la recherche de collaborateurs sur une base régulière!

Faites connaître vos projets **INSPIRANTS**, vos initiatives **AVANT-GARDISTES**, partagez votre **EXPERTISE** avec vos collègues de partout au Québec!



LA REVUE ABORDE UN THÈME DIFFÉRENT À CHAQUE NUMÉRO

- Un éditorial
- Les enjeux d'actualité
- Des articles de fondement (analyses)
- Les résultats de recherche
- Les perspectives d'avenir
- Des expériences du milieu

Joignez-vous à notre équipe de rédaction pour contribuer à l'avancement des connaissances dans le réseau!

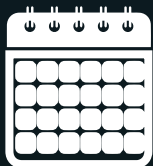
Vous souhaitez nous soumettre une proposition d'article?
Écrivez à **Karine Limoges**, éditrice, au
klimoges@groupelepoint.com.





LE GROUPE
POINT.

À l'agenda cet automne



19/09/2024

Meilleures pratiques et gestion des ressources en PCI
Château Royal de Laval

10/10/2024

Cybersécurité et protection des données personnelles
Centre des congrès de Québec

14/11/2024

Informatique Santé
Centre des congrès de Québec

L
E
S

C
O
L

L
O

Q
U

E
S



LE
POINT. en santé
services sociaux
éducation